

Ref

Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



SOU

1989:29

Betänkande av utredningen rörande driftersättningar
till undervisningssjukhus
Stockholm 1989

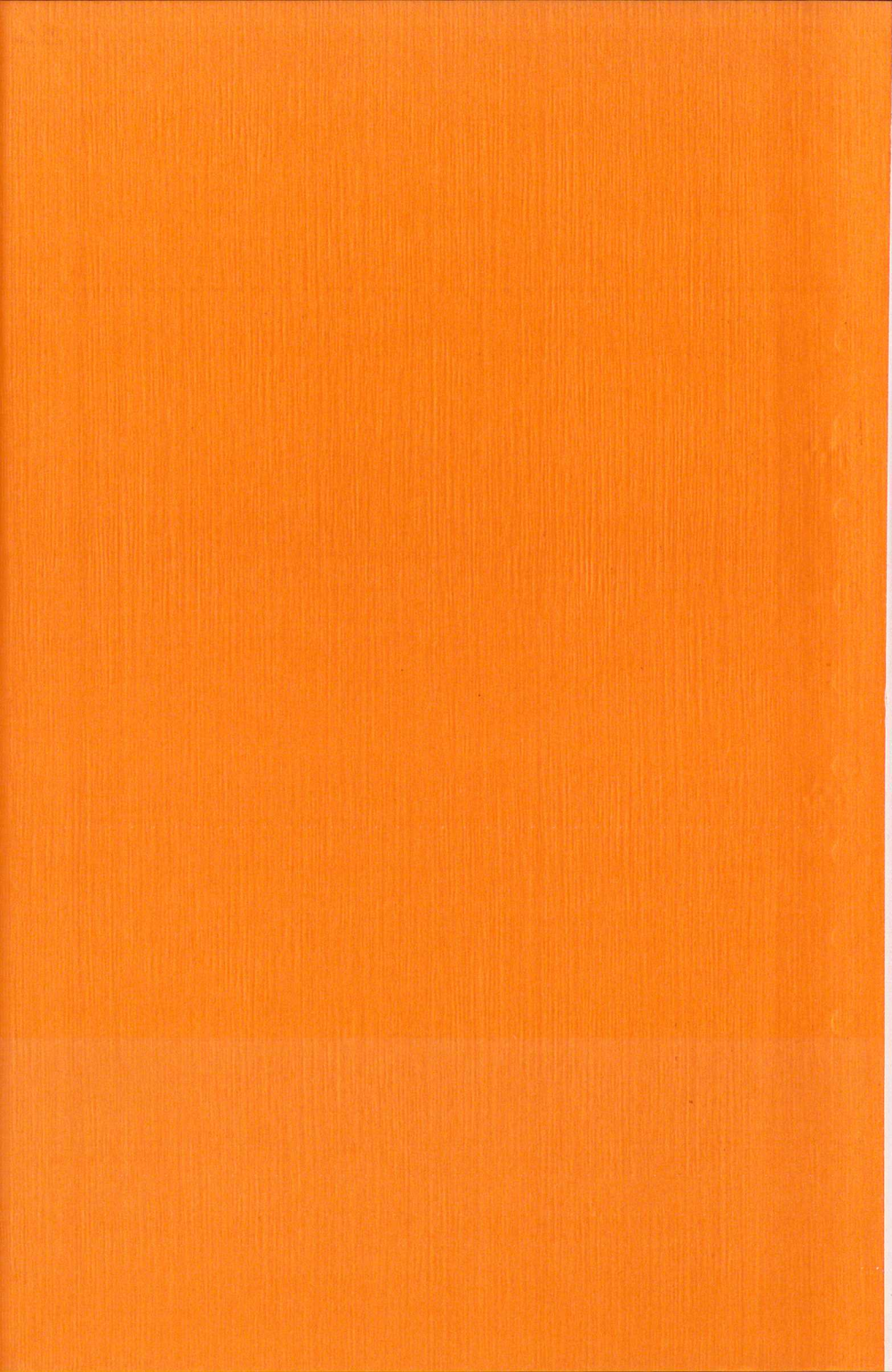
Ref

Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet

SOU

1989:29

Betänkande av utredningen rörande driftersättningar
till undervisningssjukhus
Stockholm 1989





Statens offentliga utredningar
1989:29
Utbildningsdepartementet

Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet

Betänkande av utredningen rörande driftersättningar
till undervisningssjukhus
Stockholm 1989

Allmänna Förlaget har utgivit en bibliografi över SOU och Ds som omfattar åren 1981-1987. Den kan köpas från förlagets Kundtjänst, 106 47 STOCKHOLM.
Best. nr. 38-12078-X.

Beställare som är berättigade till remissexemplar eller friexemplar kan beställa sådana under adress:

Regeringskansliets förvaltningskontor

SOU-förrådet

103 33 STOCKHOLM

Tel: 08/763 23 20 Telefontid 8¹⁰ - 12⁰⁰ (externt och internt)

08/763 10 05 12⁰⁰ - 16⁰⁰ (endast internt)

Till Statsrådet och chefen för utbildningsdepartementet

Regeringen bemyndigade den 21 april 1988 chefen för utbildningsdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att se över systemet för ersättning till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med läkar- och tandläkarutbildning samt medicinsk och odontologisk forskning. Med stöd av detta bemyndigande förordnade departementschefen samma dag landshövdingen Lennart Sandgren att vara utredare. Såsom sakkunniga förordnades fr.o.m. den 15 september 1988 landstingsrådet Bengt Holgersson, professorn Jan Lindsten, avdelningsdirektören Marika Raftell, professorn Håkan Westling och avdelningschefen Ulf Wetterberg. Till sekreterare förordnades fr.o.m. den 1 juli 1988 kanslichefen Ingvar Lennerfors.

Utredaren får härmed överlämna sitt betänkande "Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet". Utredningsuppdraget är därmed slutfört.

Stockholm i april 1989

Lennart Sandgren

/Ingvar Lennerfors

Innehåll

Sammanfattning	7
1 Uppdraget och dess avgränsning	11
2 Kortfattad historik	15
3 Kostnadsanalytiska frågor m.m.	19
3.1 Kostnadsnivå	19
3.1.1 Metodfrågor	20
3.1.2 Vissa jämförande undersökningar	21
3.1.3 Övrigt underlag	28
3.2 Kostnadsbild	28
3.2.1 Utbildningskostnader	30
3.2.2 Forskningskostnader	30
3.3 Nyttoeffekter	32
4 Nuvarande samarbetsformer	35
4.1 Nuvarande avtalsförhållanden	35
4.1.1 Samarbetsavtalet	36
4.1.2 De lokala avtalen	40
4.2 Samarbetet på central nivå	40
4.3 Samarbetet på lokal nivå	42
4.3.1 Allmänt	42
4.3.2 Långsiktig samplanering av sjukvård, utbildning och forskning	43
4.3.3 Årlig planerings- och budgetprocess	44
4.3.4 Samarbetsorgan och samarbetsformer	45
4.3.5 Informationsfrågor	51
4.4 Övergripande synpunkter	52

5	Överväganden och förslag	55
5.1	Kostnadsnivåförändringar	56
5.2	Volymförändringar	60
5.2.1	Utbildningsorganisationen	61
5.2.2	Forskningsorganisationen	61
5.3	Regional fördelning	63
5.4	Ökat högskoleinflytande	66
5.5	Odontologi	71
5.5.1	Planering och budget	72
5.5.2	Samarbetsorgan och samarbetsformer	73
5.5.3	Utredningens förslag	74
5.6	Upplåtna enheter	75
	Bilagor	79

Sammanfattning

I avsnitt 1 beskrivs och avgränsas utredningens uppdrag med utgångspunkt från fastställda direktiv. Härutöver redovisas vissa allmänna utgångspunkter, vilka varit vägledande för utredningsarbetet. Utredningen har i sina överväganden bl.a. utgått från en oförändrad kostnadsnivå. Arbetet har i huvudsak inriktats på att åstadkomma vissa systemförändringar i syfte att ytterligare förstärka och underlätta nuvarande samarbete mellan de båda huvudmännen framför allt på lokal nivå. Samarbetet mellan stat och landsting/kommun förutsätts även fortsättningsvis bygga på avtalsmässig grund. Ett mål har varit att utredningens förslag skall kunna utgöra bas för ett nytt avtal fr.o.m. 1990 kring klinisk utbildning och forskning mellan de båda huvudmännen.

I avsnitt 2 redovisas kortfattat viss historik kring tidigare samarbete inom området.

I avsnitt 3 behandlas kostnadsanalytiska frågor m.m. Kostnadsanalysen har bl.a. lett fram till en gemensam uppfattning rörande ersättningsbeloppens fördelning med avseende på utbildnings- resp. forskningskostnader. Utifrån en analys av kostnadsbilden redovisas vidare beräkningar av storleken av det forskningsutrymme – i termer av läkararbetstid – som de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen skapar. Frågor rörande storleken av de merkostnader som uppstår hos sjukvårdshuvudmännen genom att klinisk utbildning och forskning tar i anspråk resurser i sjukvårdsorganisationen diskuteras bl.a. med ledning av inom Landstingsförbundet genomförda studier rörande kostnadsjämförelser mellan olika typer av sjukvårdsinrättningar. I avsnittet diskuteras även s.k. nytteeffekter hos sjukvårdshuvud-

männen till följd av att utbildning och forskning bedrivs inom sjukvårdsorganisationen.

I avsnitt 4 beskrivs och analyseras nuvarande samarbetsformer på central och lokal nivå. Gällande avtalsförhållanden redovisas i samband härmed. Samarbetet på lokal nivå beskrivs bl.a. med avseende på långsiktig samplanering, årlig planerings- och budgetprocess, samarbetsorgan/samarbetsformer samt informationsfrågor. Övergripande synpunkter från lokala sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter rörande det nuvarande systemet redovisas avslutningsvis.

I avsnitt 5 presenteras utredningens förslag.

Utredningen föreslår i avsnitt 5.1 att ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar i systemet fortsättningsvis sker enligt de principer för pris- och löneomräkning som gäller för anslagen till högskolan. Härvid skall beaktas den faktiska loneutvecklingen för de grupper av sjukvårdspersonal, vilka i särskilt hög grad tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning.

UHÄ föreslås åläggas uppgiften att – bl.a. med utgångspunkt från kostnadsberäkningar inom Landstingsförbundet – inge anslagsframställning för de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. Dessa ersättningar föreslås fortsättningsvis föras upp under ett anslag till högskolan med särskilda anslagsposter för varje berörd högskoleenhet.

I avsnitt 5.2 föreslås i korthet att ekonomisk reglering på grundval av förändringar i utbildningsorganisationen fortsättningsvis schabloniseras. Ett bestämt ersättningsbelopp per tillhandahållen utbildningsplats föreslås sålunda gälla fr.o.m. 1990.

Ekonomisk reglering på grundval av volymförändringar i forskningsorganisationen föreslås ske på ett mer flexibelt sätt. Utredningen föreslår härvidlag att lokala överenskommelser fortsättningsvis träffas – från fall till fall – mellan berörda sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter rörande de ersättningsbelopp som bör utgå i samband med inrättande

av kliniska professurer. Dessa tjänster inrättas således senare under förutsättning att riksdag och regering accepterar de lokala förslagen och beviljar erforderliga medel för ändamålet. Motsvarande föreslås gälla vid förslag till omprövning av ämnesområde för klinisk professur om ändringsförslaget föreslås medföra ändrad driftersättning till sjukvårdshuvudmannen. Med klinisk professur bör i detta avseende enligt utredningens mening jämföras professur inom teoretiskt ämnesområde i den mån innehavaren har sin verksamhet inom utbildning och forskning lokaliserad hos sjukvårdshuvudmannen. Utredningens förslag skall ses som ett led i att förstärka det lokala samarbetet mellan högskolan och sjukvårdshuvudmännen i frågor av gemensamt intresse, t.ex. vad gäller möjligheterna att åstadkomma kompetensupbyggnad i den integrerade verksamheten.

I avsnitt 5.3 belyses den inbördes fördelningen av driftersättningarna till berörda sjukvårdshuvudmän. Nuvarande avtal företer stora regionala variationer bl.a. vad gäller upplåtna enheter och omfattningen av preklinisk verksamhet inom sjukvårdshuvudmännens område. Några förslag till omfördelningar mellan sjukvårdshuvudmännen på grundval av i avsnittet gjord belysning av de regionala förhållandena framlägges icke.

I avsnitt 5.4 föreslår utredningen vissa förändringar i syfte att åstadkomma ökad effektivitet med avseende på resursanvändningen för forskningsändamål. En bestämd del av det forskningsutrymme som de statliga driftersättningarna skapar föreslås i framtida samarbetsavtal fastställas i termer av läkararbetstid för forskning och fortsättningsvis fördelas selektivt till kommunalt anställda läkares forskningsarbete vid undervisningssjukhusen. Beredningsarbetet kring denna fördelning föreslås ske inom organ hos högskoleenheterna. Högskoleenheternas förslag till fördelning föreslås behandlas i de samarbetsorgan som enligt nu gällande samarbetsavtal finns för samråd bl.a. i fråga om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Slutligt beslut rörande fördelning av tillgängligt forskningsutrymme föreslås fattas av behöriga instanser hos de lokala sjukvårdshuvudmännen. I avsnittet föreslås vidare att årliga verksamhetsredovisningar rörande den kliniska forskningsverksamheten vid undervisningssjukhu-

sen utarbetas och publiceras i samarbete mellan de lokala sjukvårdshuvudmännen och högskoleenheterna. Utredningen föreslår i övrigt att berörda högskoleenheter och sjukvårdshuvudmän på lämpligt sätt utformar lokalt anpassade system för verksamheten.

I avsnitt 5.5 diskuteras vissa frågor kring klinisk utbildning och forskning inom odontologin. Utredningens förslag till system för ekonomisk reglering av volym- och kostnadsnivåförändringar föreslås i princip gälla även för detta område.

I avsnitt 5.6 diskuteras nuvarande ordning med s.k. upplåtna enheter. Utredningen vill även i detta sammanhang åstadkomma ökad flexibilitet i systemet genom att förstärka det lokala inflytandet. Inrättande av tjänster som läkarlärare borde i ett nytt system således kunna inrättas vid de enheter till vilka läkarutbildning och forskning förläggs enligt lokala överenskommelser. Utredningen föreslår mot bakgrund härav att frågan om vilka enheter inom sjukvårdshuvudmannens (eller annan sjukvårdshuvudmans) område som skall användas för klinisk utbildning och forskning i sin helhet fortsättningsvis regleras lokalt.

Utredningens förslag (avsnitt 5.1–5.6) bygger på en omfattande decentralisering av nuvarande system för driftersättningarna. I utredningens perspektiv synes nuvarande starkt centraliserade och detaljstyrda system för investeringsersättningarna ej vara strukturellt ändamålsenligt. De ersättningsbelopp som nu utgår för dessa ändamål motiverar enligt utredningens uppfattning ej det merarbete och ej heller de administrativa merkostnader som systemet medför. Utredningen föreslår att investeringsersättningarna fortsättningsvis schabloniseras och fr.o.m. 1990 tillföres driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen.

Enligt utredningen förutsätts att ett nytt samarbetsavtal kring läkarutbildning och forskning kan träffas fr.o.m. den 1 januari 1990. I bilaga 2 finns ett utkast till hur ett sådant avtal skulle kunna utformas.

1 Uppdraget och dess avgränsning

Nuvarande system för samarbete mellan stat och kommuner/landsting kring klinisk utbildning och forskning utgör en viktig del av ett komplext samspel mellan de båda huvudmännen i frågor rörande landets hälso- och sjukvård. Samarbetet innebär i korthet att vissa kommuner och landsting mot särskild ersättning ställer sin hälso- och sjukvårdsorganisation till förfogande för klinisk utbildning och forskning inom medicin och odontologi, för vilka aktiviteter staten är huvudman. Detta system förutsätter och ger till resultat en önskvärd och långtgående samordning av sjukvård, forskning och utbildning. Systemet bygger på ett ömsesidigt intresse från de båda huvudmännens sida att tillsammans utveckla verksamheten och leder till ett bättre utnyttjande av gemensamma resurser. Samtidigt uppstår på grund av det delade huvudmannskapet i en starkt integrerad verksamhet oklara gränser t.ex. vad gäller kostnadsansvar.

Staten betalar till de berörda sjukvårdshuvudmännen ersättningar som avses svara mot de merkostnader dessa får genom att klinisk utbildning och forskning bedrivs inom sjukvårdsorganisationen. Ersättning utgår för såväl drift- som investeringskostnader.

Utredningsuppdraget beskrivs i av regeringen den 21 april 1988 fastställda direktiv (Dir. 1988:17). Direktiven återges i sin helhet i bilaga 1.

Sammanfattningsvis skall utredningen redogöra för hur nuvarande system för driftersättning till sjukvårdshuvudmännen fungerar. Mot bakgrund härav skall utredningen föreslå alternativ till systemet.

Redogörelsen bör enligt direktiven avse

- arten och omfattningen av de kostnader som ersätts via nuvarande läkarutbildningsavtal och avtal om tandläkarutbildning m.m.
- eventuella skillnader mellan högskoleenheter/sjukvårdshuvudmän med avseende på ersättnings storlek, i absoluta tal och i relation till verksamhetens totala kostnader
- formerna för samråd om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas
- vilka kostnader hos sjukvårdshuvudmännen som är förknippade med medicinsk och i förekommande fall odontologisk utbildning och forskning samt
- den nytta som också sjukvårdshuvudmännen har av den utbildning och forskning som bedrivs inom ramen för avtalen.

I direktiven preciseras vidare vissa önskemål vad gäller alternativ till nuvarande system

- systemet skall vara enkelt och täcka såväl utbildning som forskning
- framför allt bör ett system provas där driftersättning ges i form av schablonbidrag
- för att fastställa ersättningarna bör fortsättningsvis inte krävas regelbundet återkommande förhandlingar
- lämplig teknik i syfte att anpassa ersättningarna till löne- och prisökningar bör utarbetas
- systemet skall öka de lokala högskolornas inflytande bl.a. i fråga om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas
- lämpligheten av att bibehålla nuvarande ordning avseende s.k. upplåtna enheter bör provas.

Utredningen har – utöver direktiven – haft följande allmänna utgångspunkter för sina överväganden

- ett väl fungerande system för samordning av sjukvård, forskning och utbildning är en viktig förutsättning för en fortsatt gynnsam utveckling av landets hälso- och sjukvård. Detta är vidare av stor betydelse för svensk medicinsk forskning i ett internationellt per-

- spektiv och stärker samtidigt konkurrenskraften hos svensk medicinsk-teknisk och farmaceutisk industri
- samarbetet mellan stat och landsting/kommun kring klinisk utbildning och forskning skall även fortsättningsvis bygga på avtalsmässig grund
 - nuvarande principiella ansvarsfördelning mellan de båda huvudmännen kvarstår oförändrad på så sätt att sjukvård och därmed sammanhängande utvecklingsarbete finansieras av landsting/kommun medan utbildning av läkare, tandläkare m.fl.¹⁾ samt forskning finansieras av staten. En huvudprincip i forskningspolitiken är vidare att varje samhällssektor för sig bör stödja forskning som ett led i att utveckla sin verksamhet. Inom hälso- och sjukvårdssektorn har kommuner och landsting också på många sätt kommit att direkt engagera sig i forskningsfrågor
 - ett framtida system för samarbete kring klinisk utbildning och forskning skall stå i samklang med pågående och förväntad utveckling av dessa områden
 - driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen utgör - vad beträffar de medel som avser ersättning för ianspråktagande av resurser för forskningsändamål - en viktig basresurs för klinisk forskning. Övergripande frågor rörande fördelning av samhällets resurser för forskning inom hälso- och sjukvård mellan olika delar av FoU-systemet (högskolan, forskningsråd, sektorsforskningsmyndigheter etc.) faller utanför utredningsuppdraget.

Utredningens arbete kan - med hänvisning till direktiven - indelas i en kartläggningsfas och en konstruktionsfas. I den senare delen har ingått arbetsmoment av förhandlingskaraktär. Ett mål har därvid varit att utredningsrapporten skall kunna utgöra bas för ett avtal mellan de båda huvudmännen om fortsatt samarbete kring klinisk utbildning och forskning.

Konstruktionsfasen har prioriterats och således inriktats på att förankra ett alternativ till nuvarande system för driftkostnadsersättningar. En ytterligare utgångspunkt har varit att driftersättningarnas totala

¹⁾ vissa logopeder och sjukgymnaster

storlek skall vara oförändrad. Utredningen har således ej funnit det meningsfullt – ej heller möjligt – att söka införskaffa primärdata som grund för förslag till förändrad storlek av driftersättningarna på nationell nivå. Utredningens arbete har därför i huvudsak inriktats mot att på oförändrad kostnadsnivå åstadkomma vissa systemförändringar i syfte att förstärka och underlätta samarbetet mellan de båda huvudmännen. En målsättning har därvid varit att särskilt skapa bättre förutsättningar för ett ökat samarbete på lokal nivå i systemet.

I fortsättningen redovisas vidare för vissa avsnitt mer specifika utgångspunkter som utredningen haft för sina överväganden inom resp. avsnitt.

2 Kortfattad historik

Tidigare samarbete kring klinisk utbildning och forskning mellan staten och landstingskommunerna (motsv.) har – historiskt sett – bedrivits med utgångspunkt från några olika huvudprinciper.

Den äldsta reglerade formen för samarbete mellan de båda huvudmännen har sitt ursprung från en tidsepok under vilken sjukvården ännu inte betraktades som en samhällsuppgift utan ombesörjdes bl.a. i stiftelseform, såsom i fråga om t.ex. Serafimerlasarettet. På detta sätt fann staten, Stockholms stad och län intill år 1937 en acceptabel organisation för sitt samarbete kring klinisk utbildning av läkarkandidater i Stockholm.

En annan huvudprincip har varit att staten stått som ägare till universitetssjukhus och därmed som huvudman för samtliga vid dessa sjukhus bedrivna aktiviteter. Berörda landstingskommuner bidrog samtidigt med väsentliga andelar till såväl drift- som kapitalkostnader för verksamheten och deltog även i sjukhusens ledningsorgan. Denna ordning har gällt för Akademiska sjukhuset i Uppsala (t.o.m. 1983) och för Karolinska sjukhuset i Stockholm (t.o.m. 1982).

En tredje huvudprincip – som nu blivit den allmänna – innebär att kommunen/landstinget äger och driver universitetssjukhusen samt upplåter dessa för klinisk utbildning och forskning mot viss ersättning från staten. Denna princip kom först att tillämpas för Malmöhus läns landstings lasarett i Lund.

Olika system har genom åren prövats för de ersättningar staten därvid skulle erlägga till sjukvårdshuvudmännen.

Samarbetet i Lund har pågått sedan början av 1800-talet. Under ett tidigt skede av detta samarbete begränsades statens insats till att ställa mark till förfogande för lasarettet samt att svara för lärarpersonalen och stå för andra direkta undervisningskostnader.

Från tiden omkring år 1900 började en ny princip för kostnadsfördelning slå igenom. Enligt denna princip hade huvudmännen för sjukvård och läkarutbildning lika stort intresse av samarbetet och borde därför svara för hälften var av byggnadskostnader för sjukhusenheter som upplåts för klinisk utbildning och forskning. Riksdagen prövade framställningar härom från fall till fall. Några ersättningar för utrustning och drift utgick inte till en början. Så småningom kom riksdagen emellertid att acceptera att hälftendelningsprincipen också skulle gälla för dyrare utrustning.

På 1920-talet började riksdagen härutöver lämna vissa kriskostnadsstegringsbidrag. Genom ett avtal (1938) fick Malmöhus läns landsting senare en stadigvarande driftersättning, nämligen 10 % av sjukhusets kostnader, dock med omfattande begränsningar. Genom senare avtal kom 10 %-bidraget att gälla i större utsträckning. Till dessa 10 % kom man fram genom vissa uppskattningar och skälighetsbedömningar.

En annan kostnadsfördelningsprincip som stundom kommit till användning innebär att staten – helt eller delvis – betalar för de lokaler som särskilt uppförts och anordnats för undervisning och forskning (lektionsrum, föreläsningssalar, forskningslaboratorier o.dyl.). Det samma har i varierande omfattning gällt utrustningen till dessa lokaler. Denna princip har bl.a. kommit till användning i specialavtal om särskilda byggnader som uppförts för att inrymma såväl kommunala som icke-kliniska statliga institutioner. I viss utsträckning har den även tillämpats i fråga om driftkostnader.

I detta sammanhang må även omnämnas de särskilda läkarlönebidrag som tidvis utgått från staten enligt vissa avtal. I enlighet därmed har staten stått för upp till hälften av läkarnas lönekostnader mot att staten hade rätt att tillsätta all läkarpersonal vid upplåtna enheter.

Den princip för kostnadsfördelningen som dominerat alltsedan 1950- och 1960-talets avtal innebär att staten skall betala de merkostnader som förorsakas av att läkarutbildning och forskning bedrivs vid undervisningssjukhusen. Många försök att nå fram till en mer exakt kostnadsfördelning efter denna princip har gjorts. Då detta i praktiken visat sig omöjligt, har man tidigare i stället stannat för att uttrycka merkostnaden i en schabloniserad procentandel av totalkostnaderna.

Driftbidrag utgick således i merparten av de avtal som gällde fram till 1970 med 10 % av kostnaderna för de upplåtna klinikerna. Ersättningsarna beräknades med utgångspunkt från de totala kostnaderna som omfattade såväl sjukvårds- som utbildnings- och forskningsverksamhet. Ersättningsbeloppen räknades ut med hjälp av de vårdkostnadsberäkningar som socialstyrelsen publicerade i sin statistik. För ersättningar till byggnader och utrustning gällde för varje avtal särskilda regler - delvis med olikartat innehåll.

Bakgrunden till det stora antal avtal mellan de båda huvudmännen som successivt kom att växa fram var givetvis den starka upprustning av landets hälso- och sjukvård som fortlöpande pågick. Denna upprustning förutsatte en stark ökning av antalet läkare. För att tillfredsställa behovet av ökad läkarutbildning togs efter hand allt flera befintliga sjukhus i anspråk. Till att börja med förstärktes läkarutbildningskapaciteten i Stockholm genom att mer resurser tillfördes bl.a. Karolinska sjukhuset, Serafimerlasarettet, Sabbatsbergs sjukhus m.fl. samt i Lund genom ianspråktagande även av Malmö allmänna sjukhus. Nya medicinska fakulteter tillkom senare i anslutning till kommunala sjukhus i Göteborg (1948), Umeå (1957) och Linköping (1967). Härtill kom uppförandet av ett helt nytt undervisningssjukhus i Huddinge (1964).

I samband med denna kraftiga expansion av verksamheten träffades successivt ett antal avtal mellan staten och olika sjukvårdshuvudmän. Dessa avtal företedde stundom ganska stora olikheter. Under 1960-talet började staten alltmer eftersträva att samarbetet med sjukvårdshuvudmännen kring klinisk utbildning och forskning i ökad utsträckning skulle bedrivas efter mer enhetliga linjer. Inrättande av Statens för-

handlingsnämnd (SFN) och Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande (NUU) får ses som ett led i denna strävan.

Förhandlingar om fortsatt samarbete kring klinisk utbildning och forskning har fr.o.m. 1970 kunnat ske i samordnade former mellan staten och sjukvårdshuvudmännen, som för ändamålet tillskapat en särskild gemensam – till Landstingsförbundet knuten – förhandlingsdelegation.

För perioden 1970–1973 (LUA 70) träffades för första gången ett gemensamt avtal mellan staten och samtliga berörda sjukvårdshuvudmän. Avtalet innebar bl.a. att driftersättningarna utgick med ett visst bestämt belopp per år. Samtidigt tillsattes en särskild utredning i syfte att utforma ett nytt ersättningssystem. Det system (LUA 74¹⁾, 77 m.fl.) som kom att tillämpas under åren 1974–1983 utgick från att driftersättningarna skulle bestämmas med utgångspunkt från utbildningsvolymen mätt i antalet utbildningsplatser och forskningsvolymen mätt i antalet forskningstimmar för läkare. Vidare skulle ersättningarna uppjusteras för pris- och löneförändringar enligt särskilt löne- och prisindex.

Fr.o.m. 1984 har tillämpats ett system för fastställande av driftersättningar som uteslutande baserar sig på förhandling. Enligt gällande avtal skall ersättningsbeloppen emellertid fastställas med beaktande av bl.a. antalet utbildningsplatser, fastställda utbildningsplaner och befintlig forskningsorganisation.

Nuvarande avtalskomplex beskrivs översiktligt i avsnitt 4.

¹⁾ Läkare Utbildnings Avtal för 1974

3 Kostnadsanalytiska frågor m.m.

Enligt direktiven bör utredningen göra en analys av vilka kostnader hos sjukvårdshuvudmännen som är förknippade med medicinsk och i förekommande fall odontologisk utbildning och forskning. Denna fråga behandlas i avsnitt 3.1 "Kostnadsnivå". Utredningen bör vidare klargöra arten och omfattningen av de kostnader som ersätts via nuvarande läkarutbildningsavtal och avtal om tandläkarutbildning m.m. I avsnitt 3.2 "Kostnadsbild" redovisas detta. I samband härmed diskuteras storleken av det forskningsutrymme i termer av läkararbetstid som driftersättningarna skapar. Avslutningsvis diskuteras i avsnitt 3.3 "Nyttoeffekter" den nytta som också sjukvårdshuvudmännen har av den utbildning och forskning som bedrivs inom ramen för avtalen.

Odontologisk utbildning och forskning behandlas i avsnitt 5.5.

3.1 Kostnadsnivå

Såsom framgått av redogörelsen i avsnitt 2 har samarbete mellan staten och vissa landstingskommuner/kommuner kring klinisk utbildning och forskning en lång tradition. Under tidigare skeden i detta samarbete gjordes betydande ansträngningar att med olika kostnadsanalytiska metoder bringa klarhet rörande storleken av de merkostnader i sjukvården som läkarutbildning och klinisk forskning medförde. Detta arbete genomfördes i stor utsträckning inom ramen för särskilt tillsatta förhandlingskommissioner med företrädare för staten och berörd sjukvårdshuvudman.

3.1.1 Metodfrågor

Man brukar i dessa sammanhang indela undersökningarna vad beträffar driftkostnader i följande huvudtyper.

- 1 Jämförande kostnadsundersökningar
 - 1.1 Jämförelse mellan undervisningssjukhus och andra sjukhus
 - 1.1.1 totala driftkostnaden per vård dag
 - 1.1.2 totala driftkostnaden per intagen
 - 1.1.3 utgifterna på representativa kostnadskonton (läkarlönkostnader, läkemedel m.m.)
 - 1.2 Motsvarande undersökningar som enligt 1.1 men gjorda klinik för klinik med ledning av kostnadsställedovisning
- 2 Jämförande personaltäthetsundersökningar
 - 2.1 Läkartäthetsundersökningar
 - 2.2 Undersökningar av personaltätheten för vårdpersonal i övrigt
- 3 Undersökningar om fördelningen av läkarnas arbetstid
- 4 Patientstatistik

Undersökningar av medelvårdtiden vid vissa diagnoser för fall behandlade vid olika sjukhus.

Mot samtliga undersökningstyper som syftar till kostnadsfördelning kan riktas den grundläggande kritiken att det inte med den starka integrationen mellan utbildning, forskning och sjukvård är möjligt att separera kostnaderna för de tre grenarna eller ens dela upp totalkostnaderna i en sjukvårdskostnad och en utbildnings- och forskningskostnad. Den svåraste gränsdragningen är den mellan forskning, å ena sidan, och utvecklingsarbete inom sjukvården, å andra sidan.

Vidare har mot alla undersökningstyper kunnat riktas den kritiken beträffande underlaget att detta påverkas av en mängd faktorer som det inte går att bedöma objektivt. Det kan vara skillnader i fråga om patientklienteletets art, läkarstabens inriktning och specialisering samt arbetsmetoder ävensom lokalernas utformning och utrustning. Då det

gäller kostnadsundersökningar tillkommer dessutom kritiken att redovisningssystemen trots alla strävanden till enhetlighet uppvisar alltför många brister för att kunna läggas till grund för jämförelser av här ifrågavarande slag.

Rörande driftkostnader per vård dag och per intagen bör påpekas den särskilda svårigheten att det ännu inte är möjligt att särskilja kostnader mellan öppen och slutenvård. Kostnaden per vård dag och kostnaden per intagen beror – förutom på priser, löner, arbetsorganisation o.dyl. – på vårdens intensitet, omsättningen av patienterna och graden av beläggning. Beträffande driftkostnaden per intagen patient och driftkostnaden per vård dag kan citeras följande ur den gamla sjukhusutredningens betänkande VIII: Rationalisering av sjukhusdriften (SOU 1955:12).

”När man velat göra kostnadsjämförelser mellan olika lasarett eller olika år, har man vanligen arbetat med kostnaden per vård dag eller per intagen patient. Vid dylika jämförelser har vård dagkostnaden i och för sig endast begränsat värde; detta måste bedömas under hänsynstagande till beläggningen samt till sänkningen av medelvård tiden. Betydelsen härav framgår av nedanstående exempel. Om ett sjukhus har en total driftkostnad av t.ex. 200 000 kr. och 20 000 vård dagar per år, blir dagkostnaden 10 kr. Om antalet intagna patienter under året är 1 000, blir medelvård tiden 20 dagar. Om samma sjukhus ett år senare har samma driftkostnader och vård dagsantal men medelvård tiden ändrats, blir dagkostnaden densamma som förut. En sänkning av medelvård tiden till exempelvis 16 dagar medförande, att 1 250 patienter kunnat intagas, ger sålunda icke något utslag i dagkostnaden. Om kostnaden i stället redovisas per intagen patient, hade man i första fallet erhållit 200 kr. och i det andra 160 kr. per intagen patient. Med anledning härav bör man för att få en rättvisande jämförelse (särskilt när det gäller totalkostnaderna) presentera såväl kostnaden per vård dag som intagen patient.”

3.1.2 Vissa jämförande undersökningar

Under senare tid har inom Landstingsförbundet ett antal olika jämförelser gjorts för att om möjligt med befintlig statistik belysa skillnader mellan undervisningssjukhus m.fl. sjukhus som kan härledas till förekomsten av samarbetet kring klinisk utbildning och forskning. Statistiken har hämtats dels från den årliga marsstatistiken över personal och

löner samt dels från den s.k. LKELP-statistiken över kostnader och prestationer m.m. I det följande redovisas några av dessa jämförelser.

Personalstatistisk jämförelse

Kan antalet professorer/överläkare (s.k. prölar) resp. kliniska lärare i förhållande till totala antalet läkare eller i förhållande till totala antalet sjukvårdspersonal belysa belastningen mellan olika undervisnings-sjukhus? Kan antalet läkare i relation till antalet sjukvårdspersonal belysa detta?

I följande tabell (1) redovisas vissa jämförelser. För analysens skull finns även Regionsjukhuset i Örebro med – det enda regionsjukhus i landet som inte samtidigt är undervisningssjukhus.

Tabell 1. Årsarbetare, andelar den 1 mars 1988

Sjukhus	Kategori:			Procentandelar:		
	A Pröl/ klin lär	B Läkare ¹	C Sjukv.- pers ²	A andel av B	A andel av C	B andel av C
Huddinge	43	501	3228	8,6	1,3	15,5
Karolinska	64	702	4673	9,1	1,4	15,0
Akademiska	58 ³	709	4342	8,2	1,3	16,3
Linköping	62 ³	455	3375	13,6	1,8	13,5
Örebro	–	464	3906	–	–	11,9
Umeå	48,5 ³	340,5	3090,5	14,2	1,6	11,0

¹ Inkl. pröl/klin lär

² Inkl. pröl/klin lär och övriga läkare

³ Antal årsarbetare omräknat från anställda enligt HS och KS

Av redovisningstekniska skäl har det tyvärr inte varit möjligt att få med samtliga regionsjukhus i landet. Huvudproblemet är svårigheter att härleda de kostnadsställen eller koder som avser resp. sjukhus inom berörda sjukvårdsområden. För de tre som saknas, Sahlgrenska sjukhu-

set, Malmö Allmänna sjukhus och Lunds lasarett har detta inte varit möjligt.

Bortsett från regionsjukhuset i Umeå kan jämförelsen i alla fall indikera att läkartätheten totalt sett är högre vid undervisningssjukhusen än vid Regionsjukhuset i Örebro.

Jämförelse av kostnader på klinisknivå

Läkarutbildningen och forskningen inom de kliniska ämnesområdena ställer krav på resurser som i hög grad tillhandahålls genom hälso- och sjukvårdens försorg. Till en mycket stor del avser detta behov resurser som normalt också förbrukas i den ordinarie hälso- och sjukvården. Någon särskild redovisning eller uppdelning på det ena eller andra ändamålet förekommer normalt inte och skulle inte heller vara möjlig utan en mycket omfattande administration.

För läkarutbildningen utgör en stor del av resursåtgången tid för läkare och lärare för katedral och annan schemalagd undervisning, handledning, särskilda ronder, kursledning och administration. Bland övriga kostnader specifika för läkarutbildningen kan nämnas lärarassisterande personal, material m.m. som används i undervisningen samt kostnader för klädsel m.m. för kandidaterna som krävs för deras närvaro på sjukhuset. Bland allmänna omkostnader för läkarutbildningen kan nämnas andelar i kostnaderna för ekonomi och personaltjänst samt tekniska tjänster i form av fastighetens drift, vaktmästeri, telefonservice, tvätt och liknande.

För den kliniska forskningens del kommer i första hand forskararbets-tid och arbetstid för forskarassisterande personal. Liksom för läkarutbildningen ställer forskningen krav på de allmänna administrativa och tekniska tjänster som även ställs till den ordinarie hälso- och sjukvårdsverksamhetens förfogande. Till detta kommer kostnader för nyttjandet av laboratorier och liknande serviceavdelningar samt materialförbrukning.

Resurskraven från läkarutbildningen och forskningen behöver inte nödvändigtvis innebära att kostnaderna för ett undervisningssjukhus är högre än för ett jämförbart sjukhus där läkarutbildning och forskning inte bedrivs. Teoretiskt sett skulle kostnaderna kunna vara lika stora totalt sett och belastningen från läkarutbildning och forskning i stället manifesteras via längre vårdtider, färre intagningar eller ett lägre antal vård dagar. Vid en jämförelse måste därför hänsyn även tas till prestationerna inom sjukvårdsproduktionen.

Det stora problemet vid en jämförelse på kliniknivå är dock att de olika klinikerna vad avser organisation, specialisering på olika ämnesområden, specialiseringsgrad, upptagningsområden etc. uppvisar så stora skillnader. Det är därför svårt att göra dem jämförbara på ett sådant sätt att de kvarstående skillnaderna med någon säkerhet skulle kunna härledas till ett större eller mindre inslag av läkarutbildning och forskning. Införandet av diagnosrelaterad kostnadsredovisning skulle eventuellt kunna öka möjligheterna till jämförelser i detta avseende.

Landstingsförbundet har gjort vissa kostnadsjämförelser mellan sjukhuskliniker avseende 1985 års verksamhet och kostnader (Rapport A 954/86). I det följande redovisas några jämförelser av kostnaderna på kliniknivå med utgångspunkt från detta material.

Jämförelse mellan undervisningssjukhus och övriga sjukhus

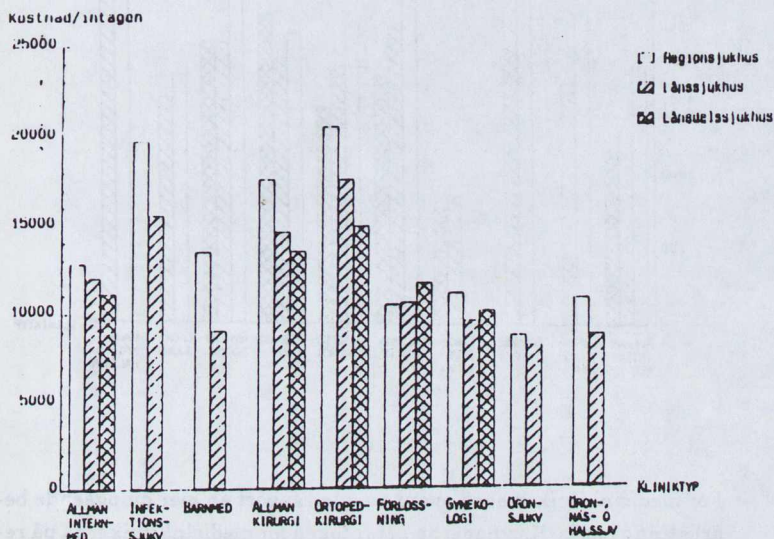
Bland redovisade åtta regionsjukhus förekommer läkarutbildnings- och forskningssamarbete vid sju, nämligen Akademiska sjukhuset, Lunds lasarett, Regionsjukhuset i Linköping, Regionsjukhuset i Umeå, Malmö Allmänna sjukhus, Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus. Regionsjukhuset i Örebro utgör undantaget i detta avseende.

Vid i jämförelsen ingående länssjukhus resp. länsdelssjukhus förekommer inte läkarutbildning och forskning i motsvarande form.

Nästan genomgående uppvisar regionsjukhusen högre genomsnittliga kostnader per intagen år 1985, vilket framgår av stapeldiagrammet nedan.

DIAGRAM 1

Diagram Kostnad per intagen 1985
Klinik- och sjukhustyp

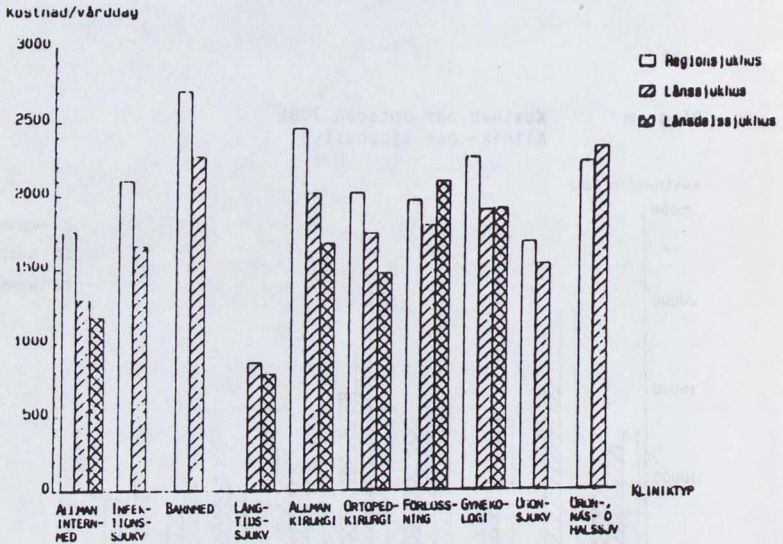


Undantag är endast förlossningsvården där kostnaderna per intagen är i stort sett jämförbara.

Görs jämförelsen utifrån kostnaden per vård dag bryts detta mönster även vad gäller öron-, näs- och halssjukvården. Detta framgår av följande stapeldiagram.

DIAGRAM 2

Diagram Kostnad per vård dag 1985
Klinik- och sjukhustyp



För medicinkliniker har i ovannämnda rapport en mer djupgående bearbetning gjorts. Kostnaderna per intagen för medicinklinikerna på region- och länsjukhus har justerats med avseende på ålder, diagnos samt medelvårdtid. Efter justering kvarstår fortfarande att kostnaderna per intagen för samtliga regionsjukhus utom ett är högre än för vart och ett av länsjukhusen. Undantaget är här Malmö Allmänna sjukhus där kostnaden ligger strax under genomsnittet för de två sjukhustyperna.

Jämförelse mellan olika regionsjukhus

I tabell 2 (nedan) redovisas kostnader m.m. för medicinklinikerna vid de regionsjukhus som har avtalssamarbete med staten avseende läkarutbildning och forskning. Vid denna jämförelse utgör kostnaden per intagen för Malmö Allmänna sjukhus, som ligger lägst efter justering för ålder, diagnos och medelvårdtid, index 100.

Tabell 2. Kostnader m.m. för medicinkliniker vid vissa regionsjukhus (1985)

1985		Medicinkliniker			Kostnad sedan skillnader reducerats i*) (per intagen)		
		kostnad/ intagen	kostnad/ vårddag	medel- vårdtid	ålder	ålder diagnos	ålder diagnos medel- vårdtid
AB	KS	16 316	2 089	7,8	141	152	152
	HS	18 078	2 514	7,2	156	180	182
C	AS	14 806	1 664	8,9	124	128	121
E	RLi	12 452	1 566	8,0	104	111	113
M	LL	13 066	1 747	7,5	105	118	126
MM	MAS	12 140	1 380	8,8	100	100	100
AC	RiU	14 439	1 906	7,6	125	130	137
Snitt läns- och regionsjukhus		13 386	1 421	9,4			

*) omräknade index av MAS = 100

Som jämförelse kan nämnas att kostnaden per intagen efter justering för ålder, diagnos och medelvårdtid vid Regionsjukhuset i Örebro motsvarar index 120.

3.1.3 Övrigt underlag

Utredningen har under sitt arbete – förutom i föregående avsnitt lämnat redovisning – tagit del av en mycket betydande mängd underlagsmaterial för belysning av de merkostnader som är förknippade med att klinisk utbildning och forskning bedrivs inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Detta material föreligger huvudsakligen i form av arbetspromemorior och har främst använts av de båda huvudmännen i samband med förhandlingar om ersättningsbeloppens storlek. Det är inte heltäckande och av den karaktär att det kan ligga till grund för några förslag från utredningens sida till ändringar av nuvarande driftersättningar. Utredningen bedömer det ej heller realistiskt att inom föreliggande tids- och kostnadsramar genomföra några egna omfattande kostnadsstudier med insamlande av primärdata etc.

Utredningen har såsom framgått av inledningsavsnittet haft en oförändrad kostnadsnivå som en av sina utgångspunkter för arbetet. Verksamhetens starkt integrerade karaktär gör det således enligt utredningens mening ej meningsfullt eller ens möjligt att med någon slags förfinad kostnadsanalys finna nya principer eller metoder för beräkning av kostnaderna. Utredningen konstaterar t.ex. att det mycket ambitiösa arbete som bedrevs 1971–72 i den s.k. Samuelsonska utredningen (Utredning S) ej ledde till någon mer betydande förändring av ersättningsbeloppen. Den stabilitet som nu uppnåtts kring ersättningsbeloppens storlek och fördelning bör enligt utredningen emellertid kunna leda till en förenkling av nuvarande ordning för fastställande av driftersättningar.

Utredningen återkommer till detta i avsnitt 5.

3.2 Kostnadsbild

I föregående avsnitt exemplifierades vissa resurser som tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning. En mycket noggrann analys och beskrivning av kostnadsbilden för klinisk utbildning och forskning i sin helhet görs i den i föregående avsnitt omnämnda Samuelsonska utred-

ningens rapport "Promemoria med utredning av frågor av betydelse för samarbetet mellan stat och kommun beträffande de kommunala undervisningssjukhusen", (Ds 1972:11).

I denna utredning sammanfattades den totala kostnaden för en utbildningsplats vid läkarlinjen (i 1973 års penningvärde) enligt nedanstående:

Katedral undervisning (ca 250 läkartimmar)	18 767 kr.
Handledning (ca 360 läkartimmar)	25 270 kr.
Kursledning och administration	17 500 kr.
	61 537 kr.
Omkostnadspålägg (70 %) (tekniska tjänster samt ekonomi- och personaltjänster)	43 076 kr.
	104 613 kr.

Den genomsnittliga kostnaden per forskningstimme (i 1973 års penningvärde) beräknades enligt nedanstående:

Lönekostnad för forskare	68,92 kr.
Assistenter (2,5 tim. per forskartim.)	47,50 kr.
	116,42 kr.
Omkostnadspålägg (140 %) (laboratorie- och andra medicinska tjänster, förbrukningsmateriel m.m.)	162,99 kr.
	279,41 kr.

Denna kostnadsbild – dvs. ca 105 000 kr. för en utbildningsplats vid läkarlinjen samt ca 280 kr. per forskningstimme – låg till grund för de avtal som träffades mellan de båda huvudmännen under perioden 1974–83. Utredningen har baserat sina fortsatta beräkningar kring ersättningsbeloppens fördelning mellan utbildnings- resp. forskningskostnader samt storleken av tillgängligt forskningsutrymme utifrån detta.

Kostnaderna har därvid räknats upp med ledning av konsumentprisindex.

Utredningen redovisar nedan (3.2.1–3.2.2) sina beräkningar kring fördelning av nuvarande ersättningsbelopp på utbildnings- resp. forskningskostnader. Det måste i detta sammanhang starkt betonas att dessa beräkningar nödvändigtvis innehåller osäkerheter och har karaktären av relativt grova uppskattningar. Nuvarande driftersättningar har fastställts genom förhandlingar mellan parterna och innefattar – utan angivande av delbelopp – t.ex. ersättningar för tidigare utgående investeringar inom vissa områden samt för särskilda ändamål. Utredningens beräkningar har gjorts i syfte att erhålla ett underlag för reglering av framtida kostnadsnivåförändringar samt för fastställande av tillgängligt forskningsutrymme.

3.2.1 Utbildningskostnader

Den statliga driftersättningen för en utbildningsplats vid läkarlinjen kan med ledning av utredning S och visst förhandlingsmaterial för 1989 schablonmässigt beräknas uppgå till ca 170 kkr. Vid beräkning av driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen har de kostnader dragits av som bestrids via högskolornas egna anslag för utbildningsändamål.

Motsvarande driftersättning till sjukvårdshuvudmännen för berörda medellånga vårdutbildningar (se vidare avsnitt 4.1.2) har på samma sätt schablonmässigt beräknats till 15 kkr.

3.2.2 Forskningskostnader

Driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen uppgår för 1989 till 949 milj.kr. Ersättningsbeloppen kan beräknas fördela sig enligt nedanstående:

Utbildningskostnader (milj.kr.)		≈ 149
Läkarlinjen (845 upl x 170 kkr.)	(143,7)	
Medellånga vårdlinjer (336 upl x 15 kkr.)	(5,0)	
Forskningskostnader (milj.kr.)		≈ 800
		949

Ersättningsbeloppen för forskning avser att täcka det intrång som forskningsverksamheten förorsakar inom sjukvårdsorganisationen. Av de ca 800 milj.kr. som utgår för detta ändamål kan knappt hälften (se nedan) beräknas vara ersättning för sjukvårdshuvudmännens kostnader för den forskning som bedrivs av universitetsanställda läkarlärare. I tabell 3.4.1 redovisas en sammanställning över dessa tjänstekategorier högskolevis.

Som framgår av tabellen uppgår antalet läkarlärare till ca 900 st. Om en tredjedel av deras arbetstid (ca 585 forskningstimmar/läkarlärare) beräknas åtgå till forskning kan den sammanlagda forskningsvolymen för läkarlärare beräknas uppgå till 526 500 forskningstimmar (900 läkarlärare x 585 forskningstimmar). Med ledning av utredning S kan sjukvårdshuvudmännens kostnader för läkarlärarnas forskning beräknas uppgå till ca 660 kr./forskningstimme. Den totala forskningskostnaden blir då ca 350 milj.kr. (526 500 forskningstimmar x 660 kr.), dvs. knappt hälften av de driftersättningar som utgår för forskningsintrånget.

Den andra (dryga) hälften av driftersättningarnas forskningsdel (ca 450 milj.kr.) avses täcka den forskningsverksamhet som bedrivs av kommunalt anställda läkare vid undervisningssjukhus (s.k. LUS-tjänster¹). Antalet sådana tjänster redovisas i tabell 3.4.3. Med ledning av utredning S kan kostnaden för denna forskning beräknas uppgå till ca 1 000 kr. per forskningstimme. Sjukvårdshuvudmännen får alltså en ersättning för sina kostnader för dessa gruppers forskning som motsvarar ett forskningsutrymme om ca 450 000 forskningstimmar per år.

¹) Läkartjänster vid UndervisningsSjukhus

Utredningen återkommer i avsnitt 5.4 till frågor kring fördelning av detta forskningsutrymme.

3.3 Nyttoeffekter

Enligt direktiven skall utredningen belysa den nytta som även sjukvårdshuvudmannen har av den utbildning och forskning som bedrivs inom ramen för avtalen.

Det är uppenbart att utvecklingen av hälso- och sjukvården i mycket stor utsträckning vilar på de resultat som fortlöpande framkommer inom ramen för forsknings- och utvecklingsarbetet. Sjukvårdshuvudmännen har också såsom en viktig avnämare av forskningsresultat på olika sätt kommit att engagera sig direkt i forskningsfrågor. Större kommuner finansierar projekt vid universitet och högskolor samt bedriver även viss egen FoU-verksamhet på olika områden. Samarbete med näringsliv och regionala organ förekommer i forskningsfrågor.

Flera landsting ger vidare bidrag till medicinsk och odontologisk forskning – i vissa fall vid sidan av undervisningssjukhusen. En för stat och kommun/landsting gemensam FoU-satsning inom hälso- och sjukvårdsområdet är stödet till SPRI. Kommuner och landsting är ofta viktiga intressenter för statliga myndigheter med ansvar för utbildnings- och forskningsfrågor (UHÄ, forskningsråd m.fl.) samt via Svenska kommunförbundet och Landstingsförbundet representerade i dessa sammanhang. Inom dessa organisationer pågår vidare ett kontinuerligt arbete i syfte att utveckla sin strategi vad gäller utbildning och forsknings-/utvecklingsarbete.

I ett mer begränsat perspektiv kring nyttoeffekter kan man diskutera frågan om värdet ur sjukvårdssynpunkt av medverkan från de läkarstuderande vid undervisningssjukhusen. Bl.a. i förhandlingssammanhang har det ofta från statens sida framhållits att de läkarstuderande varit av värde ur sjukvårdssynpunkt och på sina håll medfört ett mindre behov av vårdpersonal än som eljest skulle ha varit för handen. Från sjukvårdshuvudmannahåll åter brukar i förhandlingssamman-

hang hävdas, att de studerande snarare utgjort en belastning ur sjukvårdssynpunkt med hänsyn till den handledning från vårdpersonalens sida, som utbildningen nödvändiggjort. Utredning S kom på sin tid närmast fram till den uppfattningen när det gäller grundutbildningen i sin helhet att de läkarstuderande med hänsyn till vårdpersonalens arbete kan betraktas som i huvudsak i lika mån "närande" som "tärande".

Utredning S behandlade även frågor rörande gränsdragning eller sambandet mellan forskning och sjukvård. Olika metoder diskuterades att värdera andelen sjukvård eller sjukvårdsnyttan i forskningsarbetet. En schabloniserad modell för detta presenterades i en bilaga till utredningsrapporten. Denna modell har emellertid ej kommit att användas i senare förhandlingssammanhang.

Forskningsarbetet kan inom många områden, t.ex. inom standardkirurgi (bräck, gallsten, blindtarm etc.) ha en rationaliserande effekt i sjukvårdsproduktionen, t.ex. i form av kortare vårdtider. Eventuella vårdtidsförlängningar inom andra områden som kan förädlas av forskningsarbete kan ej beräknas med någon grad av säkerhet. De sammantagna ekonomiska konsekvenserna är mycket svårbedömda och högst varierande mellan olika sjukhus, specialiteter etc..

Förekomsten av kvalificerad utbildnings- och forskningsverksamhet inom sjukvårdsorganisationen innebär ofta en förstärkning av kompetens och utvecklingspotential. Samtidigt uppkommer för berörda sjukvårdshuvudmän ökade kostnader. Nya behandlingsmetoder måste ofta av vetenskapliga skäl inledningsvis användas parallellt med de etablerade metoderna. Samtidigt är nästan alltid använd teknologi i ett inledningsskede väsentligt dyrare än under senare delar av utvecklings- och spridningsprocessen. Även andra faktorer fördyrar för de sjukvårdshuvudmän som upplåter sin organisation för avancerad forskning. Forskningsarbete inom ett område sker ofta inledningsvis på flera olika håll - i konkurrens och samverkan. När sedan forskningen övergår till att bli klinisk rutin kan det i vissa fall vara ändamålsenligt att behandlingen koncentreras till en eller några få platser i landet. Vissa forsknings- och utvecklingskostnader kan härvid komma att bäras av en

sjukvårdshuvudman medan den kliniska rutinen som följer av forskningsarbetet etableras på annat ställe.

Utredningen har icke funnit det möjligt att med en realistisk resursinsats göra ytterligare analyser av dessa förhållanden som skulle ge en säkrare kvantitativ bas för nya avtal.

4 Nuvarande samarbetsformer

Utredningen bör enligt direktiven som en bakgrund till sina förslag lämna en redogörelse för hur det nuvarande systemet fungerar.

I detta avsnitt ges inledningsvis (4.1) en redogörelse för nu gällande avtal mellan de båda huvudmännen rörande samarbete om läkarutbildning och forskning. Härafter redovisas kortfattat samarbetet på central nivå kring dessa frågor (4.2). I avsnitt 4.3 beskrivs hur samarbetet på lokal nivå bedrivs. Avslutningsvis (4.4) redovisas vissa övergripande synpunkter rörande nuvarande system som framförts av lokala sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter.

4.1 Nuvarande avtalsförhållanden

Nuvarande samarbete inom området bygger i stort på de avtal som den 26 april 1984 (ALF-84¹⁾) träffades mellan staten och berörda sjukvårdshuvudmän. Dessa avtal har den 17 mars 1987 kompletterats på vissa punkter.

Avtalskomplexet består av ett övergripande samarbetsavtal samt åtta ortsvisa avtal om läkarutbildning och forskning i Stockholm, Uppsala, Linköping, Lund, Malmö, Göteborg (2 avtal) och Umeå.

¹⁾ Avtal om Läkarutbildning och Forskning för 1984

4.1.1 Samarbetsavtalet

Samarbetsavtalet har karaktären av ett ramavtal och innehåller för alla utbildningsorter gemensamma bestämmelser för samarbetet mellan staten och berörda landstingskommuner/kommuner om läkarutbildning och forskning.

I inledningen till samarbetsavtalet fastläggs vissa allmänna utgångspunkter för samarbetet. Hälso- och sjukvårdens organisation och dimensionering skall utgöra den ram inom vilken läkarutbildningen och forskningen får bedrivas. Samtidigt skall sjukvårdshuvudmannen vid planeringen av hälso- och sjukvården beakta läkarutbildningens och forskningens behov.

Samarbete förekommer för närvarande mellan följande högskoleenheter och landstingskommuner inom angivna sjukvårdsregioner.

<i>Högskoleenhet</i>	<i>Landstingskommun</i>	<i>Sjukvårdsregion</i>
Karolinska institutet	Stockholms läns landstingskommun	Stockholmsregionen
Universitetet i Uppsala	Uppsala läns landstingskommun	Uppsala/Örebroregionen
Universitetet i Linköping	Östergötlands läns landstingskommun	Linköpingsregionen
Universitetet i Lund	Malmöhus läns landstingskommun Malmö kommun	Lund/Malmöregionen
Universitetet i Göteborg	Bohuslandstinget Göteborgs kommun	Göteborgsregionen
Universitetet i Umeå	Västerbottens läns landstingskommun	Umeåregionen

I 1 § fastslås att staten och landstingskommunen på grundval av samarbetsavtalet skall träffa särskilt avtal med lokalt anpassade bestämmelser för samarbetet.

Tidigare avtal har innehållit detaljerade regler om formerna för hur samråd skulle äga rum på lokal nivå. Dessa regler har i det nuvarande

samarbetsavtalet ersatts med en bestämmelse (3 §) om skyldighet att samråda vid tillämpningen av avtalen, bl.a. om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Överenskommelse skall träffas mellan landstingskommunen och högskoleenheten om formerna för sådant samråd.

I § 2 fastslås att läkarutbildningen och forskningen inom de medicinskt kliniska ämnesområdena får bedrivas inom landstingskommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

Enligt avtalet ställer sjukvårdshuvudmännen därmed i princip hela sin organisation till förfogande för klinisk utbildning och forskning. I avtalets 6-7 §§ tillkommer bestämmelser i detta avseende. I de lokala avtalen skall således anges de enheter beträffande vilka skall tillämpas lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare m.m., s.k. upplåtna enheter. Vidare fastslås att i de lokala avtalen skall anges till vilka av de upplåtna enheterna sådana forskningsaktiviteter skall koncentreras som kräver särskilda resurser i form av exempelvis lokaler eller utrustning. Ordinarie tjänst som professor vid högskoleenhetens medicinska fakultet får vara placerad vid sådana enheter och vid vissa andra upplåtna enheter som anges i de lokala avtalen.

Landstingskommunen och högskoleenheten får enligt samarbetsavtalet komma överens om att förlägga moment i läkarutbildningen till annan enhet än upplåten enhet. En sådan överenskommelse innebär inte att den ovan angivna lagen blir tillämplig. Överenskommelsen får även avse enhet under annan huvudman än sådan med vilken staten träffat samarbetsavtalet. Landstingskommunen svarar därvid för erforderlig överenskommelse med annan huvudman.

De föreskrifter som landstingskommunen meddelar för verksamheten vid enhet inom hälso- och sjukvården skall i tillämpliga delar gälla även för där verksamma arbetstagare och studerande vid högskoleenheten (4 §).

Enligt samarbetsavtalet (5 §) skall sjukvårdshuvudmannen för läkarutbildningens och forskningens behov tillhandahålla personal, lokaler och utrustning samt övriga nyttigheter och annan service med de begränsningar och undantag som följer av en till avtalet fogad bilaga. Enligt denna bilaga anställer staten tjänsteman som är professor eller klinisk lärare och vars tjänst är förenad med tjänst vid enhet inom hälso- och sjukvården. För sådan tjänsteman bekostar staten lön enligt vederbörandes placering i lönegrad jämte i förekommande fall därtill knutna tillägg och förmåner (inkl. pension), medan landstingskommunen bestrider kostnader för särskilda arvoden och tilläggsförmåner, såsom uppdragstillägg, befattningsarvode samt gottgörelse för särskild arbetstid, jour och beredskap. Klinisk amanuens anställs och bekostas helt av staten, som dock är berättigad till ersättning av landstingskommunen efter rekvisition månadsvis i efterskott med en tredjedel av utbetalat lönebelopp, förhöjt med lönekostnadspålägg enligt för staten vid varje tillfälle gällande grunder.

Antalet tjänster som professor, klinisk lärare och klinisk amanuens fastställs av staten efter samråd med landstingskommunen.

Personal som anställs uteslutande för läkarutbildning eller forskning liksom timarvoden för undervisning bekostas helt av staten.

Såvitt gäller utrustning för forskningens behov avser landstingskommunens åtaganden endast vedertagen grundutrustning vid enhet som åsyftas i 7 § fjärde och femte styckena samarbetsavtalet, dvs. enhet vid vilken ordinarie tjänst som professor är inrättad. Det åligger inte landstingskommunen att tillhandahålla förbrukningsartiklar för demonstrationsändamål och sådant material som erfordras för djurförsök och särskilda forskningsprojekt.

Med begreppet vedertagen grundutrustning för forskningens behov åsyftas sådan utrustning som är användbar inte endast för ett eller annat speciellt forskningsprojekt utan för olika projekt av beskaffenhet att kunna genomföras med tillämpning av gängse teknik och metodik. Samma principiella begränsning av landstingskommunens skyldigheter som enligt ovan gäller i fråga om utrustning skall även gälla läkar-

utbildningens och forskningens försörjning med nyttigheter av olika slag.

Enligt 7 § skall landstingskommunens medgivande inhämtas innan forskningsprojekt som ställer särskilda krav på hälso- och sjukvårdens resurser påbörjas. Forskning får vidare inte utan landstingskommunens medgivande bedrivas inom hälso- och sjukvårdsorganisationen av annan än den som är knuten till högskoleenhetens medicinska fakultet. Formerna för hur dessa medgivanden skall inhämtas har förutsatts bli reglerade i lokalt samråd mellan de båda huvudmännen. I ett sådant samråd kan också föreskrivas hur information om den forskning som bedrivs skall lämnas, exempelvis i fråga om större förändringar i pågående projekt.

Läkarutbildningens omfattning och inriktning grundas enligt avtalet (6 §) på det antal nybörjarplatser som fastställs av riksdagen samt på fastställda utbildningsplaner.

Enligt 7 § får forskningen bedrivas inom ramen för de resurser som tillhandahålls av högskoleenheten samt de resurser som sjukvårdshuvudmännen skall tillhandahålla enligt 5 §.

Innan förslag lämnas om att tjänst som professor inom medicinskt kliniskt ämnesområde skall inrättas och vara förenad med landstingskommunal tjänst skall medgivande till föreningen inhämtas från landstingskommunen. Därvid skall denne yttra sig över förslagets konsekvenser i fråga om sjukvårdsorganisation, lokaler och ekonomi. Mot svarande skall gälla vid prövning av sådan tjänst enligt 19 kap. 47-51 §§ högskoleförordningen (7 a §).

För landstingskommunens åtaganden enligt avtalet lämnar staten ersättning i form av dels investeringersättning enligt de bestämmelser som framgår av till avtalet fogad bilaga, dels driftersättning enligt särskild överenskommelse. Driftersättningen skall fastställas med beaktande av bl.a. antalet utbildningsplatser, fastställda utbildningsplaner och befintlig forskningsorganisation.

Till avtalet fogas en bilaga med vissa speciella kommentarer till avtalstexten.

4.1.2 De lokala avtalen

I de lokala avtalen fastslås inledningsvis att samarbetsavtalet skall gälla för samarbetet mellan staten och ifrågakvarande landstingskommun.

Härefter anges bl.a. de upplåtna enheterna samt till vilka av dessa forskningsaktiviteterna skall koncentreras.

Vidare anges i 5 § att bestämmelserna i samarbetsavtalet skall gälla även för den till vissa ordinarie professorstjänster inom uppräknade ämnesområden knutna utbildnings- och forskningsverksamheten med lokaler inom sjukvårdshuvudmannens område. I tabell 3.3 redovisas dessa åtaganden sjukvårdshuvudmannavis.

På vissa utbildningsorter omfattar enligt träffade lokala avtal bestämmelserna i samarbetsavtalet även grundläggande högskoleutbildning i logopedi samt den kliniska delen av den grundläggande högskoleutbildningen på sjukgymnastlinjen samt forskning/forskarutbildning inom dessa ämnesområden.

För utbildningsverksamheten anges i de lokala avtalen uppgift om antalet tillhandahållna utbildningsplatser för nybörjare vid berörda utbildningslinjer.

4.2 Samarbetet på central nivå

Nuvarande system för fastställande av driftersättningar m.m. bygger på årliga förhandlingar på central nivå mellan de bägge huvudmännen.

Statens förhandlingsnämnd (SFN) förhandlar för statens del på uppdrag av regeringen. Sjukvårdshuvudmännen företräds såsom tidigare

nämnts i dessa förhandlingar av en för berörda landstingskommuner/kommuner gemensam förhandlingsdelegation. Denna förhandlingsdelegation är knuten till Landstingsförbundet som bl.a. tillhandahåller ekonomisk expertis och administrativ service.

Förhandlingarna leder till preliminära överenskommelser rörande samarbetsavtal, lokala avtal och driftersättningarnas storlek. Vad som överenskommits gäller under förbehåll att det senare godkänns av regeringen samt av beslutande instanser hos berörda sjukvårdshuvudmän.

I särskilda propositioner föreslås riksdagen bevilja medel för ändamålet samt bemyndiga regeringen att ikläda staten den ekonomiska förpliktelsen att betala ut de belopp som följer av träffade överenskommelser.

Förhandlingarna mellan SFN och nämnda förhandlingsdelegation rörande ersättningsbeloppen är tidsmässigt ej samordnade med det normala budgetarbetet inom regeringskansliet, t.ex. vad gäller anslag för utbildning och forskning inom högskoleområdet. Förhandlingarna på central nivå rörande t.ex ekonomiska konsekvenser av volymförändringar i utbildnings- och forskningsorganisationen tas således upp först sedan riksdagen fattat beslut rörande ifrågavarande förändringar. Förhandlingsarbetet bedrivs vidare med andra utgångspunkter för ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar än vad som gäller för högskoleanslagen.

Ersättningsbeloppens totala storlek och inbördes fördelning på de olika lokala sjukvårdshuvudmännen är över tiden påfallande stabilt. I tabellerna 3.1.1 och 3.1.2 redovisas de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen under perioden 1984-1989.

Utredningen behandlar i samband med frågor rörande s.k. upplåtna enheter (avsnitt 5.6) systemet med investeringsersättningar.

4.3 Samarbetet på lokal nivå

Utredningen tillskrev under hösten 1988 berörda lokala sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter och anhöll om uppgifter rörande nuvarande samarbete på lokal nivå av betydelse för utredningsarbetet. I samband härmed gavs även möjligheter att ge övergripande synpunkter på hur nuvarande system för samarbete fungerar och förslag till förändringar av detsamma.

I detta avsnitt lämnas inledningsvis (4.3.1) några allmänna kommentarer om samarbetet. Härfter redovisas uppgifter rörande nuvarande system med avseende på långsiktig samplanering av sjukvård, utbildning och forskning (4.3.2), årlig planerings- och budgetprocess (4.3.3), samarbetsorgan och samarbetsformer (4.3.4) samt informationsfrågor (4.3.5).

4.3.1 Allmänt

Utbildning, forskning och vård bedrivs i ett komplext samspel inom ramen för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Graden av *verksamhetsintegration* varierar starkt. Vid vissa institutioner/kliniker finns en relativt strikt uppdelning i en "universitetsdel" och en "sjukvårdsdel", medan vid andra institutioner/kliniker en i det närmaste fullständig integration har ägt rum. På samma sätt varierar de olika verksamhetsgrenarnas inbördes andel på institutions-/kliniknivå. Andelen läkararbetstid för t.ex. forskning inom de kliniska laboratedisciplinerna överstiger generellt sett den andel läkartid för forskning som i olika sammanhang redovisas från vårdklinikerna.

Beslutsordningen inom högskolan är starkt *decentraliserad* och institutionerna vid de olika högskoleenheterna utgör i många avseenden autonoma enheter med eget ansvar för forskning och utbildning inom de ramar som ges. Hos sjukvårdshuvudmännen pågår för närvarande ett omfattande förändringsarbete med inriktning mot ökat lokalt beslutsfattande såväl vad gäller enskilda sjukvårdsområden som enskilda kliniker. Samarbetet mellan de båda huvudmännen blir därför i första hand

en fråga om ett praktiskt samarbete i den löpande verksamheten på institutions-/kliniknivån.

Samordningen mellan utbildning, forskning och vård i det dagliga arbetet underlättas av de *personalunioner* som finns på klinik-/institutionsnivån, exempelvis att professor ofta är prefekt samt tillika klinikchef, att universitetsanställd personal kan ingå i klinikledningar, att av sjukvårdshuvudmannen anställda läkare fullgör uppgifter inom undervisning och forskning samt att universitetsanställda läkare på motsvarande sätt fullgör uppgifter inom sjukvården. På samma sätt innefattar institutionsstyrelse som regel företrädare inom gruppen lärare och forskarstuderande som tillika har sin grundtjänst hos sjukvårdshuvudmannen.

4.3.2 Långsiktig samplanering av sjukvård, utbildning och forskning

Ett samarbete kring långsiktig planering på lokal nivå förekommer i varierande utsträckning och i olika former. I den långsiktiga planeringen finns ett starkt gemensamt intresse att aktivt tillgodose behovet av en samlad kompetens- och resursutbyggnad inför den medicinska utvecklingen inom olika områden. Samarbetet har i huvudsak koncentrerats kring frågor i samband med organisations- och strukturförändringar, inrättande och omprövning av tjänster som professor samt anskaffning av utrustning. Härutöver förekommer långsiktig planering t.ex. i form av gemensamt utredningsarbete, remisser och informationsutbyte.

Några exempel på långsiktig samplanering av gemensamma resurser lämnas i det följande.

I Göteborg pågår ett gemensamt arbete för samordning av verksamheten vid forskningslaboratorierna på Sahlgrenska sjukhuset. Ett första steg har tagits med en sammanhållande organisation för verksamheten. Organisationen omfattar de tidigare klinik-/institutionsbundna laboratorierna samt externt finansierade laboratorier. Syftet med sam-

ordningen är att skapa bättre lokalmässiga förutsättningar för utvecklings- och forskningsprojekt.

Ett annat samarbetsexempel är det arbete som bedrivits i Uppsala rörande förutsättningarna i ett femårsperspektiv för den högspecialiserade vården vid Akademiska sjukhuset. Med utgångspunkt från pågående forsknings- och utvecklingsaktiviteter vid såväl teoretiska som kliniska institutioner har ett material utarbetats och tillställts sjukvårdshuvudmannen. Detta material har sedan beretts i nära samverkan mellan Akademiska sjukhusets sjukvårdsavdelning och fakultetsledningen. Efter diskussioner i sjukhusets forskningsnämnd har materialet bildat en viktig grund för sjukhusets långsiktiga planering vad gäller högspecialiserad vård.

Ett flertal andra exempel på samarbete kring utredningar i frågor av gemensamt intresse finns i Stockholm.

Karolinska institutet har t.ex. under 1988 arbetat fram ett omfattande utredningsmaterial som belyser den kliniska forskningens villkor. Arbetet, som publicerats i den s.k. KARL-rapporten, har genomförts av medicinska fakultetsnämndens planeringsgrupp vari ingår flera ledamöter som har en stark förankring i landstinget, t.ex. chefsläkarna för Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset samt ett flertal andra klinikchefer i "tunga" medicinska specialiteter. Under utredningsarbetet har delrapporter presenterats för Stockholms läns landsting (SLL) i samarbetsnämnden KI-HSN. På motsvarande sätt har karolinska institutet givits tillfälle att yttra sig över SLL:s långsiktiga planering "Hälsa- och sjukvård mot år 2000" innan beslut fattats om dokumentets slutliga utformning.

4.3.3 Årlig planerings- och budgetprocess

Samarbetet vad gäller den årliga planerings- och budgetprocessen sker på flera olika nivåer i systemet.

På förvaltningsledningsnivån utväxlas mellan de båda huvudmännen rutinmässigt olika planeringsdokument (sjukvårdsbudgetar, anslagsframställningar etc.) för kännedom och synpunkter. Detta samarbete sker delvis formaliserat i särskilda samarbetsorgan, delvis under hand direkt mellan tjänstemän med planerings- och budgetansvar. På detta sätt öppnas ömsesidiga möjligheter att vid behov gå in och följa budget- och planeringsprocessen hos sin samarbetspartner. Härutöver förekommer ofta parallellt fortlöpande informella kontakter. I Lund äger t.ex. överläggningar rum ungefär en gång/månad under terminstid mellan å ena sidan förvaltningsledningen vid resp. undervisningssjukhus och å andra sidan medicinska fakultetsstyrelsens dekanus/prodekanus samt kansliledning.

De statliga driftersättningarna för den kliniska utbildnings- och forskningsverksamheten inarbetas i den centrala budgeten för hälso- och sjukvården och kan inte identifieras på lägre nivå i systemet. Det är på grund av verksamhetens starka integration inte heller ändamålsenligt att i ett budgetsystem fördela resurserna i termer av sjukvård, utbildning och forskning till kliniknivån. Klinikerna tilldelas i stället resurser för den samlade verksamheten i termer av kostnadsslag (t.ex. läkarlöner, övriga löner, omkostnader etc.). Det är sedan i praktiken klinikledningen som i samband med fastställande av internbudget för verksamheten har att göra en fördelning mellan sjukvård, utbildning och forskning utifrån de förutsättningar som gäller i det enskilda fallet. Planerings- och budgetsystemet innebär i stort att de mål för kliniker- nas verksamhet som uppställs av sjukvårdshuvudmannen och de resurser som tilldelas kliniken i praktiken kommer att i mycket stor utsträckning påverka forskningens och utbildningens villkor.

4.3.4 Samarbetsorgan och samarbetsformer

I detta avsnitt redovisas för varje utbildningsort lokala samarbetsorgan och samarbetsformer. Det måste redan inledningsvis i detta sammanhang även betonas den stora vikt för samarbetet som de många informella kontakterna har. De förekommer på alla nivåer; mellan företrädare för högskoleenheterna och politisk och administrativ landstings-

ledning, sjukhusledning samt på klinisknivå. Denna informella struktur leder i många fall till att ärendena som kommer upp i formella samarbetsorgan ofta är väl förankrade.

I *Stockholm* förekommer ett formaliserat och regelbundet samråd inom samarbetsnämnden KI-HSN. I detta organ är karolinska institutets ledning liksom förvaltningsledningen inom landstingets hälso- och sjukvårdsförvaltning representerad. En överenskommelse har träffats om samarbetet, i vilken parterna bl.a. förutsätter att tyngdpunkten i samrådet skall ske på sjukvårdsområdesnivå eller klinisknivå. Inom nordvästra sjukvårdsområdet finns t.ex. en FoU-beredning som under senare tid arbetat med frågor rörande planering och samordning av forskningsresurser vid Karolinska sjukhuset.

Nya former för samarbete har utvecklats under senare år i anslutning till vissa specifika projekt. Två stiftelser har bl.a. bildats – Centrum för bioteknik (CBT) och Centrum för dentalteknik och biomaterial (CDB) – som leds av var sin styrelse. Både karolinska institutet (KI) och Stockholms läns landsting (SLL) är representerade i dessa styrelser liksom vissa andra intressenter. Ett ytterligare samarbetsprojekt – Centrum för vårdvetenskap (CVV) – leds av en motsvarande styrelse med representanter för KI och SLL.

I *Uppsala* finns en samrådsgrupp inrättad mellan landstinget och universitetet för frågor av gemensamt intresse. Samrådsgruppen sammanträffar normalt två gånger per termin. Ytterligare sammanträden för viktiga frågor kan anordnas om parterna så önskar.

Det finns på Akademiska sjukhuset en forskningsnämnd, som informerar politiker och tjänstemän hos sjukvårdshuvudmannen om pågående kliniska forskningsprojekt samt om utvecklingen inom vissa forskningsområden som i ett längre perspektiv kan beröra den högspecialiserade vårdens inriktning.

Representanter för linjenämnden och fakultetsnämnden har närvarorätt och yttranderätt i sjukhusdirektionen. På motsvarande sätt har företrä-

dare för sjukvårdshuvudmannen närvaro- och yttranderätt vid medicinska fakultetsnämndens sammanträden.

I *Linköping* förstärktes genom inrättandet av Hälsouniversitetet (HU) den 1 juli 1986 det redan tidigare goda samarbetet mellan universitetet i *Linköping* (ULi) och Östergötlands läns landsting (ÖLL).

Sedan högskolereformens genomförande 1977 och fortfarande är ett av landstingsråden ledamot av universitetsstyrelsen. Dekanus för medicinska fakulteten och en av chefstjänstemännen vid universitetet har närvaro- och yttranderätt vid såväl Hälso- och sjukvårdsnämndens (HSN) som Direktionens för centrala hälso- och sjukvårdsdistriktet (CHSD) sammanträden.

Sedan 1970-talet har ULi och ÖLL en gemensam Forskningscentral med tillika gemensam styrelse. Syftet med forskningscentralen är att få ett effektivt utnyttjande av lokaler och utrustning för experimentell och patientbunden klinisk forskning. ULi tillhandahåller viss gemensam personal som t.ex. en föreståndartjänst samt personalresurser i form av forskare inkl. laboratoriepersonal medan ÖLL tillhandahåller lokaler, vedertagen grundutrustning och vissa driftkostnader.

Inför starten av Hälsouniversitetet beslutade den för landstinget och universitetet gemensamma organisationskommittén om en gemensam ledningsorganisation. För att få samstämmighet i besluten hos de båda huvudmännen skall gemensam beredning ske i den s.k. HU-styrelsen. Denna består för närvarande av bl.a. FU:s ordf., HSN:s ordf. och UKN:s ordf., företrädande ÖLL samt rektor, prorektor och dekanus för medicinska fakulteten, företrädande ULi. Förutsättningarna för samråd är härigenom mycket goda.

Inför starten av Hälsouniversitetet slöt ULi och ÖLL ett lokalt avtal i syfte att ange det principiella innehållet i samarbetet kring Hälsouniversitetet.

Förutom de ovan nämnda formella samråden kan följande exempel på informellt samarbete nämnas.

Förvaltningsledningen för CHSD och HU:s ledning har regelbundna genomgångar av aktuella ärenden ett par gånger/termin.

HU:s ledning har träffar med primärvårdschefer och primärvårdsöverläkare för att diskutera och planera placering av studerande vid vårdcentraler inom ÖLL.

Som exempel på gemensam beredning av speciella frågor kan följande nämnas.

- ULi och ÖLL har enats om en gemensam telefonväxelupphandling, vilken skett efter samarbete mellan ett stort antal organ på olika nivåer inom landstinget och universitetet.
- ULi och ÖLL samarbetar i en gemensam ledningsgrupp för att utveckla och sätta ett generellt interaktivt nätverk för kunskapsöverföring till och från enskilda kliniker, vårdcentraler och universitetsinstitutioner.
- ÖLL och institutionen för datavetenskap vid ULi samarbetar för att arrangera seminarier inom området kommunikationsstrategi.
- Ett samarbete mellan främst Tema H och ÖLL inom projektet "Ekonomistyrning" med syfte att hitta ekonomiska styrformer som förbättrar möjligheten att effektivisera organisationen och att följa upp vad som sker.

I Lund/Malmö har rektorsämbetet utsett företrädare för resp. sjukvårdshuvudman (för närvarande förvaltningscheferna vid resp. undervisningssjukhus) att vara ledamöter i medicinska fakultetsstyrelsen. Fakultetsstyrelsen har i sin tur utsett ledamöter i dess nämnd för läkarutbildning efter förslag av resp. sjukvårdshuvudman.

Medicinska fakultetsstyrelsen utser företrädare med närvaro- och yttranderätt i Malmöhus läns landstings hälso- och sjukvårdsdelegation, direktionen för Lunds sjukvårdsdistrikt samt Malmö sjukvårdsstyrelse.

Lokal överenskommelse beträffande inrättande av ett gemensamt samrådsorgan har träffats 1984-02-08.

Den i Lunds sjukvårdsdistrikt tillsatta generalplanekommittén kallar vid behov till sina sammanträden företrädare för såväl medicinska fakulteten som byggnadsbyrån vid universitetet i Lund.

Direkt samverkan förekommer även kring enskilda projekt och utrymmen eller utrustning för i första hand forskning. Som exempel kan nämnas svepelektronmikroskop, gammakameror, NMR-utrustning m.m.

Arbetsgrupper resp. utredningar tillsätts efter behov. Som exempel kan nämnas att sjukvården i Malmö för närvarande planerar att sammanföra all icke klinikbunden men patientanknuten diagnostisk verksamhet till ett "diagnostiskt hus". Huvudkomponenterna i denna verksamhet kommer från nuvarande röntgendiagnostisk och klinisk fysiologisk verksamhet.

I *Göteborg* har ett formaliserat samarbete förekommit mellan sjukvården och universitetet sedan 1977. Samarbetet initierades genom överenskommelse mellan bl.a. statens förhandlingsnämnd och LUA-huvudmännens förhandlingsdelegation om att starta försök med utvecklande av samarbetsformer. Samarbetet har sedan dess successivt fördjupats allteftersom nya frågor aktualiserats.

På förvaltningsledningsnivå finns en samarbetsgrupp mellan Göteborgs Sjukvård och universitetet i Göteborg benämnd LUA-SAM. Gruppen behandlar övergripande planeringsfrågor och träffas ungefär fem gånger per år, vartannat år under ordförandeskap av sjukvårdsdirektören och vartannat år under ordförandeskap av medicinska fakultetens dekanus.

Till LUA-SAM är knuten en berednings-strategigrupp, vars uppgift är att ta initiativ till reformer och utvecklingsarbete som berör sjukvården och universitetet.

Sjukvårdsdirektören och sjukhusdirektören vid Sahlgrenska sjukhuset har vardera ett medicinskt råd vid sin sida. Till råden utser medicinska fakulteten en resp. två representanter. Rådet på Sahlgrenska sjukhuset fyller samtidigt funktionen som laboratorieledningsgrupp och behandlar samordningsfrågor med anknytning till denna verksamhet.

I sjukvårdens olika ad-hoc-kommittéer och samplaneringsgrupper av större betydelse brukar fakulteten av tradition inbjudas att utse en representant. Exempel på sådana kommittéer är planeringsgrupper vid nybyggnation eller annan större lokalförändring, styrgruppen för djursjukhuset, arbetsgrupper i samband med organisationsförändringar etc. Medicinska fakulteten har härutöver en representant med närvaro- och yttranderätt vid de politiska nämndernas sammanträden inom sjukvården och Göteborgs Sjukvård har representant adjungerad till medicinska fakultetsnämnden.

Den till S:t Jörgens sjukhus knutna institutionen för psykiatri och neurokemi ingår med sina båda professorer som en naturlig del i sjukhusets ledning. I sina egenskaper av klinikchef resp. chefsläkare är båda ordinarie ledamöter i sjukhusets ledningsgrupp. I den omstruktureringsprocess som pågår inom den vuxenpsykiatriska vården i Bohuslandstinget, som bl.a. innebär att institutionen skall överföras till Mölndals sjukhus, har institutionen haft inflytande dels genom representation i projektledningsgruppen dels genom en särskild arbetsgrupp.

För övrigt finns vidare en särskild gemensam samrådsgrupp för att vid behov behandla övergripande ekonomiska frågeställningar och resursfördelningsfrågor.

I Umeå har ett lokalt samarbetsavtal träffats 1986 mellan Västerbottens läns landsting och universitetet i Umeå. För övergripande samrådsfrågor har bildats en samrådskommitté med företrädare för landstingsledningen och universitetsledningen. Avtalet innebär också att två samrådsgrupper (för medicin resp. odontologi) etablerats.

De ärenden som främst behandlats i samrådskommittén är allmän information om resp. huvudmans framtidsbedömning, ekonomi, lokalfrågor, verkstadsorganisation samt organisation och tjänster inom datorkraftens område. Därutöver har informella kontakter förekommit på motsvarande nivå.

Det lokala samarbetsavtalet innefattar också överenskommelser om ömsesidig närvaro- och yttranderätt i styrelser och nämnder hos resp. samarbetspartner.

4.3.5 Informationsfrågor

Ett omfattande informationsutbyte på lokal nivå mellan de båda huvudmännen äger rum i de samarbetsorgan och i de former som redovisats i föregående avsnitt. Information om den kliniska forskningens inriktning och resurskrav samt dess konsekvenser för sjukvården är en viktig del av detta informationsutbyte. När klinisk forskning resulterar i introduktion av nya metoder inom sjukvårdsverksamheten uppstår ofta behov av tillförsel resp. omDispositionering av resurser. Information kring detta är framförallt viktig på klinik-/institutionsnivån men ofta även för sjukhusledningen. För universitetssjukhusen finns därtill betydande uppgifter att föra ut information om klinisk forskning och högspecialiserad vård gentemot sjukvårdsregionerna, vilket t.ex. kan ske vid klinikvisa regionmöten. Ett ytterligare informationsbehov riktar sig mot allmänheten.

I detta avsnitt ges några få exempel på lokala informationsaktiviteter.

Inom de s.k. forskningsetiska kommittéerna behandlas fortlöpande planerad och pågående klinisk forskningsverksamhet och dess konsekvenser. Samtliga kliniska forskningsprojekt som innefattar försök på människa diskuteras och granskas i samband härmed.

Östergötlands läns landsting anordnar med jämna mellanrum konferenser om aktuella medicinska ämnen. I dessa s.k. kontaktkonferenser deltar förtroendevalda, administrativ ledning och medicinsk ledning

m.fl., företrädare från såväl landsting som universitet. 1988 behandlade konferensen forskningens frontlinjer och konsekvenser man i dag kan ana/förutse inom sjukvården. 1989 kommer utvecklingen av de laborativa enheternas arbete och dess inverkan på sjukvården att diskuteras.

Inom centrum för utvärdering av medicinsk teknologi (CMT), vilket lyder direkt under rektorsämbetet vid universitetet i Linköping, studeras medicinska frågor av olika slag, bl.a. hur vissa forskningsframsteg förvandlas till inslag i dagens sjukvård. I detta arbete deltar sjukvårdshuvudmannen, bl.a. som den hittills största bidragsgivaren.

I Göteborg anordnas årligen en gemensam temadag för sjukvårdsstyrelsen och universitetet. Vid dessa tillfällen behandlas utvecklingsfrågor av gemensamt intresse. På samma sätt arrangeras även konferenser, som riktas till klinikchefer, chefsadministratörer och politiker. De senaste tre åren har det varit en konferens per år som har behandlat frågor inom hälso- och sjukvårdsforskning.

I Lund anordnas årligen två större arrangemang: Forskningens dag samt den biovetenskapliga riksstämman BioScience.

4.4 Övergripande synpunkter

I föregående avsnitt har inom ett begränsat utrymme redovisats ett mycket omfattande och komplext samarbete på lokal nivå mellan de båda huvudmännen. I samband med redovisningen av begärda uppgifter rörande detta samarbete har berörda sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter framfört övergripande synpunkter på hur det nuvarande systemet fungerar och även gett förslag till vissa förändringar i samsarbetsformerna.

Det finns på lokal nivå ett starkt gemensamt intresse mellan de båda huvudmännen att aktivt tillgodose behovet av kompetens och resursutbyggnad inom sjukvård, utbildning och forskning. Det framstår därför som särskilt angeläget från lokalt håll att utveckla spelregler för det

fortsatta samarbetet som främjar anpassning, flexibilitet och effektivitet på lokal nivå i resursutnyttjandet. Mot bakgrund härav framförs – inte minst från högskolan – krav på decentralisering och ökat inflytande.

Från flera håll framförs önskemål att man klarare än i dag skall lägga fast vad som gäller vid förändringar i utbildnings- och forskningsorganisationen, t.ex. i samband med inrättande av nya kliniska professurer. Det är därvid också väsentligt att det system som kommer att användas är anpassat till högskolan i övrigt så att den kliniska utbildningen och forskningen inte missgynnas.

I anslutning till önskemålen om en ökad decentralisering av nuvarande system har ett stort antal synpunkter från såväl högskoleenheter som sjukvårdshuvudmän framförts rörande systemet med s.k. upplåtna enheter och rörande investeringsersättningarna.

Från flera sjukvårdshuvudmän har vidare framförts krav på ett system som i ökad utsträckning säkerställer värdet av de årliga driftersättningarna.

Ett helt dominerande problem har under senare år utgjorts av resursknapphet och – utifrån ett högskoleperspektiv – svårigheterna att med ett ökande sjukvårdstryck säkerställa utrymme för forskning och utbildning. Från flera högskoleenheter har mot bakgrund härav efterfrågats ett system för att effektivisera användningen främst av den del av driftersättningen som avser forskning.

Utredningen återkommer till dessa frågor i avsnitt 5.

.....

.....

5 Överväganden och förslag

Enligt direktiven skall utredaren lämna förslag till alternativ till nuvarande system för driftersättningar till sjukvårdshuvudmännen.

I detta avsnitt behandlas inledningsvis (5.1) frågor i samband med ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar. Härfter följer ett avsnitt (5.2) som behandlar ekonomiska konsekvenser av volymförändringar i utbildnings- och forskningsorganisationen. Uppgifter rörande driftersättningarnas regionala fördelning lämnas i avsnitt 5.3. I avsnitt 5.4 behandlas frågor rörande ökat lokalt högskoleinflytande, vad gäller disposition av tillgängligt forskningsutrymme. Frågor kring klinisk utbildning och forskning inom odontologin redovisas i avsnitt 5.5. Systemet med s.k. upplåtna enheter behandlas i avsnitt 5.6.

Utredningen anser det önskvärt att ett nytt samarbetsavtal kring läkarutbildning och forskning skulle kunna träffas redan fr.o.m. 1990. Med hänsyn till remisstid, propositionsarbete etc. kan det emellertid visa sig att det inte är möjligt att träffa ett sådant avtal förrän fr.o.m. den 1 januari 1991. I *bilaga 2* finns ett utkast till hur ett sådant avtal skulle kunna utformas. Avtalsutkastet ansluter sig för tydlighetens skull till utformningen av nuvarande avtal. Det har vidare utformats utifrån antagandet att det nya avtalet skulle gälla fr.o.m. 1990. Med denna tidsplan för ett genomförande av utredningens förslag kommer således nuvarande samarbetsavtal upphöra att gälla med utgången av 1989.

5.1 Kostnadsnivåförändringar

Enligt direktiven bör utredaren lämna förslag i fråga om vilken teknik som bör användas för att anpassa de statliga driftersättningarna till löne- och prisökningar.

Utredningen har – utöver direktivens önskemål – haft följande utgångspunkter för sina överväganden kring ett nytt system för ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar.

- Beslut rörande fördelning av resurser till klinisk utbildning och forskning fattas av regering och riksdag i ett samlat utbildnings- och forskningspolitiskt perspektiv. Driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen utgör därvid en betydande del av de totala statliga insatserna för klinisk utbildning och forskning. Beslut rörande dessa driftersättningar bör stå i samklang med den statliga utbildnings- och forskningspolitiken i stort.
- Enligt gällande samarbetsavtal skall sjukvårdshuvudmännen tillhandahålla resurser för den kliniska utbildningens och forskningens behov. Omfattningen av de landstingskommunala resurser som behöver tas i anspråk för dessa ändamål bestäms bl.a. av de statliga driftersättningarnas storlek. De statliga driftersättningarna bör i ett nytt system redovisas på sådant sätt att eventuella avvikelser från konstaterade kostnadsnivåförändringar för den utbildnings- och forskningsverksamhet som driftersättningarna avses täcka redovisas öppet. I detta syfte skisseras nedan en modell för beräkning av konstaterade kostnadsnivåförändringar.

Utredningen har mot bakgrund av ovan redovisade utgångspunkter i sitt arbete prövat ett flertal olika alternativ för ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar. Utredningen har därvid funnit det lämpligt att föreslå ett system, i vilket ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar i första hand baseras på historiska data. Bl.a. av detta skäl har utredningen avvisat en fortsättning av nuvarande ordning där de statliga driftersättningarna till stor del bygger på en i finansplanen gjord bedömning av förväntade kostnadsstegringar i samhällsekono-

min. Utredningen har också mot bakgrund av de redovisade utgångspunkterna avvisat renodlade generella "index-modeller" för ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar. Sålunda står inte heller en budgetteknik vilken mekaniskt följer olika mått på pris- och löneförändringar i överensstämmelse med utgångspunkterna för de gjorda övervägandena.

Driftersättningarna till huvudmännen för undervisningssjukhusen enligt avtal om läkarutbildning och forskning inom de kliniska ämnesområdena anvisas fr.o.m. budgetåret 1988/89 under utbildningsdepartementets huvudtitel (Anslaget Driftersättning enligt läkarutbildningsavtal m.m.). Härigenom har ökade möjligheter skapats för bättre överblick och samordning av de totala statliga resurserna för medicinsk forskning och utbildning. I linje med dessa strävanden bör enligt utredningen de statliga medel som utgår till sjukvårdshuvudmännen avseende klinisk utbildning och forskning i princip kunna behandlas som övriga anslagsmedel till högskolan för högre utbildning och forskning. Kompensation för kostnadsökningar bör således fortsättningsvis ges enligt samma principer som för högskolans sektors- och fakultetsanslag.

Underlag för pris- och löneomräkning för anslagen till högskolan utarbetas inom UHÄ. UHÄ:s beräkning av en bas för prisomräkning samt av kostnaderna för olika löneavtal grundar sig på uppgifter som årligen inhämtas bl.a. från högskoleenheterna. Av UHÄ framförda förslag till löneomräkning bygger på kostnadskonsekvenser på grundval av specificerade löneavtal. Prisomräkningen baseras på gjord utgiftsslagsredovisning och följer i stort den allmänna prisutvecklingen.

Riksdagen (UbU 1987/88:20) har begärt att eventuella avvikelser i regeringens budgetproposition från UHÄ:s förslag till pris- och löneomräkningar fortsättningsvis redovisas och kommenteras samt att det beräknade beloppet för pris- och löneomräkning anges för varje anslagspost.

I syfte att erhålla kompensation för kostnadsökningar på grundval av centralt träffade löneavtal, vilkas konsekvenser av tidsskäl ej kunnat

beaktas i budgetarbetet för visst budgetår, utgår vidare s.k. täckningsanslag bl.a. till myndigheterna inom högskolesektorn. Framställning om täckningsanslag inges för högskolans del av UHÄ i slutet av det aktuella budgetåret. Äskade medel upptas principiellt som en fordran i högskolemyndigheternas bokslut för ifrågavarande budgetår. Av skäl som senare redovisas behöver detta system inte tillämpas vad gäller de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen.

En överenskommelse mellan de båda huvudmännen rörande ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar föreslås således i huvudsak bygga på att den pris- och löneomräkning högskolan erhåller för grundläggande högskoleutbildning samt för forskning/forskarutbildning även skall gälla de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. I den mån pris- och löneomräkning för dessa ändamål ej sammanfaller bör kostnadsnivåförändringarna till 85 % motsvara tillämpad pris- och löneomräkning för forskning/forskarutbildning samt till 15 % motsvara tillämpad pris- och löneomräkning för grundläggande högskoleutbildning.

I underlaget för beräkning av pris- och löneomräkning för de statliga driftersättningarna bör vidare beaktas löneutvecklingen hos sjukvårdshuvudmännen för vissa personalgrupper som i särskilt hög grad tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning. I syfte att på ett någorlunda enkelt sätt kunna beräkna kostnadsnivåförändringarna inom den kliniska utbildningen och forskningen behöver vissa schabloniseringar göras. Med utgångspunkt från den kostnadsanalys som redovisas i utredningsrapportens tredje avsnitt "Kostnadsanalytiska frågor m.m." kan uppskattas att proportionerna mellan landstingskommunal resp. statlig personal i utbildnings- och forskningsverksamheten är 1:2¹⁾. Härtill krävs att den inbördes andelen lönekostnader uppskattas för de personalgrupper hos sjukvårdshuvudmännen som i särskilt hög grad

1) Vid beräkning av detta förhållande har hänsyn endast tagits till läkarpersonalen. Schablonmässigt har antagits att statlig personal utgörs av ca 900 läkarlärare. 2/3 av deras årsarbetstid kan beräknas användas för universitetsuppgifter motsvarar ca 600 helårsinsatser; ca 450 000 forskningstimmar för kommunalt anställda läkare (ca 1 500 forskningstimmar/läkare) motsvarar ca 300 helårsinsatser.

medverkar i klinisk utbildning och forskning. En rimlig fördelning kan härvid vara: Överläkare och bitr. överläkare 25 %, avdelningsläkare m.fl. läkare 45 % och avdelningsföreståndare, sjuksköterska m.fl. 30 % av de landstingskommunala lönekostnaderna. Underlag för tillämpad bas för prisomräkning kan hämtas från kostnadsredovisningen hos högskolans medicinska resp. odontologiska fakulteter. Erfarenhetsmässigt brukar andelen lönekostnader utgöra 80–85 % av de totala kostnaderna. Utredningen föreslår att andelen lönekostnader i samband med prisomräkning av driftersättningarna schablonmässigt uppskattas till 80 %. Prisomräkning kan därefter ske på det sätt som föreskrivs för anslagen till den statliga högskolan.

Ett framtida system för ekonomisk reglering av volym- och kostnadsnivåförändringar bör härutöver bygga på att beslut om de statliga driftersättningarna tidsmässigt skall kunna samordnas med den normala statliga budgetprocessen (t.ex. budgetarbete inom regeringskansliet under hösten år 1989, budgetproposition i januari år 1990 avseende budgetåret 1990/91). Utredningen utgår ifrån att driftersättningarna även fortsättningsvis skall avse kalenderår och föreslår att fastställande av driftersättning för t.ex. 1990 skall kunna ske i riksdagen under våren 1990. Ersättningsbeloppen skall i sin helhet kunna utbetalas till sjukvårdshuvudmännen per den 1 juli 1990. Något behov att på central nivå fastställa betalningsterminer för utbetalningarna till berörda landstingskommuner (motsv.) föreligger ej.

För närvarande disponeras medlen för driftersättningarna av Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande som i sin tur utbetalar dem till de olika sjukvårdshuvudmännen. Här föreslås att driftersättningarna fortsättningsvis anvisas under ett anslag till högskolan med särskilda anslagsposter för berörda högskoleenheter. Från dessa anslagsposter föreslås ifrågakarande medel utbetalas direkt till sjukvårdshuvudmännen.

Underlag för beräkningarna i budgetarbetet bör lämnas i motsvarande ordning som för högskoleanslagen. UHA föreslås åläggas uppgiften att inge anslagsframställning för de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen. Några önskemål från sjukvårdshuvudmännens si-

da att tillämpa ett system med s.k. täckningsanslag för de statliga drift-ersättningarna har ej framförts under utredningsarbetet och utredningen anser mot bakgrund av direktivens önskemål om ett administrativt enkelt system detta ej heller motiverat. Beräkning av ersättningsbeloppen för t.ex. 1990 kommer därför med den föreslagna ordningen bl.a. bygga på uppgifter rörande den faktiska löneutvecklingen hos sjukvårdshuvudmännen under 1988. Uppgifter härom sammanställs inom Landstingsförbundet under mars-maj 1989. Detta underlag vägs in i UHÄ:s budgetarbete. Vad gäller ersättningsbelopp för klinisk odontologisk utbildning och forskning föreslås att motsvarande underlag till UHÄ levereras av berörda lokala sjukvårdshuvudmän.

I ett nytt samarbetsavtal mellan de båda huvudmännen bör fastställas att parterna är överens att beräkning av kostnadsnivåförändringar skall ske med utgångspunkt från ovan redovisade principer.

5.2 Volymförändringar

I 1988 års budgetproposition anfördes att det nuvarande systemet för ersättning till landstingskommunerna/kommunerna ger knapphändig information om vilka kostnader som ersätts. Därvid framhölls att svagheterna aktualiseras när nya professurer i kliniska ämnen inrättas, eller när läkarutbildningens dimensionering eller organisation i övrigt ändras.

Utredningen bör enligt direktiven framför allt pröva möjligheterna till ett system där driftersättning ges i form av schablonbidrag, t.ex. per studerande och per högre forskartjänst. För att systemet skall ge den kostnadsinformation som erfordras för beslut på olika nivåer bör ersättningarna fortsättningsvis inte fastställas genom förhandlingar.

I fortsättningen behandlas volymförändringar i utbildningsorganisationen (5.2.1) resp. i forskningsorganisationen (5.2.2).

5.2.1 Utbildningsorganisationen

Ekonomisk reglering av volymförändringar i utbildningsorganisationen föreslås ske med utgångspunkt från antalet tillhandahållna utbildningsplatser på läkarlinjen och andra berörda utbildningslinjer. Mot bakgrund av direktivens önskemål om ett administrativt enkelt system föreslås att eventuella skillnader mellan universitetsorterna vad gäller t.ex. utnyttjandegrad, examinationsfrekvens etc. ej beaktas.

Klinisk grundutbildning av läkare bedrivs i huvudsak under terminerna 6–11. Volymförändringar i studentintaget av nybörjare får därför genomslag med en tidsmässig eftersläpning på ca två år. Detta förhållande bör beaktas i ett nytt system för beräkning av driftersättningar för den kliniska utbildningsverksamheten. Härutöver tillkommer vid volymförändringar en tidsmässig eftersläpningseffekt under ca tre år vad gäller det totala antalet utbildningsplatser i den kliniska grundutbildningen. Utredningen föreslår att UHÄ vid beräkning av driftersättningarnas storlek även beaktar denna effekt. Utredningen anser att detta bör kunna ske schablonmässigt på så sätt att det totala antalet tillhandahållna utbildningsplatser under klinisk utbildning ökas resp. minskas med 33 % av förändringen per år under aktuell treårsperiod.

Inom utredningen har ett betydande arbete lagts ner i syfte att söka utarbeta ett ersättningssystem baserat på fasta resp. rörliga kostnader i den kliniska utbildningsverksamheten. Arbetet har bedrivits i nära kontakt med tillgänglig expertis hos Landstingsförbundet och inom högskolan. De stora variationerna i t.ex. studentintag, utbildningsgrupper och undervisningsformer skapar emellertid enligt utredningens bedömning oöverstigliga hinder att hitta en enkel modell för ett sådant ersättningssystem.

5.2.2 Forskningsorganisationen

Utredningen föreslår att ekonomisk reglering av volymförändringar i forskningsorganisationen fortsättningsvis sker på grundval av kostnadsförslag som utarbetas i samarbete mellan berörda lokala sjuk-

vårdshuvudmän och högskoleenheter. Det föreslagna systemet innebär att lokala överenskommelser skall träffas mellan de båda huvudmännen rörande kostnadsersättningarnas storlek innan förslag lämnas om inrättande av nya kliniska professurer. Dessa tjänster inrättas således senare under förutsättning att riksdag och regering accepterar förslaget och beviljar erforderliga medel för ändamålet. Motsvarande skall gälla vid förslag till omprövning av ämnesområde för klinisk professor om ändringsförslaget föreslås medföra ändrad driftersättning till sjukvårdshuvudmannen. Med klinisk professor bör i detta avseende enligt utredningens mening jämsställas professor inom teoretiskt ämnesområde i den mån innehavaren har sin verksamhet inom utbildning och forskning lokaliserad hos sjukvårdshuvudmannen.

Enligt gällande samarbetsavtal skall sjukvårdshuvudmannens medgivande inhämtas när en ordinarie eller extra ordinarie tjänst som professor (som skall vara förenad med landstingskommunal tjänst) inrättas, omvandlas eller återbesätts med oförändrat innehåll. Vid varje sådant ärende skall det således föreligga ett yttrande från sjukvårdshuvudmannen till universitetet, vilket skall bifogas handlingarna som skickas till UHÄ. Den lokale sjukvårdshuvudmannen skall i samband med att dess medgivande inhämtas yttra sig över förslagets konsekvenser i fråga om sjukvårdsorganisation, lokaler och ekonomi.

Denna ordning, som 1987 (paragraf 7 a) tillförts samarbetsavtalet av den 26 april 1984, fungerar enligt uppgifter inte bra. Kostnaderna för den lokale sjukvårdshuvudmannen redovisas i detta skede av beslutsprocessen ofta på ett ofullständigt sätt – ibland inte alls. I nuvarande system behandlas kostnadskonsekvenserna av volymförändringar i samband med förhandlingarna på central nivå. Dessa äger rum först sedan definitiva beslut fattats om ifrågavarande volymförändringar. Utredningens förslag syftar bl.a. till att man inom regeringskansliet skall ha bättre kännedom om samtliga kostnadskonsekvenser inför inrättande av nya kliniska professurer. Härigenom minimeras risker för eventuella blockeringar och andra snedvridande effekter i systemet.

Utredningens förslag skall vidare ses som ett led i att förstärka det lokala samarbetet mellan högskolan och sjukvårdshuvudmännen i frågor

av gemensamt intresse, t.ex. vad gäller möjligheterna att åstadkomma kompetensuppbyggnad i den integrerade verksamheten. Förslaget är flexibelt samtidigt som de båda huvudmännens intresseprofiler kan vägas in i de lokala kostnadsförslagen. Inrättande av nya kliniska professurer kan innebära etablerande av en helt ny disciplin men avser ofta mer en förstärkning av befintliga resurser inom ett ämnesområde. Detta bör återspeglas i de gemensamt utarbetade kostnadsförslagen. I vissa fall tas initiativ från lokala sjukvårdshuvudmän till inrättande av extra professurer förenade med tjänst inom sjukvården. Sjukvårdshuvudmannen har i sådana fall – helt eller delvis – bekostat ifrågavarande tjänster. I ett fåtal fall kan diskussioner rörande inrättande av nya kliniska professurer föras på centralt initiativ. Det kan t.ex. röra sig om förslag från UHÅ, medicinska forskningsrådet eller något sektorsforskningsorgan. Även i sådana fall skall givetvis överenskommelse träffas med berörd lokal sjukvårdshuvudman och högskoleenhet. I samtliga fall bör den flexibilitet som utredningens förslag innebär underlätta angelägna gemensamma ansträngningar i syfte att åstadkomma ett bättre resursutnyttjande.

5.3 Regional fördelning

Enligt direktiven bör eventuella skillnader mellan högskoleenheter/sjukvårdshuvudmän med avseende på driftersättningarnas storlek, i absoluta tal och i relation till verksamhetens totala kostnader belysas.

Utredningen redovisar inledningsvis driftersättningarnas fördelning 1984–89 mellan de olika sjukvårdshuvudmännen (tabellerna 3.1.1–3.1.2).

Utredningen redovisar härafter (tabellerna 3.1.3–3.1.4) uppgifter rörande de lokala avtalens omfattning vad gäller s.k. upplåtna enheter och preklinisk verksamhet inom sjukvårdshuvudmannens geografiska område. Utredningen konstaterar härvid de betydande skillnader mellan utbildningsorterna som föreligger i dessa avseenden.

I t.ex. Linköping är situationen den att även de teoretiska delarna av Hälsouniversitetet, såsom mikrobiologi, farmakologi och cellbiologi (inbefattande anatomi, histologi, fysiologi, medicinsk kemi etc.) i sin helhet omfattas av det lokala avtalet. Medicinska fakulteten vid universitetet i Linköping har således inga professurer som ligger utanför avtalet, med undantag för den i omvårdnadsforskning där nu förhandlingar förs.

Även bortsett från de särskilda förhållandena i Linköping varierar – såsom framgår av tabellmaterialet – omfattningen av preklinisk verksamhet inom ramen för avtalen påtagligt. Antalet s.k. upplåtna enheter varierar också starkt mellan utbildningsorterna, bl.a. med avseende på huruvida de upplåtits för forskning och utbildning eller enbart för utbildning.

Utredningen redovisar härefter (tabellerna 3.2.1–3.2.2) uppgifter om totalt förbrukade medel 1987/88 för *forskningsändamål* (medicin) fördelade högskolevis och med uppgift om finansieringskälla. Uppgifterna ingår i den ekonomiska verksamhetsredovisning (EVR) som högskoleenheterna årligen utarbetar och som senare sammanställs av UHÅ. Det har därvid icke varit möjligt att särredovisa medelsförbrukningen i Göteborg resp. i Lund på resp. sjukvårdshuvudman.

Utredningen redovisar fortsättningsvis (tabell 3.2.3–3.2.4) uppgifter rörande förbrukade medel 1987/88 för *forskningsändamål* (medicin) vid de enheter som omfattas av nu gällande avtal om samarbete kring läkarutbildning och klinisk forskning. Dessa uppgifter redovisas sjukvårdshuvudmannavis och med uppgift om finansieringskälla. I denna redovisning har s.k. egna medel (avkastning på donationer m.m.) exkluderats. Dessa uppgifter har i särskild ordning infordrats från berörda högskoleenheter och sammanställts inom utredningen.

Beträffande *utbildningsverksamheten* redovisas förbrukade medel 1987/88 för grundläggande högskoleutbildning (medicin) fördelade högskolevis (tabell 3.3.1) samt antalet tillhandahållna utbildningsplatser vid läkarlinjen och för vissa logopeder och sjukgymnaster (tabell 3.3.2).

Avslutningsvis redovisas i detta avsnitt vissa uppgifter rörande för *utbildnings- och forskningsverksamheten* gemensamma tjänster enligt nedanstående:

- Läkarlärartjänster vid högskoleenheterna (tabell 3.4.1)
- Extra professurer förenade med tjänst som överläkare fördelade högskolevis (tabell 3.4.2)
- Kommunala tjänster för vidareutbildade läkare vid undervisningssjukhus (tabell 3.4.3).

Detta senare material har sammanställts inom utredningen och i samarbete med UHÅ resp. socialstyrelsen.

Utredningen har med utgångspunkt från ovan redovisade tabellmaterial diskuterat föreliggande möjligheter och begränsningar för rationell analys av den regionala fördelningen av driftersättningarna. En sådan analys skulle t.ex. kunna ligga till grund för förslag till vissa omfördelningar av driftersättningarna vad avser nytillskott av medel.

Stora svårigheter uppkommer omedelbart vid varje försök till sådan analys. Tidigare har berörts de stora skillnader som föreligger mellan utbildningsorterna vad avser avtalens omfattning. Andra svårigheter i analysen gäller regionala skillnader i sjukvårdsorganisationens storlek och utformning samt därmed sammanhängande frågor som diskuteras i samband med kostnadsanalysen i avsnitt 3.

Nuvarande ersättningsbelopp till sjukvårdshuvudmännen kan till ca 85 % beräknas avse kompensation för forskningskostnader. Ett rimligt mått för belysning av det intrång som forskningsverksamheten utgör i sjukvårdsorganisationen skulle kunna vara den totala forskningsvolymen vid medicinsk fakultet hos resp. högskoleenhet. Denna forskningsvolym skulle grovt sett kunna avläsas från uppgifterna rörande förbrukade medel för forskningsändamål i den ekonomiska verksamhetsredovisningen. En sådan analys tar emellertid t.ex. ej i beaktande eventuella skillnader mellan utbildningsorterna i resursfördelning mellan preklinisk resp. klinisk forskning. Analysen har därför kompletterats med uppgifter rörande förbrukade forskningsmedel enbart vid de institutio-

ner som omfattas av avtalen. Det omfattande och ökande forsknings-samarbetet mellan prekliniska och kliniska institutioner gör emellertid varje gränsdragning mellan preklinisk och klinisk forskning i viss mån godtycklig. Uppgifterna i den ekonomiska verksamhetsredovisningen utgör därför ej någon säker grund för fördelning av ersättningsbeloppen.

På samma sätt har många andra ortsvisa jämförelser gjorts inom utredningen. Utredningen har därvid inte kunnat konstatera att några avvikelser från nuvarande regionala fördelning av driftersättningarna är motiverade. Utredningens bedömning ligger i linje med de förslag om flexibilitet i ersättningssystemet, som framförts i föregående avsnitt (5.2) rörande lokala överenskommelser vid volymförändringar i forskningsorganisationen. En stelbent schablonisering vid beräkning och fördelning av ersättningsbeloppen skulle enligt utredningen motverka en önskvärd dynamisk utveckling av samarbetet inom sjukvård, utbildning och forskning.

5.4 Ökat högskoleinflytande

I direktiven anføres att utvecklingen inom högskolan har inneburit och innebär att lokala högskoleorgan i allt större utsträckning får ansvar för uppläggning av verksamheten och för dispositionen av tillgängliga resurser. Enligt nu gällande avtal skall parterna samråda bl.a. i fråga om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Det är angeläget att öka de lokala högskolemyndigheternas inflytande också på detta område. Utredaren bör mot denna bakgrund lämna förslag till hur samrådet skall utformas i ett framtida system.

Kunskapsutvecklingen inom medicinen bygger i dag i högre grad än tidigare på samarbete mellan preklinisk och klinisk forskning. Den internationella utvecklingen visar att det krävs en nära samverkan mellan kliniker, laboratorieläkare och prekliniska forskare för att den kliniska forskningen skall kunna stärkas och bli framgångsrik. Klinisk forskning kräver i dag tillgång till nya teknologier inom molekylärbiologi, cellbiologi, immunologi m.m. som främst är företrädna vid de pre-

kliniska institutionerna. För att kunna vara konkurrenskraftig på 1990-talet – i ett internationellt perspektiv – måste den kliniska forskningen bli mer experimentellt inriktad och ny teknologi införas. Modern klinisk forskning är således institutionsövergripande och bör i ökad utsträckning bedrivas i nära samarbete mellan kliniska och experimentella forskare.

Praktiskt taget samtliga kliniska forskare utför emellertid i dag kliniskt rutinarbete i en sådan utsträckning att de svårligen kan hålla jämna steg med utvecklingen inom sin egen disciplin och samtidigt tillgodogöra sig och behärska ny teknologi i en sådan omfattning att de kan leda en forskargrupp in på dessa nya områden. Mot bakgrund härav krävs åtgärder i syfte att stärka den kliniska forskningen bl.a. genom att de mest aktiva och framstående forskarna bereds tillfälle att under längre sammanhängande perioder bedriva forskning på heltid.

I samband med redovisningen av det lokala samarbetet kring klinisk utbildning och forskning har från de medicinska fakulteternas sida framförts önskemål om ökade möjligheter att prioritera och fördela det forskningsutrymme som de statliga driftersättningarna skapar. Enligt utredningens bedömning finns flera goda skäl att gradvis övergå till ett system för mer selektiv fördelning av tillgängligt forskningsutrymme. Ett sådant system bör således för båda huvudmännen kunna leda till effektivitets- och rationaliseringsvinster samtidigt som sårbarheten i verksamheten minskar.

Utredningen har i avsnitt 3.2 "Kostnadsbild" gjort en uppskattning av det forskningsutrymme som de statliga driftersättningarna till sjukvårdshuvudmännen skapar. Utredningen har därvid delat upp tillgängligt forskningsutrymme med avseende på läkarlärarnas forskningsverksamhet (526 500 timmar) och de kommunalt anställda läkarnas forskningsverksamhet (450 000 timmar).

Läkarlärarna bedriver forskning och utbildning inom ramen för de tjänster som inrättas av högskolemyndigheterna. Dessa tjänster är för närvarande föremål för översyn inom UHÄ, som har erhållit regeringens uppdrag (1988-03-10) att därvid bl.a. klargöra vilka tjänster som

utnyttjas för den medicinskt kliniska utbildningen och forskningen samt komma med förslag till eventuellt erforderliga förändringar beträffande dessa tjänster. Utredningen har i sitt arbete haft underhandskontakter med UHÅ:s utredning. Därvid har erfarits att man bl.a. överväger en mer flexibel tjänstestruktur med större lokala frihetsgrader i kombinationsmöjligheterna lärartjänst-läkartjänst. Härutöver övervägs en decentralisering av vissa tillsättningsbeslut. Detta synes stå väl i överensstämmelse med utredningens egna förslag. Det är givetvis av största betydelse att tjänstetyper skapas så att av utredningen beräknat forskningsutrymme för läkarlärarna säkerställs.

Utredningen föreslår att övrigt forskningsutrymme avseende de kommunalt anställda läkarnas forskningsverksamhet fortsättningsvis fördelas selektivt. Utredningen föreslår att detta forskningsutrymme fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen enligt nedanstående:

Stockholms läns landsting	147 150 tim.
Uppsala läns landsting	54 000 tim.
Östergötlands läns landsting	41 850 tim.
Malmöhus läns landsting	54 450 tim.
Malmö kommun	36 450 tim.
Göteborgs kommun	83 250 tim.
Bohuslandstinget	1 350 tim.
Västerbottens läns landsting	<u>31 500 tim.</u>
	450 000 tim.

Denna fördelning är gjord med ledning av antalet kommunala tjänster som överläkare, bitr. överläkare och avdelningsläkare vid undervisningssjukhusen (se tabell 3.4.3). Fördelningen föreslås intas i bilaga till ett nytt samarbetsavtal.

Det av utredningen beräknade utrymmet för de kommunalt anställda läkarnas forskningsverksamhet motsvarar ca 3 veckoforskningstimmar per landstingskommunal tjänst som läkare vid undervisningssjukhus (s.k. LUS-tjänst¹⁾). Det totala forskningsutrymmet är emellertid

¹⁾ Läkare vid UndervisningsSjukhus

avsett att fördelas på ett flexibelt sätt mellan de olika läkarna som bedriver forskningsarbete. Innehavare av landstingskommunal tjänst som läkare bör på detta sätt beredas möjlighet att under vissa sammanhängande tidsperioder odelat kunna få ägna sig åt forskningsarbete. Kraven på god planering och arbetsfördelning vid de kliniska institutionerna kommer med en sådan ordning att öka. Det kan visa sig ändamålsenligt att fördela viss del av forskningsutrymmet klinikvis. Även härvidlag bör resursfördelningen för forskningsarbetet kunna variera över tiden mellan de kliniska institutionerna med hänsyn till aktivitets- och kvalitetsnivå etc.

Huvudsyftet med utredningens förslag är således att säkerställa det forskningsutrymme som driftersättningarna skapar och fördela det på sätt som leder till ett effektivt resursutnyttjande. Samtidigt får ett nytt system ej leda till onödigt byråkrati eller störningar i sjukvårdsproduktionen. Beslutsmodellen skall beakta konstitutionella förhållanden och krav på samordning av resurser av gemensamt intresse i båda huvudmännens verksamhetsplanering.

Utredningen har kommit till den uppfattningen att fördelning av tillgängligt forskningsutrymme delvis bör ske i beslutsorgan över klinik/institutionsnivån. Erfarenheterna av s.k. aktivitetsrelaterad budgetering för fördelning av basresurser inom medicinska fakulteter bör t.ex. kunna utnyttjas i detta sammanhang. Ett sådant system – med ett ökat inslag av prioritering på fakultetsnivå av forskningsresurserna – bör på ett bättre sätt än i dag kunna leda till en effektiv användning av resurserna.

Utredningen föreslår vidare att beslut rörande selektiv fördelning av läkararbetstid för kommunalt anställda läkares forskningsarbete skall fattas av behöriga instanser hos berörda sjukvårdshuvudmän. Beredningsarbetet kring denna fördelning föreslås ske inom organ hos högskoleenheterna. Högskoleenheternas förslag till fördelning föreslås behandlas i de samarbetsorgan som enligt nu gällande samarbetsavtal finns för samråd bl.a. i fråga om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. I t.ex. Stockholm skulle sådana frågor kunna diskuteras i samrådsgruppen KI-HSN. I Lund/Malmö-områ-

det – med två berörda sjukvårdshuvudmän – kunde t.ex. det för Malmöhus Läns Landsting, Malmö kommun och universitetet i Lund gemensamma samrådsorganet vara ett lämpligt forum.

Med utredningens förslag är storleken av det utrymme som skall fördelas selektivt för de kommunalt anställda läkarnas forskningsarbete i förväg känt under avtalsperioden. Det är viktigt att information från högskolans sida rörande planerade forskningsprojekt sker i så god tid att resursanspråken kan beaktas i sjukvårdshuvudmannens budgetplanering. Beredningsarbetet inom högskolan rörande fördelning av forskningstid till projekt vid kliniska institutioner bör därför bedrivas med utgångspunkt från detta krav. Det selektiva forskningsstödet bör vidare byggas upp gradvis för att sjukvårdshuvudmannen i god tid skall kunna beakta konsekvenserna av föreslagna omfördelningar.

Utredningen har valt att ange huvudprinciper för en lämplig beslutsmodell. Det bör i övrigt överlåtas till berörda högskoleenheter och sjukvårdshuvudmän att på lämpligt sätt utforma lokalt anpassade system för verksamheten.

Utredningen har i sitt förslag försökt avväga de båda huvudmännens intressen samt skapa en konstruktiv dialog kring forskningsverksamheten. Det är utredningens uppfattning att information och samarbete kring i första hand forskningen bör öka. Utredningen föreslår att årliga verksamhetsredovisningar på lokal nivå rörande den kliniska forskningsverksamheten vid undervisningssjukhusen utarbetas och publiceras i samarbete mellan de lokala sjukvårdshuvudmännen och högskoleenheterna.

Utredningen vill avslutningsvis sätta sitt förslag i ett helhetsperspektiv. Ca 20 000 milj.kr. beräknas 1990 användas för den samlade verksamheten vid våra undervisningssjukhus. Utredningens förslag innebär att läkararbetstid om i storleksordningen 110 milj.kr. blir föremål för selektiv fördelning till de mest lovande forskningsprojekten. Detta innebär således att ca 0,5 % av de totala resurserna används enligt utredningens modell i syfte att förstärka och effektivisera verksamheten.

Utredningen gör bedömningen att detta är en god investering för båda huvudmännen.

5.5 Odontologi

Riksdagen har uttalat (prop. 1978/79:41) att ett överförande av tandvården vid de statliga tandvårdscentralerna till landstingskommunalt/kommunalt huvudmannaskap är angeläget. Regeringen uppdrog 1979-05-23 åt SFN att förhandla med berörda kommuner och landstingskommuner om ifrågavarande huvudmannaskapsförändring. Folktandvårdshuvudmännen företrädde i förhandlingarna med SFN inledningsvis av en till Landstingsförbundet knuten gemensam förhandlingsdelegation. Av skäl som Landstingsförbundet redovisat i en skrivelse 1985-02-21 till regeringen beslutade delegationen emellertid att avbryta förhandlingarna med rätt för enskild huvudman som så önskade att i egna förhandlingar med staten träffa separat överenskommelse.

Tandvårdscentralerna vid universiteten i Umeå och Göteborg kommunaliserades 1987 (prop. 1985/86:68) resp. 1989 (prop. 1987/86:170). I Stockholm bedrivs vid karolinska institutet (Huddinge sjukhus) statlig tandvård i samband med den kliniska delen av tandläkarutbildningen.

Tandläkarlinjen finns vid karolinska institutet (120 pl.) samt universiteten i Göteborg (80 pl.) och Umeå (60 pl.). Utbildningen av tandläkare vid universitetet i Lund (med lokalisering i Malmö) är nedlagd.

Odontologisk forskning och forskarutbildning bedrivs vid universiteten i Lund, Göteborg och Umeå samt vid karolinska institutet. Vid var och en av dessa enheter finns ca 13-15 professurer.

F.n. pågår en översyn av tandvårdsutbildningarna m.m. (Dir. 1987:43). Utredaren bör därvid bl.a. överväga på vilket sätt den odontologiska forskningsorganisationen i landet som helhet lämpligast ges en storlek motsvarande tre fjärdedelar av den nuvarande.

Driftersättningarna till Västerbottens läns landsting (VLL) är 27 milj. kr. (1987), 25 milj.kr. (1988) resp. 24 milj.kr. (1989) (kostnadsläget maj 1984). Dessa belopp har fastställts med utgångspunkt i den successiva minskning av antalet utbildningsplatser (- 20 pl.) under perioden. Driftersättningarna till Göteborgs kommun uppgår till 40 milj.kr./år under perioden 1989-1994 (i 1989 års kostnadsläge). Driftersättningarna har fastställts genom förhandlingar mellan SFN och berörda folk- tandvårdshuvudmän.

I det följande redovisas samarbetet mellan de båda huvudmännen på lokal nivå vad avser planering och budget (5.5.1) samt vad avser samarbetsorgan och samarbetsformer (5.5.2).

5.5.1 Planering och budget

Odontologiska fakultetens i Umeå erfarenhet av samarbete kring planerings- och budgetfrågor är ännu mycket begränsad. Fakulteten har under de ca två år som gått sedan landstingsövertagandet hittills inte medverkat i den långsiktiga samplaneringen. Fakulteten anser det viktigt att den ges möjlighet till sådan medverkan.

Fakulteten har påbörjat ett arbete med att försöka analysera hur kostnaderna fördelas på tandvård, utbildning samt forskning och bedömer det som möjligt att dessa kostnader skall kunna särskiljas. Det är fakultetens avsikt att med landstinget diskutera huruvida den kostnadsfördelning som därvid framkommer är den för verksamheten mest optimala.

Enligt VLL kommer fr.o.m. 1989 budgetprocessen att utvecklas så att planeringen på kort och lång sikt samordnas mellan tandvård, utbildning och forskning. Detta kommer att ske genom att de olika avdelningarna inom odontologiska kliniken/tandläkarhögskolan aktivt skall komma med i budgetarbetet genom upprättande av egna planer för de tre områdena. Den organisationsförändring som nu genomförs inom odontologiska fakulteten med en samlad fakultetsstyrelse kommer även den innebära att formerna för samråd blir enklare.

5.5.2 Samarbetsorgan och samarbetsformer

I Göteborg finns under en övergångsperiod en tandsjukvårdsnämnd med tre representanter för universitet och fyra för kommunen. Den beslutar om ekonomiska och personalpolitiska frågor som är gemensamma för tandvård, undervisning och forskning. Båda huvudmännen är enligt uppgift intresserade av att permanenta ett sådant samordnings-/samarbetsorgan. Folktandvården avser vidare att på odontologiska kliniken inrätta ett kansli som skall arbeta med frågor där det krävs en samordning mellan undervisning/forskning och tandvård.

Enligt gällande avtal om tandläkarutbildning och forskning i Umeå skall VLL och universitet samråda vid tillämpningen av avtalet, bl.a. om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Överenskommelse skall träffas mellan VLL och universitetet om formerna för sådant samråd.

Det formella samrådet har hitintills skett dels genom en samrådsgrupp med representation ur tandvårdsnämnden, förvaltningsledningen, universitetet och fakulteten. En form av formellt samråd utövas även i och med att fakultetens dekanus och tandvårdschefen är adjungerad till tandvårdsnämnden resp. fakultetsnämnden. Dessutom finns ett informellt samråd där frågor diskuteras mellan förvaltningsledning och ämnesföreträdare. I fortsättningen är avsikten att det formella samrådet skall utvecklas så att frågor om bl.a. resursanvändningen kan ges allt större utrymme. Avsikten därmed är att bereda universitetet via fakulteten större insyn i tandvårdsnämndens budgetarbete samtidigt som nämnden får ökad inblick i de resurser som åtgår till undervisning och forskning. I ett särskilt utredningsarbete om bl.a. ledningsorganisationen inom odontologiska kliniken har samråd skett i särskilda arbetsgrupper.

5.5.3 Utredningens förslag

Driftersättningarna avser ersättning för den tandvård som bedrivs i anslutning till odontologisk utbildning och forskning. Medlen finansierar en basorganisation som är nödvändig för såväl klinisk utbildning som forskning.

Kostnadsbilden vad gäller dessa ersättningar kan analyseras med utgångspunkt från nuvarande och tidigare statliga anslag för ändamålet. Ca 75–80 % av ersättningsbeloppen kan beräknas utgöras av personalkostnader – uppdragstillägg, assistenttandläkare (80 %), tandsköterskor, tandtekniker etc. 20 % av assistenttandläkarnas löner finansieras via fakultetsanslag. 20–25 % kan beräknas vara medel för täckande av driftkostnader. En uppdelning i termer av utbildnings- resp. forskningskostnader är naturligtvis svårare att göra. Utredningen har emellertid med ledning av tillgängligt budget- och förhandlingsmaterial uppskattat nuvarande driftersättning (1989) per tillhandahållen utbildningsplats vid tandläkarlinjen till ca 150 kkr.

Utredningens förslag till nytt system för samarbete mellan de båda huvudmännen föreslås i huvudsak även gälla för klinisk odontologisk utbildning och forskning. Underlaget till UHÅ rörande faktisk löneutveckling hos tandvårdshuvudmännen föreslås vad gäller odontologi inges direkt av berörd lokal tandvårdshuvudman. Några önskemål om en motsvarande ordning för ett ökat högskoleinflytande vad gäller fördelning av tandläkartid för forskning har ej framkommit under utredningsarbetet.

Såsom tidigare nämndes i detta avsnitt pågår för närvarande ett utredningsarbete som syftar till genomgripande förändringar av såväl tandvårdsutbildningarna som av forskningsorganisationen. Härtill kommer osäkerheten kring huvudmannaskapsförhållandena för den tandvård som bedrivs vid karolinska institutet samt kring den fortsatta odontologiska verksamheten vid universitetet i Lund. Utredningen föreslår mot bakgrund härav att frågan om genomförande av utredningens förslag till nya samarbetsformer mellan staten och tandvårdshuvudmännen kring klinisk odontologisk utbildning och forskning senareläggs.

5.6 Upplåtna enheter

Enligt nuvarande regler kan tjänster för utbildning och forskning vad avser den kliniska delen endast knytas till vissa i avtal angivna s.k. upplåtna enheter. Utredaren bör enligt direktiven pröva lämpligheten av att bibehålla denna ordning samt lämna förslag i fråga om ökat lokalt inflytande bl.a. i dessa sammanhang.

Utredningen har i skrivelse (1988-09-23) till berörda sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter anhållit om en redovisning av de lokala erfarenheterna av systemet med s.k. upplåtna enheter. I detta sammanhang gavs vidare tillfälle att föreslå förändringar i systemet.

Av remissvaren framgår att samtliga medicinska fakulteter anser att systemet inte tillfredsställande speglar nuvarande förhållanden och ej heller på lämpligt sätt är anpassat till de krav förväntad utveckling mot ökad integration mellan slutenvård och öppenvård ställer. Bakgrunden härtill är främst den strukturförändring som ägt rum inom sjukvården under senare år med bl.a. ökad tyngdpunkt på primärvård. Som en logisk konsekvens härav har nya ämnen tillförts läkarutbildningen såsom allmänmedicin och långvårdsmedicin. Utbildning och forskning i dessa ämnesområden är förlagd till vårdcentraler och andra enheter som i regel ej är upplåtna enheter. Modern psykiatri bygger vidare i hög grad på verksamhet utanför sjukhusenheterna.

Pågående utvecklingssträvanden och förnyelsearbete inom läkarutbildningen har också lett till önskemål om ökad spridning av den kliniska delen av grundutbildningen. Undervisningssjukhusens kliniker med sin starka subspecialisering erbjuder inte sällan de medicine studerande sämre klinisk utbildning än den som kan erhållas från länsjukhus, länsdelsjukhus och vårdcentraler. På flera håll sker därför redan nu utbildning inom t.ex. invärtesmedicin, pediatrik, obstetrik och kirurgi utanför undervisningssjukhusen.

Nuvarande samarbetsavtal mellan de bägge huvudmännen tillåter en viss flexibilitet på så sätt att moment i läkarutbildningen – efter lokal överenskommelse – kan förläggas till annan enhet än en upplåten enhet. Detta är emellertid enligt remissvaren ej tillräckligt. En mer decentraliserad organisation skulle enligt högskolemyndigheterna skapa bättre möjligheter till utveckling och effektivt resursutnyttjande. Även flertalet sjukvårdshuvudmän ställer sig bakom önskemålen om ökad flexibilitet i systemet.

Mot bakgrund av ovan redovisade förhållanden föreslår utredningen att frågan rörande vilka enheter inom sjukvårdshuvudmannens (eller annan sjukvårdshuvudmans) område som skall användas för klinisk utbildning och forskning i sin helhet fortsättningsvis regleras lokalt. Detta borde enligt utredningen medföra ett mer ändamålsenligt utnyttjande av tillgängliga resurser. Självfallet förutsätts att även i ett mer decentraliserat system den kliniska forskningen hos varje sjukvårdshuvudman liksom nu i stort koncentreras till ett mindre antal enheter. Tjänster som läkarlärare borde i ett nytt system kunna inrättas vid de enheter dit läkarutbildning förläggs enligt lokala överenskommelser. Detta skall givetvis ej påverka de statliga driftersättningarnas storlek. Omdisponeringar av tillgängliga utbildnings- och forskningsresurser skulle med den föreslagna ordningen kunna beslutas lokalt. Ett praktiskt resonemang på lokal nivå bl.a. om lämpliga utbildningsplatser inom den samlade hälso- och sjukvårdsorganisationen skulle härmed underlättas. I denna gemensamma planeringsprocess förutsätts vidare lokala överenskommelser träffas rörande vilka enheter som skall omfattas av "Lag om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m." (SFS 1982:764). Tjänster vid sådana enheter skall tillsättas enligt "Förordning om behörighet till vissa tjänster inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården och om tillsättning av sådana tjänster" (SFS 1982:771). Detta bör anges i texten till ett nytt samarbetsavtal.

Systemet med upplåtna enheter har vidare en koppling till nuvarande ordning för ersättning av investeringskostnader. Synpunkter på denna ordning lämnas i ett flertal remissvar. I några remissvar föreslås – mot

bakgrund av att frågan om investeringsersättningarna enligt direktiven bereds i annan ordning – att nuvarande system för investeringsersättningar blir föremål för särskild utredning. I andra remissvar föreslås att investeringsersättningarna schablonmässigt konverteras till driftersättningar.

Utredningens förslag (avsnitt 5.1–5.6) bygger på en omfattande decentralisering av nuvarande system för driftersättningar. Härvid har eftersträvat att förslagen skall stå i samklang med pågående ökade integration mellan preklinisk och klinisk forskning samt mellan slutenvård och öppen vård. I utredningens perspektiv synes nuvarande starkt centraliserade och detaljstyrda system för investeringsersättningarna ej vara strukturellt ändamålsenligt. De ersättningsbelopp som utgår för dessa ändamål motiverar enligt utredningens uppfattning ej det merarbete och ej heller de administrativa merkostnader som systemet medför.

Härtill kommer att utredningen under sitt arbete ofta emottagit synpunkter på systemets olägenheter bl.a. med avseende på tidsfördröjningar med åtföljande kostnadsfördyrningar, snedvridande effekter i resursutnyttjande m.m.

Systemet med investeringsersättningar hade sin största betydelse under 1960- och 1970-talen – perioder med stark utbyggnad av landets undervisningssjukhus. Andelen investeringsersättningar utgjorde således 1965/66 51 %, 1975/76 25 % och 1988/89 7 % av de totala ersättningsbeloppen. Under 1980-talet har investeringsersättningarna legat ganska stabilt i löpande priser kring c:a 70 milj.kr./år.

Mot bakgrund av utredningens förslag rörande driftersättningar, upplåtna enheter och övriga redovisade förhållanden föreslås att investeringsersättningarna fortsättningsvis schabloniseras och fr.ö.m. 1990 tillföres driftersättningar till sjukvårdshuvudmännen. Detta kan ske på så sätt att ett belopp om 70 milj.kr. tillföres driftersättningarna, vilket belopp ej blir föremål för pris- och löneomräkning. Alternativt kan överenskommas att ett lägre belopp tillföres driftersättningarna och att detta belopp pris- och löneomräknas på samma sätt som övrigt ersätt-

ningsbelopp. Utredningen anser att övervägande skäl starkt talar för detta senare alternativ.

Ett lämpligt sätt att bestämma det ersättningsbelopp som därvid skall tillföras driftersättningarna kan vara att beräkna nuvärdet av 70 milj. kr. under en femårsperiod (= avtalsperioden) med hänsyn till pris- och löneförändringar. Dessa är givetvis ej i förväg kända. Utredningen anser det därför rimligt att man vid beräkning av detta nuvärde utgår från senast kända utveckling av konsumentprisindex under fem år (1984–1988 + 23,6 %). Beloppet blir då ca 64 milj.kr. Detta belopp föreslås således läggas till nuvarande driftersättningar och fördelas till sjukvårdshuvudmännen i samma proportion som driftersättningarna.

Det finns nu ett antal investeringsobjekt som redan har beslutats erhålla statlig investeringsersättning eller kommer att få beslut om sådan ersättning senast året innan den nya föreslagna ordningen har trätt i kraft. Dessa investeringsersättningar föreslås – om den nya ordningen träder i kraft 1990 – utgå under perioden 1990–1994 och utbetalas från det nya anslaget. Det krävs emellertid ett avräkningssystem för investeringsersättningarna, vilkas fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen ej är i förväg känd. Utredningen föreslår att utbetalning av de statliga investeringsersättningar som normalt skulle ske under 1990 senareläggas och i stället utbetalas först under 1991. Beräkning av 1990 års driftersättning kan då i sin helhet ske med utgångspunkt från 1989 års driftersättningar ökat med 64 milj.kr. Vid fastställandet av 1991 års driftersättningar avräknas de investeringsersättningar som enligt tidigare ordning skulle utbetalats under 1990 men i stället utbetalas 1991. Resterande belopp föreslås härfter fördelas mellan sjukvårdshuvudmännen i den proportion som skulle förevarit utan hänsyn till de utbetalade investeringsersättningarna. Motsvarande förfarande tillämpas sedan under de följande åren av perioden.

Förteckning över bilagor

1. Kommittédirektiv
2. Utkast till nytt samarbetsavtal
3. Tabeller
 - 3.1.1 Statliga driftersättningar 1984–1989 (milj.kr.)
 - 3.1.2 Statliga driftersättningar 1984–1989 (%)
 - 3.1.3 S.k. upplåtna enheter fördelade sjukvårdshuvudmannavis
 - 3.1.4 Viss utbildnings- och forskningsverksamhet inom sjukvårdshuvudmännensområde
 - 3.2.1 Förbrukade forskningsmedel (medicin) högskolevis 1987/88 (kkkr.)
 - 3.2.2 Förbrukade forskningsmedel (medicin) högskolevis 1987/88 (%)
 - 3.2.3 Förbrukade forskningsmedel 1987/88 (kkkr.) vid enheter som omfattas av gällande samarbetsavtal
 - 3.2.4 Förbrukade forskningsmedel 1987/88 (%) vid enheter som omfattas av gällande samarbetsavtal
 - 3.3.1 Förbrukade medel 1987/88 för grundläggande högskoleutbildning (medicin)
 - 3.3.2 Tillhandahållna utbildningsplatser 1988/89 vid läkarlinjen samt vid vissa medellånga vårdlinjer
 - 3.4.1 Läkartjänster vid högskoleenheterna 1988/89
 - 3.4.2 Extra professurer förenade med tjänst som överläkare 1988/89
 - 3.4.3 Kommunala tjänster för vidareutbildade läkare vid undervisningssjukhus (september 1987)

Kommittédirektiv

Dir. 1988:17

Översyn av systemet för ersättning till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med utbildning och forskning

Dir. 1988:17

Beslut vid regeringssammanträde 1988-04-21

Chefen för utbildningsdepartementet, statsrådet Bodström, anför.

Mitt förslag

Jag föreslår att en särskild utredare tillkallas med uppdrag att se över systemet för ersättning till landstingskommunerna/kommunerna för vissa kostnader i samband med läkar- och tandläkarutbildning samt medicinsk och odontologisk forskning.

Bakgrund

För att kunna bedriva läkarutbildning och klinisk medicinsk forskning utnyttjar staten sjukvårdsorganisationen hos vissa sjukvårdshuvudmän. Staten betalar till de berörda sjukvårdshuvudmännen ersättning-

ar som avses svara mot de merkostnader dessa får genom att utbildning och forskning bedrivs inom sjukvårdsorganisationen. Ersättning utgår för såväl drift- som investeringskostnader.

Staten betalar också ersättning till Västerbottens läns landstingskommun för utnyttjandet av landstingets resurser för tandvård i anslutning till tandläkarutbildning och forskning vid universitetet i Umeå.

Ersättningen fastställs genom förhandling mellan sjukvårdshuvudmännens representanter och staten företrädd av statens förhandlingsnämnd.

Nämnden för undervisningssjukhusens utbyggande betalar ut ersättning till vederbörande sjukvårdshuvudman. Den statliga driftersättningen för läkarutbildning och forskning uppgår under treårsperioden 1987-1989 till 916, 932 resp. 949 milj.kr. per år. Medel för driftersättningen anvisas fr.o.m. budgetåret 1988/89 under utbildningsdepartementets huvudtitel och för investeringsersättning under socialdepartementets huvudtitel.

Olika frågor om driftersättningen har tidigare behandlats av regering och riksdag. Riksdagen uttalade i samband med beslut om kommunalisering av Karolinska sjukhuset och anvisande av medel enligt läkarutbildningsavtal att det var angeläget att klarhet skapades om vilka resurser som var avsedda för utbildning och forskning (prop. 1980/81:95, SOU 27, rskr. 278). Med anledning av socialutskottets uttalande anförde föredraganden i prop. 1981/82:106 om forskning m.m. att en ändamålsenlig väg för att staten verkningsfullt skulle kunna bevaka att läkarutbildning och forskning fick de resurser som staten betalade för var att ändra samarbetsformerna mellan parterna. Propositionen föranledde i den delen inte något särskilt uttalande från riksdagen (UbU 1981/82:37, rskr. 397).

Föredraganden anförde i prop. 1984/85:28 om uppgörelse med avtalsreglering för samarbete om läkarutbildning och forskning (SOU 1984/85:7, rskr. 69) att hon utgick ifrån att sjukvårdshuvudmännen och högskoleenheter utifrån de då träffade avtalen skulle finna goda former för

samrådet om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skulle utnyttjas. När parterna år 1984 träffade avtal föreskrevs att parterna skall samråda bl.a. i fråga om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Avtalen gäller, i denna del, fortfarande.

I prop. 1987/88:100 bil. 10 (s. 349) anförde jag att det nuvarande systemet för ersättning till landstingskommunerna/kommunerna ger knapphändig information om vilka kostnader som ersätts. Jag framhöll därvid att svagheter aktualiseras när nya professurer i kliniska ämnen inrättas, eller när läkarutbildningens dimensionering eller organisationen i övrigt ändras. Mot denna bakgrund angav jag min avsikt att föreslå regeringen att tillkalla en utredare med uppgift att föreslå alternativ till det nuvarande systemet.

En särskild utredare bör nu tillkallas i enlighet med vad som anfördes i 1988 års budgetproposition.

Uppdraget

Som en bakgrund till sina förslag bör utredaren lämna en redogörelse för hur det nuvarande systemet fungerar. Utredaren bör därvid klargöra arten och omfattningen av de kostnader som ersätts via nuvarande läkarutbildningsavtal och avtal om tandläkarutbildning m.m. Eventuella skillnader mellan högskoleenheter/sjukvårdshuvudmän med avseende på ersättnings storlek, i absoluta tal och i relation till verksamhetens totala kostnader, bör belysas. Enligt gällande avtal skall samråd ske om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Utredaren bör lämna en redovisning av hur detta samråd utformats och fungerat.

Vidare bör en analys göras av vilka kostnader hos sjukvårdshuvudmännen som är förknippade med medicinsk och i förekommande fall odontologisk utbildning och forskning. I detta sammanhang bör även belysas den nytta som också sjukvårdshuvudmännen har av den utbildning och forskning som bedrivs inom ramen för avtalen. Utredaren skall lämna

förslag till alternativ till nuvarande system för driftersättning till sjukvårdshuvudmännen. Frågan om investeringsersättningarna bereds i annan ordning.

Strävan bör vara att finna ett enkelt system som täcker såväl utbildning som forskning. Utredaren bör framför allt pröva möjligheterna till ett system där driftersättning ges i form av schablonbidrag, t.ex. per studerande och per högre forskartjänst. För att systemet skall ge den kostnadsinformation som erfordras för beslut på olika nivåer bör ersättningarna fortsättningsvis inte fastställas genom förhandlingar. Utredaren bör även lämna förslag i fråga om vilken teknik som bör användas för att anpassa ersättningen till löne- och prisökningar.

Utvecklingen inom högskolan har inneburit och innebär att lokala högskoleenheter i allt större utsträckning får ansvar för uppläggning av verksamheten och för dispositionen av tillgängliga resurser.

Enligt nu gällande avtal skall parterna samråda bl.a. i fråga om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Det är angeläget att öka de lokala högskolemyndigheternas inflytande också på detta område. Utredaren bör mot denna bakgrund lämna förslag till hur samrådet skall utformas i ett framtida system.

Enligt nuvarande regler kan tjänster för utbildning och forskning vad avser den kliniska delen endast knytas till vissa i avtal angivna s.k. upplåtna enheter. Utredaren bör vidare pröva lämpligheten av att bibehålla denna ordning samt lämna förslag i fråga om ökat lokalt inflytande bl.a. i dessa sammanhang.

Utredaren skall samråda med berörda myndigheter, organisationer och statliga kommittéer.

För utredarens arbete gäller direktiven (dir. 1984:5) till statliga kommittéer och särskilda utredare angående utredningens förslag och konsekvenser.

Utredaren skall redovisa sina förslag senast den 31 mars 1989.

Jag har i denna fråga samrått med chefen för socialdepartementet.

Hemställan

På grund av vad jag nu anfört hemställer jag att regeringen bemyndigar chefen för utbildningsdepartementet

att tillkalla en särskild utredare – omfattad av kommittéförordningen (1976:119) – med uppdrag att se över systemet för ersättning till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med läkar- och tandläkarutbildning samt medicinsk och odontologisk forskning samt

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

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att utredningskostnaderna skall belasta åttonde huvudtitelns anslag Utredningar m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller hans hemställan.

(Utbildningsdepartementet)

.....

.....

Utkast till avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning (prop. 1989/90:000, UbU 1989/90:000, rskr. 000)

mellan svenska staten och vissa landstingskommuner/kommuner om samarbete om läkarutbildning och forskning.

Staten är huvudman för den grundläggande högskoleutbildningen på läkarlinjen (läkarutbildning) samt för den forskarutbildning och den forskning som bedrivs inom högskolan (forskning). Bestämmelser om dessa verksamheter finns i högskolelagen och andra författningar.

Landstingskommunerna, varmed även de kommuner som inte ingår i någon landstingskommun, är huvudmän för den offentliga hälso- och sjukvården. Bestämmelser om denna verksamhet finns i hälso- och sjukvårdslagen och andra författningar. Med utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen skall landstingskommunerna i frågor som rör den hög-specialiserade hälso- och sjukvården samverka såväl inom som mellan de hälso- och sjukvårdsregioner som regeringen fastställt. För denna samverkan föreligger ett av Landstingsförbundet rekommenderat riksavtal samt regionala avtal.

För läkarutbildning och forskning inom de medicinskt kliniska ämnesområdena krävs tillgång till resurser inom hälso- och sjukvården. Verksamheterna är integrerade med varandra. Detta medför att en samverkan mellan staten och huvudmannen för den offentliga hälso- och sjukvården måste ske, som bl.a. innebär att landstingskommunen vid planeringen av hälso- och sjukvården skall beakta läkarutbildningen och forskningens behov. Hälso- och sjukvårdens organisation och di-

mensionering utgör därvid den ram inom vilken läkarutbildningen och forskningen får bedrivas.

Denna samverkan, som grundas på avtal mellan staten och berörda landstingskommuner, förekommer för närvarande mellan följande högskoleenheter och landstingskommuner inom angivna sjukvårdsregioner.

<i>Högskoleenhet</i>	<i>Landstingskommun</i>	<i>Sjukvårdsregion</i>
Karolinska institutet	Stockholms läns landstingskommun	Stockholmsregionen
Universitetet i Uppsala	Uppsala läns landstingskommun	Uppsala/Örebroregionen
Universitetet i Linköping	Östergötlands läns landstingskommun	Linköpingsregionen
Universitetet i Lund	Malmöhus läns landstingskommun	Lund/Malmöregionen
Universitetet i Göteborg	Bohuslandstinget	Göteborgsregionen
Universitetet i Umeå	Västerbottens läns landstingskommun	Umeåregionen

Mot den angivna bakgrunden enas parterna om följande.

1 §

I detta avtal (samarbetsavtalet) anges för alla utbildningsorter gemensamma bestämmelser för samarbetet mellan staten och en landstingskommuner om läkarutbildning och forskning.

På grundval av samarbetsavtalet skall berörd högskoleenhet och landstingskommun träffa särskilt avtal med lokalt anpassade bestämmelser för samarbetet.

2 §

Läkarutbildningen och forskningen inom de medicinskt kliniska ämnesområdena får bedrivas inom landstingskommunens hälso- och sjukvårdsorganisation.

3 §

Landstingskommunen och högskoleenheten skall samråda vid tillämpningen av detta och anslutande avtal, bl.a. om hur ekonomiska och andra resurser av gemensamt intresse skall utnyttjas. Överenskommelse skall träffas mellan landstingskommunen och högskoleenheten om formerna för sådant samråd.

4 §

De föreskrifter som landstingskommunen meddelar för verksamheten vid enhet inom hälso- och sjukvården skall i tillämpliga delar gälla även för där verksamma arbetstagare och studerande vid högskoleenheten.

5 §

För läkarutbildningens och forskningens behov skall landstingskommunen tillhandahålla personal, lokaler och utrustning samt övriga nytigheter och annan service med de preciseringar, begränsningar och undantag som följer av *bilaga 1.1* till detta avtal.

6 §

Läkarutbildningens omfattning och inriktning grundas på det antal nybörjarplatser som fastställs av riksdagen samt på fastställda utbildningsplaner.

I det särskilda avtal som avses i 1 § andra stycket skall anges de enheter beträffande vilka skall tillämpas lagen (1982:764) om vissa läkartjänster vid enheter inom den landstingskommunala hälso- och sjukvården som har upplåtits för grundläggande utbildning av läkare, m.m. Sådan enhet kallas upplåten enhet.

7 §

Forskningen får bedrivas inom ramen för de resurser som tillhandahålls av högskoleenheten samt de resurser som landstingskommunen skall tillhandahålla enligt 5 §.

Landstingskommunens medgivande skall inhämtas, innan forskningsprojekt som ställer särskilda krav på hälso- och sjukvårdens resurser påbörjas.

Forskning får inte utan landstingskommunens medgivande bedrivas inom hälso- och sjukvårdsorganisationen av annan än den som är knuten till högskoleenhetens medicinska fakultet.

8 §

Innan förslag lämnas om att tjänst som professor inom medicinskt kliniskt ämnesområde skall inrättas och vara förenad med landstingskommunal tjänst, skall medgivande till föreningen inhämtas från landstingskommunen. Därvid skall denna yttra sig över förslaget konsekvenser i fråga om sjukvårdsorganisation och lokaler.

Motsvarande skall gälla vid prövning av en i första stycket avsedd tjänst enligt 19 kap. 47–51 §§ högskoleförordningen.

Landstingskommunen och berörd högskoleenhet skall vidare träffa överenskommelse rörande det ersättningsbelopp som bör utgå i samband med inrättande av tjänst som professor inom medicinskt kliniskt ämnesområde. Motsvarande skall gälla vid förslag till omprövning av ämnesområde för klinisk professur om ändringsförslaget föreslås medföra ändrad driftersättning till landstingskommunen.

Vad som sägs i första, andra och tredje styckena gäller i tillämpliga delar även professorstjänst inom teoretiskt ämnesområde i den mån innehavaren har sin verksamhet inom utbildning och forskning lokaliserad hos sjukvårdshuvudmannen.

Anmärkning

Vid yttrande enligt 8 § skall landstingskommunen beakta vad som sägs i det i inledningen av detta avtal omnämnda riksavtalet om informations- och samrådsskyldighet gentemot den egna sjukvårdsregionens

samverkansnämnd, övriga samverkansnämnder och Landstingsförbundet.

9 §

För landstingskommunens åtaganden enligt detta avtal lämnar staten ersättning enligt den ordning som framgår av *bilaga 1.2*.

10 §

Nuvarande ersättning för investeringar skall fr.o.m. 1990 ej utgå. Motsvarande belopp skall tillföras anslaget för driftersättningar. Under en övergångsperiod 1990–1994 skall dock från detta anslag ersättning utgå till investeringar som fått beslut om statlig ersättning senast den 31 december 1989.

11 §

Avtalet gäller från och med den 1 januari 1990 tills vidare med en uppsägningstid av fem år före kalenderårsskifte.

Detta avtal är upprättat i två exemplar, av vilka parterna tagit var sitt.

Bilaga 1.1

till avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning

Preciseringar, begränsningar och undantag vad avser landstingskommunens skyldighet att enligt 5 § samarbetsavtalet tillhandahålla resurser för läkarutbildningens och forskningens behov

1 Beträffande personal¹⁾

Staten anställer tjänsteman som är professor eller klinisk lärare och vars tjänst är förenad med tjänst vid enhet inom hälso- och sjukvården. För sådan tjänsteman bekostar staten lön enligt vederbörandes placering i lönegrad jämte i förekommande fall därtill knutna tillägg och förmåner (inklusive pension), medan landstingskommunen bestrider kostnader för särskilda arvoden och tilläggsförmåner, såsom uppdragstillägg, befattningsarvode samt gottgörelse för särskild arbetstid, jour och beredskap.

Klinisk amanuens anställs och bekostas helt av staten, som dock är berättigad till ersättning av landstingskommunen efter rekvisition månadsvis i efterskott med en tredjedel av utbetalat lönebelopp, förhöjt med lönekostnadspålägg enligt för staten vid varje tillfälle gällande grunder.

Antalet tjänster som professor, klinisk lärare och klinisk amanuens fastställs av staten efter samråd med landstingskommunen.

Personal som anställs uteslutande för läkarutbildning eller forskning liksom timarvoden för undervisning bekostas helt av staten.

1) Vissa tjänstekonstruktioner på det kliniskt medicinska området är för närvarande föremål för utredning inom UHA (regeringsuppdrag 1988-03-10)

Landstingskommunen skall bereda möjlighet för innehavare av landstingskommunal läkartjänst vid undervisningssjukhus (s.k. LUS-tjänst) att inom ramen för tjänsten bl.a. bedriva forskning. För varje landstingskommun har fastställts det antal forskningstimmar som minst skall tillhandahållas innehavare av LUS-tjänster enligt nedanstående:

Stockholms läns landsting	147 150 tim.
Uppsala läns landsting	54 000 tim.
Östergötlands läns landsting	41 850 tim.
Malmöhus läns landsting	54 450 tim.
Malmö kommun	36 450 tim.
Göteborgs kommun	83 250 tim.
Bohuslandstinget	1 350 tim.
Västerbottens läns landsting	31 500 tim.
	450 000 tim.

Landstingskommun skall fördela detta forskningsutrymme i samråd med berörd högskoleenhet.

2 Beträffande utrustning m.m.

Såvitt gäller utrustning för forskningens behov, avser landstingskommunens åtaganden endast vedertagen grundutrustning.

Det åligger inte landstingskommunen att tillhandahålla förbrukningsartiklar för demonstrationsändamål och sådant material som erfordras för djurförsök och särskilda forskningsprojekt.

Anmärkning

Med begreppet vedertagen grundutrustning för forskningens behov åsyftas sådan utrustning som är användbar inte endast för ett eller annat speciellt forskningsprojekt utan för olika projekt av beskaffenhet att kunna genomföras med tillämpning av gängse teknik och metodik. Samma principiella begränsning av landstingskommunens skyldighe-

ter som enligt ovan gäller i fråga om utrustning skall även gälla läkar-
utbildningens och forskningens försörjning med nyttigheter av olika
slag.

Bilaga 1.2
till avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning

Former för statliga ersättningar till landstingskommunerna

1. Ersättningarna avser kompensation för de resurser inom sjukvårdsorganisationen som tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning. Ersättningarna utgår i form av årliga driftersättningar.

2. Ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar skall ske enligt de principer för pris- och löneomräkning som gäller för anslagen till högskolan för grundläggande högskoleutbildning samt för forskning/forskarutbildning. I den mån pris- och löneomräkning för dessa ändamål ej sammanfaller skall kostnadsnivåförändringarna till 85 % motsvara tillämpad pris- och löneomräkning för forskning/forskarutbildning samt till 15 % motsvara tillämpad pris- och löneomräkning för grundläggande högskoleutbildning.

I underlaget för beräkning av pris- och löneomräkning skall beaktas löneutvecklingen hos landstingskommunerna för vissa personalgrupper som i särskilt hög grad tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning. I syfte att på ett någorlunda enkelt sätt kunna beräkna kostnadsnivåförändringarna inom den kliniska utbildningen och forskningen behöver härvid vissa schabloniseringar göras. En rimlig inbördes fördelning av de landstingskommunal lönekostnaderna för de personalgrupper som i särskilt hög grad tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning kan under avtalsperioden vara: Överläkare och bitr. överläkare 25 %, avdelningsläkare m.fl. läkare 45 % samt avdelningsföreståndare, sjuksköterska m.fl. 30 %. Parterna är vidare överens om att proportionerna mellan landstingskommunal resp. statlig personal i utbildnings- och forskningsverksamheten schablonmässigt kan uppskattas till 1:2. Andelen lönekostnader i samband med prisomräkning av driftersättningarna har under avtalsperioden schablonmässigt upp-

skattats till 80 %. Prisomräkning skall ske på det sätt som föreskrivs för anslagen till den statliga högskolan.

3. Ekonomisk reglering av volymförändringar i utbildningsorganisationen skall ske med utgångspunkt från antalet tillhandahållna utbildningsplatser på läkarlinjen och andra berörda utbildningslinjer. Eventuella skillnader mellan utbildningsorterna vad gäller t.ex. utnyttjandegrad, examinationsfrekvens beaktas ej.

Klinisk grundutbildning av läkare bedrivs i huvudsak under terminer na 6–11. Volymförändringar i studentintaget av nybörjare får därför genomslag med en tidsmässig eftersläpning på ca två år. Detta förhållande skall beaktas vid beräkning av ersättningar för den kliniska utbildningsverksamheten. Härutöver tillkommer vid volymförändringar en tidsmässig eftersläpningseffekt under ca tre år vad gäller det totala antalet utbildningsplatser i den kliniska grundutbildningen. UHÅ skall vid beräkning av ersättningarnas storlek även beakta denna effekt. Detta bör ske schablonmässigt på så sätt att det totala antalet tillhandahållna utbildningsplatser under klinisk utbildning ökas resp. minskas med 33 % av förändringen per år under aktuell treårsperiod.

Ersättningen per tillhandahållen utbildningsplats vid läkarlinjen är 170 kkr. (i 1989 års kostnadsläge). Motsvarande ersättning för vissa medellånga vårdutbildningar (sjukgymnaster, logopeder) är 15 kkr. (i 1989 års kostnadsläge).

4. Ekonomisk reglering av volymförändringar i forskningsorganisationen skall ske på grundval av lokala överenskommelser mellan berörda sjukvårdshuvudmän och högskoleenheter rörande de ersättningsbelopp som bör utgå i samband med inrättande av nya ordinarie kliniska professurer. Med klinisk professur bör i detta avseende jämföras professur inom teoretiskt ämnesområde i den mån innehavaren har sin verksamhet inom utbildning och forskning lokaliserad hos sjukvårdshuvudmannen.

5. Underlag för beräkningarna i budgetarbetet skall lämnas i motsvarande ordning som för högskoleanslagen. Landstingsförbundet skall

förse UHÄ med uppgifter rörande den faktiska löneutvecklingen för de personalgrupper hos landstingskommunerna som i särskilt hög grad tas i anspråk för klinisk utbildning och forskning.

Beslut om de statliga ersättningarna skall tidsmässigt samordnas med den normala statliga budgetprocessen.

6. Driftersättningarna anvisas under ett anslag till högskolan med särskilda anslagsposter för berörda högskoleenheter. Ersättningsbeloppen skall i sin helhet kunna utbetalas till landstingskommunerna per den 1 juli.

*Bilaga 3**Tabellbilaga***Tabell 3.1.1****Statliga driftersättningar 1984–1989 (milj.kr.)**

Sjukvårds- huvudman	1984	1985	1986	1987	1988	1989
SLL	245,6	256,2	268,5	275,1	276,6	278,5
ULL	98,2	102,5	106,9	111,8	115,2	118,6
ÖLL	57,1	59,6	65,2	67,8	68,4	69,1
MLL	102,0	106,3	109,8	113,8	117,2	120,7
Malmö	62,5	65,1	68,0	71,1	73,2	75,4
Bohus	3,6	3,8	3,9	4,1	4,2	4,4
Göteborg	166,9	174,2	181,8	186,7	189,0	191,5
VLL	74,1	77,3	81,9	85,6	88,2	90,8
	810,0	845,0	886,0	916,0	932,0	949,0

Tabell 3.1.2

Statliga driftersättningar 1984–1989 (%)

Sjukvårds- huvudman	1984	1985	1986	1987	1988	1989
SLL	30,4	30,4	30,4	30,1	29,7	29,4
ULL	12,2	12,2	12,1	12,3	12,4	12,6
ÖLL	7,1	7,1	7,4	7,4	7,4	7,3
MLL	12,6	12,6	12,4	12,5	12,6	12,8
Malmö	7,8	7,7	7,7	7,8	7,9	8,0
Bohus	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Göteborg	20,6	20,7	20,6	20,4	20,4	20,2
VLL	9,2	9,2	9,3	9,4	9,5	9,6
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 3.1.3

S.k. upplåtna enheter fördelade sjukvårdshuvudmannavis

Huvudman	Enheter (par 6) ¹⁾	Enheter (par 7:4-5) ¹⁾
SLL	Danderyds sjukhus Södersjukhuset	Huddinge sjukhus Karolinska sjukhuset Roslagstull (infektion) S:t Göran (barn, patologi) Kronan vårdcentral Huddinge vårdcentral
ULL		Akademiska sjukhuset Patologi/klinisk bakteriol. Barn- o. ungdomspsykiatri Ulleråkers sjukhus (P) Kungsgårdets sjukhus (P) Svartbäckens vårdcentral
ÖLL	Infektionssjukvård	Regionsjukhuset Socialmedicin Långvårdsmedicin Vårdcentral
MLL	Barn- och ungdoms- psykiatri	Lunds lasarett S:t Lars sjukhus (P) Vårdcentralen i Dalby
Malmö		Allmänna sjukhuset (ej långvård) Socialmedicin
Göteborg	Östra sjukhuset (övriga kliniker) Barn- och ungdoms- psykiatri Renströmska sjukhuset (lungmedicin) Yrkesmedicin Vasa sjukhus (klinik IV)	Sahlgrenska sjukhuset Östra sjukhuset (barn, kvinno-, infektion) Annedalsklinikerna (P) Övre Husargatan (P) Lillhagens sjukhus (P) Olskroken vårdcentral
Bohus		S:t Jörgens sjukhus (P)
VLL		Regionsjukhuset

¹⁾ Samarbetsavtalet 1984-04-26

Tabell 3.1.4

Viss utbildnings- och forskningsverksamhet inom sjukvårdshuvudmännens område

Huvudman	Utbildnings- och forskningsverksamhet (lokala samarbetsavtal par. 5)
SLL	Experimentell alkohol- och narkotikaforskning Experimentell endokrinologi Experimentell kirurgi Medicinsk radiobiologi Medicinsk teknik Epidemiologi, särskilt cancerrpidemiologi Fortplantningens endokrinologi Hormonforskning, särskilt obstetrik och gynekologi Psykologisk alkoholforskning Medicinsk näringslära Oral mikrobiologi Oral patologi
ULL	_____
ÖLL	Medicinsk mikrobiologi Farmakologi Cellbiologi
MLL	Bakteriologi
Malmö	_____
Göteborg	Allmän bakteriologi Medicinsk mikrobiologi Oral mikrobiologi
Bohus	_____
VLL	Mikrobiologi Medicinsk mikrobiologi Oral teknologi Oral patologi Immunologi Medicinsk genetik Farmakologi Hygien

Tabell 3.2.1

Förbrukade forskningsmedel (medicin) högskolevis 1987/88
(kkr.)

Högskole- enhet	Fakultets- anslag	Egna medel	Rådsmedel	Övr. statl. medel	Privata medel	Utländska medel	Totalt
KI	162 038	22 354	73 431	80 231	127 898	37 926	503 878
UU	75 944	5 626	33 962	25 904	45 937	6 471	193 844
ULi	46 307	329	6 400	5 507	15 552	2 642	76 737
UL	94 294	8 821	35 013	27 440	44 055	6 763	216 386
UG	89 027	3 095	44 502	31 553	58 527	12 688	239 392
UU _m	62 876	1 307	14 333	8 791	20 986	424	108 717
	530 486	41 532	207 641	179 426	312 955	66 914	1 338 954

Tabell 3.2.3

Förbrukade forskningsmedel 1987/88 (kkr.) vid enheter som omfattas av gällande samarbetsavtal

Högskoleenhet	Fakultetsanslag	Rådsmedel	Övr. statl. medel	Privata medel	Utländska medel	Totalt
KI	82 979	35 050	32 441 ¹⁾	51 715 ¹⁾	19 082	221 267
UU	37 145	13 971	7 481	28 740	4 095	91 432
ULi	46 943	6 498	5 407	16 140	2 641	77 629
UL (MLL)	46 147	13 294	18 698	23 988	1 651	103 778
UL (MK)	26 912	8 060	2 859	10 075	2 286	50 192
UG	40 811	22 140	25 312	40 813	4 475	133 551
UUm	50 091	10 637	3 284	21 349	434	85 795
	331 028	109 650	95 482	192 820	34 664	763 644

1) viss inbördes schablonisering

Tabell 3.2.4

Förbrukade forskningsmedel 1987/88 (%) vid enheter som omfattas av gällande samarbetsavtal

Högskole-enhet	Fakultets-anslag	Rådsmedel	Övr. statl. medel	Privata medel	Utländska medel	Totalt
KI	25,1	32,0	34,0 ¹⁾	26,8 ¹⁾	55,1	29,0
UU	11,2	12,7	7,8	14,9	11,8	12,0
ULi	14,2	5,9	5,7	8,4	7,6	10,1
UL (MLL)	14,0	12,1	19,6	12,4	4,8	13,6
UL (MK)	8,1	7,4	3,0	5,2	6,6	6,6
UG	12,3	20,2	26,5	21,2	12,9	17,5
UUm	15,1	9,7	3,4	11,1	1,2	11,2
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹⁾ viss inbördes schablonisering

Tabell 3.3.1

Förbrukade medel 1987/88 för grundläggande högskoleutbildning (medicin)

Högskoleenhet	Kkr.	%
Karolinska institutet	114 227	33,7
Uppsala	41 573	12,3
Linköping	30 670	9,0
Lund	71 932	21,2
Göteborg	52 006	15,3
Umeå	28 748	8,5
	339 156	100,0

Tabell 3.3.2

Tillhandahållna utbildningsplatser 1988/89 vid läkarlinjen samt vid vissa medellånga vårdlinjer

Utbildningsort	Läkare	Sjukgymnas- ter ¹⁾	Logopeder ²⁾
Stockholm	280	164	24
Uppsala	110		
Linköping	60		
Lund	95		
Malmö	95	124	24
Göteborg	103		0
Umeå	102		
Totalt	845	288	48

¹⁾ inkl. påbyggnadskurs

²⁾ antagning var tredje termin

Tabell 3.4.1

Läkarlärartjänster¹⁾ vid högskoleenheterna 1988/89

Utbildningsort	Pröl ²⁾	Klär ³⁾	Klam ⁴⁾	Lua-Mi	Totalt
Stockholm	69	107	107	12	295
Uppsala	32	36	33		101
Linköping	25	23	19	7	74
Lund/Malmö	55	36	90		181
Göteborg	46	31	69	4	150
Umeå	31	28	39	9	107
	258	261	357	32	908

1) inkl. s.k. LUA-MI-professurer (dvs. prekliniska professurer inom sjukvårdsmannens område)

2) professorer/överläkare

3) kliniska lärare

4) kliniska amanuenser

Tabell 3.4.2

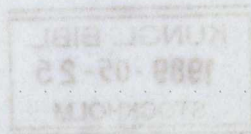
Extra professurer förenade med tjänst som överläkare 1988/89

Högskoleenhet	Extra professurer
Karolinska institutet	5
Uppsala universitet	6
Linköpings universitet	4
Lunds universitet	16
Göteborgs universitet	4
Umeå universitet	2
Totalt	37

Tabell 3.4.3

Kommunala tjänster för vidareutbildade läkare vid undervisningssjukhus (september 1987)

Huvudman	Överläkare	Bitr. överläk.	Avd.läkare	Totalt	%
SLL	215	364	550	1 129	32,7
ULL	102	112	199	413	12,0
ÖLL	83	78	158	319	9,3
MLL	97	141	180	418	12,1
Malmö	91	106	81	278	8,1
Göteborg	115	211	310	636	18,5
Bohus	9	0	1	10	0,3
VLL	80	68	93	241	7,0
	792	1 080	1 572	3 444	100,0



Statens offentliga utredningar 1989

Kronologisk förteckning

1. Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. C.
 2. Beskattnings av fåmansföretag. Fi.
 3. Integriteten vid statistikproduktion. C.
 4. Fasta Öresundsförbindelser. K.
 5. Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. C.
 6. Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. C.
 7. Vidgad etableringsfrihet för nya medier. U.
 8. UD:s presstjänst. UD.
 9. Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. Fi.
 10. Två nya treåriga linjer. U.
 11. Hushållssparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. Fi.
 12. Den regionala problembilden. A.
 13. Mångfald mot enfald. Del 1. A.
 14. Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. A.
 15. Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. K.
 16. Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. Fi.
 17. Risker och skydd för befolkningen. Fö.
 18. SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. C.
 19. Regionalpolitikens förutsättningar. A.
 20. Tullregisterlag m.m. Fi.
 21. Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. ME.
 22. Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. U.
 23. Parkeringsköp. Bo.
 24. Statligt finansiellt stöd? I.
 25. Rapporter till finansieringsutredningen. I.
 26. Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. Fi.
 27. Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. U.
 28. Utbildningar för framtidens tandvård. U.
 29. Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. U.
-

Statens offentliga utredningar 1989

Systematisk förteckning

Utrikesdepartementet

UD:s presstjänst. [8]

Försvarsdepartementet

Risker och skydd för befolkningen. [17]

Kommunikationsdepartementet

Fasta Öresundsförbindelser. [4]

Storstadstrafik 2 - Bakgrundsmaterial. [15]

Finansdepartementet

Beskattnings av fåmansföretag. [2]

Särskild inkomstskatt för utländska artister m.fl. [9]

Hushållsparandet - Huvudrapport från Spardelegationens sparundersökning. [11]

Kostnadsutveckling och konkurrens i banksektorn. [16]

Tullregisterlag m.m. [20]

Kustbevakningens roll i den framtida sjöövervakningen. [26]

Utbildningsdepartementet

Vidgad etableringsfrihet för nya medier. [7]

TVå nya treåriga linjer. [10]

Censurlagen - en modernisering av biografförordningen. [22]

Forskning vid de mindre och medelstora högskolorna. [27]

Utbildningar för framtidens tandvård. [28]

Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet. [29]

Arbetsmarknadsdepartementet

Den regionala problembilden. [12]

Mångfald mot enfald. Del 1. [13]

Mångfald mot enfald. Del 2. Lagstiftning och rättsfrågor. [14]

Regionalpolitikens förutsättningar. [19]

Industridepartementet

Statligt finansiellt stöd. [24]

Rapporter till finansieringsutredningen. [25]

Civildepartementet

Rapport av den särskilde utredaren för granskning av hotbilden mot och säkerhetsskyddet kring statsminister Olof Palme. [1]

Integriteten vid statistikproduktion. [3]

Samordnad länsförvaltning. Del 1: Förslag. [5]

Samordnad länsförvaltning. Del 2: Bilagor. [6]

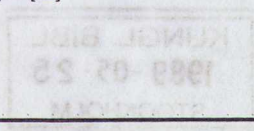
SÄPO - Säkerhetspolisens arbetsmetoder. [18]

Bostadsdepartementet

Parkeringsköp. [23]

Miljö- och energidepartementet

Sätt värde på miljön - miljöavgifter på svavel och klor. [21]



KUNGL. BIBL.
1989-05-25
STOCKHOLM

ALLMÄNNA FÖRLAGET

BESTÄLLNINGAR: ALLMÄNNA FÖRLAGET, KUNDTJÄNST, 106 47 STOCKHOLM,
TEL: 08-739 96 30, FAX: 08-739 95 48.
INFORMATIONSBOKHANDELN, MALMTORGSGATAN 5 (VID BRUNKEBERGSTORG), STOCKHOLM.