

Sou
1994:126

Husläkarreformens första halvår

Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2014



National Library
of Sweden

SOU 1994:126

Delbetänkande av Husläkardelegationen

Sou
1994:126

Husläkarreformens första halvår

SOU 1994:126

Delbetänkande av Husläkardelegationen



Statens offentliga utredningar
1994:126
Socialdepartementet

Husläkarreformens första halvår

Delbetänkande av Husläkardelegationen
Stockholm 1994

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

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 90 90

REGERINGSKANSLIETS
OFFSETCENTRAL
Stockholm 1994

ISBN 91-38-13793-3
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Bo Könberg

Genom beslut vid regeringssammanträdet den 17 juni 1993 bemyndigade regeringen statsrådet att tillkalla en parlamentarisk kommitté – Husläkardelegationen – med uppgift att följa utvecklingen och effekterna av husläkarreformen.

Med stöd av bemyndigandet tillkallades den den 27 oktober följande personer att ingå respektive biträda Husläkardelegationen (S 1993:10) i den funktion som anges nedan.

Till ordförande kallades f d landstingsrådet Lars Walberg.

Som ledamöter förordnades politisk sekreterare Per Gustafsson, riksdagsledamot Hans Karlsson, landstingsrådet Elaine Kristensson, riksdagsledamot Chatrine Pålsson, riksdagsledamot Barbro Westerholm, leg. läkare Gunnar Ågren.

Som sakkunniga tillkallades departementssekreterare Monica Albertsson, direktör Olof Eliasson, departementssekreterare Yngve Engström, distriktsöverläkare Christina Fabian, avdelningschef Karin Olsson, medicinalrådet Per Swartling, förbundssekreterare Ingrid Söderström, ombudsman Ylva Thörn.

Till sekreterare utsågs sektionschef Ann-Margret Widén för tiden fram till 1994-08-01. Den 31 maj 1994 förordnades som sekreterare projektsekreterare Bengt Ardenvik.

Jag får härmed för Husläkardelegationen överlämna delbetänkande (SOU 1994:126) – Husläkarreformens första halvår.

Stockholm den 1 september 1994

Lars Walberg

/Bengt Ardenvik

Innehållsförteckning

<i>Förord</i>	3
<i>Kommittédirektiv</i>	7
Arbetets uppläggning	7
<i>Erfarenheterna hittills</i>	9
Allmänt	9
Valfriheten för den enskilde individen	10
Tillgänglighet – Kontinuitet	11
Listningsresultat	12
Läkartillgången	13
Konkurrens- och producentneutralitet	15
Samspelet mellan öppen och sluten vård	17
<i>Sammanfattning</i>	19
<i>Fortsatt arbete</i>	21
<i>Särskilt yttrande från ledamoten Gunnar Ågren</i>	23
Bilaga 1 Kommittédirektiv	25
Bilaga 2 Plan för uppföljning av utvecklingen och effekterna av husläkarreformen	31
Bilaga 3 Redovisning av besök i landsting	35
Bilaga 4 Dispensregler enligt förordningen om behörighet som husläkare (SFS 1993:594)	53
Bilaga 5 Riksdagsbeslut den 20 april 1994	57

Kommittédirektiv

Husläkardelegationens uppdrag utgår från de direktiv som Regeringen fastställt 1993-06-17.

Enligt direktiven är delegationens huvuduppgift att följa utvecklingen och bedöma effekterna av husläkarreformen. Delegationen ska därvid uppmärksamma regering och riksdag på behov av eventuella förändringar.

De frågor som särskilt ska följas har angetts till:

- * Producent- och konkurrensneutralitet mellan olika driftformer
- * Reformens effekter på husläkarnas regionala fördelning
- * Reformens ekonomiska konsekvenser
 - dels för hälso- och sjukvården
 - dels för socialförsäkringen
- * Reformens påverkan på de kvinnliga allmänläkarnas arbetsförhållande och möjligheter att verka som husläkare

Husläkardelegationens uppgift är vidare att följa sjukvårdshuvudmännens tillämpning av reformen utifrån dess övergripande mål, som bl.a är att stimulera och stödja utvecklingen av den öppna vården samt att förbättra dess tillgänglighet och kontinuitet.

Delegationen, som verkat sedan den 1 november 1993, har utifrån de i direktiven fastställda uppgifterna preciserat de frågeställningar som bör bli föremål för uppföljning inom delegationens ansvarsområde (plan 1994-01-26 bilaga 1). Denna plan har hittills utgjort underlag för delegationens hittillsvarande uppföljningsarbete.

Arbetets uppläggning

Husläkardelegationen har när det gäller datainsamlingen samarbetat med såväl Landstingsförbundet som Socialstyrelsen. De erfarenheter som redovisas nedan bygger dels på Landstingsförbundets enkät till samtliga sjukvårdshuvudmän dels på eget material. En viktig utgångspunkt utgör härvid delegationens kontakter med sjukvårdshuvud-

männen bl.a. i form av besök. Hittills har delegationens ordförande och sekreterare besök nio sjukvårdshuvudmän, nämligen:

Örebro läns landsting
Landstinget i Värmland
Landstinget i Blekinge
Västerbottens läns landsting
Stockholms läns landsting
Göteborgs sjukvård
Helsingborgs Stad
Landstinget i Kalmar län
Landstinget Kronoberg

De generella tendenser som framkommit vid dessa besök har vägts in i bland de erfarenheter som framkommer nedan. Redovisning av de enskilda sjukvårdshuvudmännen framgår av *bilaga 3*.

I sitt uppföljningsarbete har delegationen vidare samarbetat med Konkurrensverket, som är den myndighet som enligt sin instruktion (SFS 1992:820) bl.a. ska främja en effektiv konkurrens inom såväl privat som offentlig verksamhet samt analysera effekter på konkurrensen av nya och befintliga offentliga regleringar och vid behov föreslå förändringar.

Med hänsyn till att flertalet anmälningar till Konkurrensverket rört listningsförfarandet, som anses vara en direkt följd av riksdagsbeslutet om husläkare, har emellertid Konkurrenslagen ej varit tillämplig. Detta beroende på att konkurrensbegränsningar som är en oundviklig följd av regerings- eller riksdagsbeslut och som uttrycks genom särskild lag eller författning i princip inte kan prövas enligt Konkurrenslagen. Lagligheten av dessa beslut avgörs av förvaltningsdomstol (Kammarrätt och ytterst Regeringsrätten). Hittills har till kammarrätterna inkommit 43 överklagande.

Som underlag för delegationens bedömning föreligger också ett antal skrivelser från huvudsakligen privatpraktiserande husläkare. I de flesta fall har skrivelserna berört listningsförfarandet samt de ekonomiska villkoren för de privata husläkarna i jämförelse med de offentliga.

Delegationen vill emellertid poängtera att de erfarenheter som redovisas nedan endast bygger på observationer under ett halvår. En period som präglats av vissa genomförandeproblem. Vidare har endast en tredjedel av sjukvårdshuvudmännen genomfört reformen fullt ut vid rapportens färdigställande.

Erfarenheterna hittills

Allmänt

En fråga som var föremål för diskussion inför genomförandet av husläkarsystemet var hur mycket som bör regleras nationellt och hur mycket som bör avgöras regionalt.

I den promemoria om husläkare som en arbetsgrupp inom socialdepartementet presenterade våren 1992 var inslagen av nationell styrning större än vad som sedermera fastställdes av riksdagen genom beslut av den särskilda lagen om husläkare (SFS 1993:588). I promemorian föreslogs t.ex. att såväl miniminivån på kapiteringsersättningen i relation till grundåtagandet som patientavgifterna hos husläkarna skulle fastställas centralt.

Detta bl.a. mot bakgrund av att vid ett grundåtagande skulle kapiteringsersättningen och patientavgifterna i huvudsak vara de enda ersättningsformerna inom ramen för husläkarverksamheten. Flexibiliteten och konkurrensen i ett system som utgick från ett nationellt grundåtagande och en nationell miniminivå vad avser kapiteringsersättningen förutsattes öka.

Med tanke på att många sjukvårdshuvudmän vid den tidpunkten redan organiserade eller planerade för ett system där läkarkontakterna var uppbyggda kring husläkare förordade remissinstanserna större lokalt inflytande.

I den slutliga utformningen begränsades den nationella regleringen till det som rörde patienternas och yrkesutövarnas rättigheter, nämligen:

- * hela befolkningen ska ha tillgång till en husläkare
- * alla väljer själv sin husläkare och kan byta när man vill
- * husläkaren är i normalfallet specialist i allmänmedicin
- * ersättningsystemet ska bygga på en ersättning per capita
- * fri etablering
- * de ekonomiska villkoren mellan olika husläkare ska vara konkurrens- och producentneutrala

Lagen om husläkare (SFS 1993:588) öppnade således för lokala lösningar. Såväl Landstingsförbundets kartläggning som Husläkardelegationens egna intryck visar att huvudmännen tagit vara på friheten att utforma husläkarverksamheten utifrån lokala förutsättningar.

Ett förhållande som ur många aspekter kan vara att föredra, men som enligt delegationens uppfattning kan skapa svårigheter t.ex. i det fria vård sökandet mellan huvudmännen samt vid jämförelser mellan sjukvårdshuvudmännen.

Valfriheten för den enskilde individen

Redan i samband med Landstingsförbundets rekommendation november 1989 om fritt vård sökande inom huvudmannens område skedde en förskjutning mot ett mer rättsorienterat system, där man utgick från den enskildes möjlighet att själv bedöma sina vårdbehov och fritt välja vårdgivare.

Strävanden att öka den enskildes valfrihet betonades i propositionen, liksom vikten av att den enskilde medborgaren fritt ska kunna välja husläkare. Valet ska inte begränsas till ett visst geografiskt område. Den som så önskar ska ha möjlighet att stå utanför husläkarsystemet. I propositionen anges också att sjukvårdshuvudmännen bör ansvara för att den enskilde får tillfälle att välja husläkare och att huvudmännen kan avgöra hur detta ska ske. Betydelsen av att alla som bor i området får erbjudande om husläkare vid samma tillfälle betonas emellertid.

Av såväl Landstingsförbundets enkät som Husläkardelegationens egen kartläggning (bilaga 3) framkommer att:

- * 21 huvudmän tillämpat modellen med aktivt val d.v.s. befolkningen har själva fått ange namnet på den husläkare man vill ha
- * 8 huvudmän har valt att erbjuda befolkningen en namngiven läkare oftast utifrån existerande relation till en såkallad patientansvarig läkare eller grundat på områdesansvar.
- * 3 huvudmän har ej fastställt modell

Även bland de huvudmän som tillämpat ett aktivt val kan man skönja tendenser till begränsningar i det geografiska området som utgjort underlag för valet. Invånarna har oftast fått tillsänt sig information om de husläkare som verkar i det geografiska närområdet i förhållande till var personen är bosatt enligt följande:

- * 5 huvudmän – vårdcentral/mottagningsnivå
- * 12 huvudmän – kommunnivå
- * 1 huvudman – sjukvårdsdistriktsnivå
- * 3 huvudmän – samtliga

Information om alla husläkare inom huvudmannens område har dock kunnat rekvireras.

C a 25 % av huvudmännen har i samband med befolkningserbjudandet givit invånarna möjlighet att som alternativ till att välja en namngiven läkare ange vårdcentral eller privat mottagning. Detta val kommer sedan att utgöra underlag för den passiva listningen.

Eftersom ett av de främsta syftena med husläkarreformen är att skapa förutsättningar för ett förtroendefullt förhållande mellan läkare och patient är den enskildes valfrihet en central och viktig grund.

Såväl i fråga om principerna för befolkningens val av husläkare samt när det gäller möjligheten att välja vid en och samma tidpunkt i hela sjukvårdsområdet kan delegationen se vissa inskränkningar i den enskildes valfrihet.

En annan fråga som väckts är om den passiva listningen står i harmoni med målsättningen om valfrihet. Redan initialt beslöt cirka en fjärdedel av huvudmännen att utnyttja möjligheten i lagen att avvakta med den passiva listningen till år 1995. Efter riksdagsbeslutet i april i år har fyra huvudmän därutöver bestämt sig för att skjuta upp den passiva listningen. Ytterligare två har funderingar på att avvakta med denna.

Att huvudmännen gett uttryck för tveksamhet till den passiva listningen i en reform där det fria läkarvalet är viktigt och grundläggande kan delegationen ha förståelse för.

Med tanke på att den passiva listningen tillkommit *dels* för att undvika att de svaga grupperna tappas bort i ett system som bygger på befolkningens egen initiativförmåga *dels* för att ge husläkarna ett säkrare ekonomiskt underlag bör frågan ytterligare utredas i syfte att finna alternativa lösningar.

Tillgänglighet – Kontinuitet

Det övergripande målet för husläkarreformen är att stimulera och stödja den öppna vården och förbättra dess tillgänglighet och kontinuitet.

Tillgängligheten och kontinuiteten inom svensk primärvård har tidigare uppvisat brister, som kan hänföras till många skilda faktorer. Sannolikt

hade såväl vakansläget som de ekonomiska resurserna inom primärvården betydelse i detta sammanhang. Även om man på flera håll i landet redan innan husläkarreformen hade byggt ut och fått till stånd en väl fungerande primärvård med såväl god tillgänglighet som kontinuitet, kunde primärvården i ett nationellt perspektiv inte fylla de högt ställda förväntningarna.

Det visade sig också att det var tillgängligheten och kontinuiteten som befolkningen klagade på.

Det är ännu för tidigt att dra några slutsatser av husläkarreformens effekter på denna punkt.

Listningsresultat

Redan under hösten 1993 fick befolkningen hos 16 huvudmän erbjudande om att lista sig hos någon husläkare. Vidare hade två huvudmän genomfört listningserbjudandet innan husläkarlagens tillkomst. De resterande 11 gick ut med erbjudandet till sin befolkningen under början av 1994. I såväl Malmöhus läns landsting som Malmö kommun sker enbart aktiv listning hos privata husläkare under 1994. I Jämtlands läns landsting har något erbjudande överhuvudtaget inte skett.

Listningsresultatet visar att stor andel av befolkningen tagit fasta på erbjudandet att själv välja husläkare. I genomsnitt har 75 % av befolkningen hörsammat erbjudandet. Resultatet i storstadsområden, som Stockholm och Göteborg ligger dock något lägre. Kronoberg och Värmland uppvisar också i förhållande till andra landsting lägre resultat.

Det lägre resultatet i Göteborg har sannolikt sin förklaring i att huvudmannen tydligt angett att befolkningen har två år på sig att lista sig aktivt. Några entydiga förklaringar till kronobergs och värmlands-siffrorna kan i dagsläget inte ges.

När det gäller kronobergsresultatet kan en trolig hypotes vara att listningen genomförts vid en tidigare tidpunkt då frågan om husläkarval ej var lika aktuell i bl.a. media.

Vidare är det en förvånansvärt liten andel av befolkningen som aktivt valt att avstå från att lista sig hos någon husläkare. I genomsnitt rör det sig om runt 1 % med ett undantag, nämligen Hallands läns landsting där 8 % av befolkningen valt att stå utanför husläkarsystemet.

Genomgående är andelen som valt att lista sig hos en husläkare högre än förväntat. Andra generella tendenser som framkommit är att kvinnor i något större utsträckning har valt husläkare. Det finns också ett tydligt

samband mellan ålder och benägenhet att välja. I den äldsta ålderklassen har många listat sig. Bland de yngre är intresset mycket mindre.

Den allra viktigaste faktorn för att välja eller inte välja är åldern. Delegationen är av uppfattningen att detta beror på att äldre människor i större utsträckning värderar att få träffa samma läkare vid varje tillfälle. Att fler kvinnor valt en husläkare kan bero på att kvinnor något oftare besöker sjukvården.

När det gäller andelen som aktivt avstått från att välja husläkare är resultatet mycket förvånande. En trolig hypotes är att andelen som väljer att stå utanför husläkarsystemet kommer att öka i takt med att huvudmännen genomför den passiva listningen. Sannolikt har många inte varit medvetna om att de kommer att tilldelas en husläkare om de inte meddelat att de aktivt vill avstå. Resultatet från generella befolkningsenkäter stödjer teorin om andelen som väljer att inte lista sig snarare ligger runt 15 %. Husläkardelegationen anser att det finns anledning att fortlöpande fästa uppmärksamhet på andelen som aktivt avstått då det annars finns risk för att sjukvårdshuvudmännen får ökade kostnader genom att befolkningen trots att man är listad väljer att söka hälso- och sjukvård hos annan läkare.

Läkartillgången

Trots den i huvudsak positiva utvecklingen av primärvården under 1980-talet var bristen på allmänläkare ett av de största hindren för utbyggnad av en väl fungerande primärvård. Det var svårt att rekrytera läkare till denna verksamhet, framför allt i de glest bebyggda delarna av landet. Undersökningar visade också att relativt många avbröt sin vidareutbildning i allmänmedicin eller lämnade sin verksamhet som distriktsläkare.

Trots vissa förbättringar av läkarförsörjningen inom primärvården under senare tid pekade förhållandena inför husläkarreformens genomförande på att kravet på specialistkompetens i allmänmedicin krävde ett tillskott av allmänläkare i varje fall i det korta perspektivet.

I en enkät som Landstingsförbundet genomförde i november 1991 visade det sig emellertid att vid de enheter där man infört någon form av "listsysteem", lyckades man rekrytera de läkare man behövde. Mycket tydde således på att ett husläkarsystem kunde vara en arbetsform som kunde göra allmänläkaryrket mer lockande. Om det förhåller sig så kan

bara framtiden utvisa. Hittills pekar dock erfarenheterna i positiv riktning.

Flertalet huvudmän har i sin planering tidigare strävat mot en dimensionering av i genomsnitt 1 läkare per 2000 invånare, med ett intervall i storleksordningen 1500-2500, för en fullt utbyggd primärvård. För att förverkliga detta riktmärke krävs i landet knappt **4400** husläkare.

Kartläggningen under våren i år visar att totalt avser **4076** läkare vara verksamma som husläkare. Därtill kommer samtliga offentligt anställda distriktsläkare i såväl Malmö kommun, Malmöhus läns landsting och Jämtlands läns landsting, som uppgår till **320**. Den totala tillgången i landet i dagsläget är således **4396**.

Av dessa avser **717** personer att verka som privata husläkare (16%). Många av dessa (drygt 40 %) har tidigare varit privatpraktiserande allmänläkare anslutna till försäkringskassan. Gruppen helt nyetablerade läkare är också relativt stor (ca 27 %). I denna grupp ingår även de läkare som tidigare varit verksamma som företagsläkare. Stora variationer mellan huvudmännen förekommer emellertid. Skälen till detta kan vara många bl. a. tidigare tradition ifråga om privata etableringar. Ett problem som delegationen observerat är att vissa huvudmän fastställt särskilda krav för etablering, vilket sannolikt har påverkat läkarnas etableringsbenägenhet.

Högsta andelen privata husläkare finns i Landstinget Västmanland (ca 40%). Även i Landstinget i Kristianstads län, Helsingborgs Stad och Stockholms läns landsting är andelen privata husläkare hög (25% eller mer). Lägst andel finns i Landstinget Kronoberg (1%).

Med tillfredsställelse har delegationen konstaterat att redan nu har huvudmännen tillräckligt med läkare för att tillgodose befolkningens behov av husläkare. En uppfattning som delas av samtliga huvudmän. Några har dock problem med överetablering på vissa orter samtidigt som det finns områden där det saknas husläkare.

Husläkardelegationen, som i enlighet med kommittédirektiven särskilt har att följa och bedöma reformens effekter på fördelningen av husläkare och andra läkare över landet har med anledning härav hemställt hos Regeringen om skärpning av dispensreglerna enligt förordningen om behörighet som husläkare (bilaga 4).

Delegationen ser vidare positivt på att en stor del av de försäkringskasseanslutna allmänläkarna valt att anslutna sig till husläkarsystemet. Härigenom ökar förutsättningar för en enhetlig primärvårdsorganisation med samma arbetsbetingelser för allmänläkarna med bl.a. dygnet runt ansvar.

Fortfarande finns emellertid ett antal allmänläkare, som valt att fortsätta med försäkringskasseanslutning. I dagsläget är det emellertid oklart hur stor andel som står utanför husläkarsystemet. Frågan kommer att ägnas uppmärksamhet under hösten.

Konkurrens- och producentneutralitet

Av kommittédirektiven framgår att en av delegationens viktigaste uppgifter är att följa producent- och konkurrensneutraliteten och i ett övergripande perspektiv bedöma om en sådan neutralitet mellan olika driftformer uppnås.

Redan initialt riktade delegationen därför uppmärksamhet mot listningsförfarandet med tanke på dess betydelse för läkarna att knyta till patienter till sin verksamhet och deras möjligheter att etablera sig som husläkare.

Delegationen har bl.a. i skrivelse till samtliga huvudmän poängterat:

- * att ett konkurrensneutralt införande av husläkarreformen förutsätter att invånarna får tillgång till objektiv information om när listningen ska ske, hur denna ska gå till och om utbudet av husläkare på marknaden
- * att den information som sjukvårdshuvudmännen tillhandahåller ska omfatta samtliga läkare, som avser att verka som husläkare oavsett driftform
- * att listningsystemet inte får diskriminera privata husläkare

Delegationen har vid genomgång av huvudmännens befolkningserbjudande konstaterat att flertalet i huvudsak följt delegationens riktlinjer. I några fall föreligger dock en klar prioritering av läkarna i den egna organisationen. Som exempel kan nämnas att de privatpraktiserande läkarna endast har marknadsförts i dagspressen medan befolkningserbjudandet varit helt inriktat på de offentligt anställda. Hos de sjukvårdshuvudmän där de privata läkarna och vårdcentralerna själva haft att svara för befolkningserbjudandet har de offentliga sannolikt också haft en konkurrensfördel genom tillgången till större ekonomiska resurser. Vidare har i några fall befolkningserbjudandets utformning kunnat ge intryck av att övrig primärvård, såsom MVC, BVC, sjukgymnastik etc endast fanns tillgängligt om man valde en offentligt anställd husläkare.

Listningserbjudandets utformning har som framgått ovan stor betydelse för läkarnas möjligheter att etablera sig som husläkare. Att många privatpraktiserande husläkare känt sig diskriminerade stärks av såväl antalet inkomna skrivelser till delegationen som antalet anmälningar till både Konkurrensverket och Kamrarrätten.

Andra faktorer som har stor betydelse ur neutralitetsaspekten är ersättningssystemets tillämpning. I propositionen framhålls att neutralitet mellan offentliga och privata bör råda, så att ingen driftform gynnas. Lagstiftningens konstruktion med producent- och konkurrensneutralitet innebär enligt delegationens uppfattning att ny organisationsform för den husläkarverksamhet som i fortsättningen kommer att bedrivas i egen regi måste övervägas. Det gäller att avgränsa kostnaderna för grundåtagandet från vårdcentralens budget. Dessa husläkaranknutna kostnader ska täckas av besöksersättning, åtgärdsersättning enligt särskild taxa samt kapitationsbelopp för varje person som är listad på någon av doktorerna.

Av Landstingsförbundets kartläggning framkommer att 19 av 29 huvudmän planerar att husläkarverksamheten ska bedrivas som intäktsfinansierade resultatenheter. Ett problem som delegationen emellertid observerat är att förändringen kommer att ske först när husläkarreformen är fullt genomförd, vilket kan innebära fördelar för den offentliga verksamheten under uppbyggnadsskedet och leda till merkostnader.

En bidragande faktor i detta sammanhang kan vara osäkerheten i fråga om kollektivavtalets möjligheter till att göra vissa förändringar/undantag från gällande arbetstidslagstiftning (ATL) och lagen om anställningsskydd (LAS). Husläkardelegationen kan nämligen se svårigheter att förena husläkarlagens intentioner om lika villkor för offentliga och privata husläkare med gällande kollektivavtal. Nuvarande system kan vidare bidra till de husläkare inom den offentliga förvaltningen som har fått många personer på sin lista väljer att övergå till privat verksamhet enbart av ekonomiska skäl.

Ett annat problem som delegationen observerat är att några huvudmän fattat beslut om en reducerad kapitationsersättning efter ett visst antal förtecknade invånare. Husläkardelegationen kan ej finna något stöd i lagstiftningen för denna modell och hävdar därför att enhetlig kapitationsersättning måste utges upp till lagens gräns d.v.s. 3000 personer.

Med tanke på frågans komplexitet har husläkardelegationen tagit initiativ till en särskild utredning för att följa upp ersättningssystemets tillämpning i praktiken. För utredningsuppdraget kommer ekonomisk

expertis att anlitas och projektet kommer att avrapporteras till delegationen under fjärde kvartalet i år.

Samspelet mellan öppen och sluten vård

Ett annat syfte med husläkarreformen var att få till stånd en bättre balans mellan primärvård respektive läns- och regionsjukvård och därmed ett effektivare resursutnyttjande. Detta mot bakgrund av att mycket av den sjukvård som skulle kunna ges av allmänläkare inom primärvården förmedlas av läkare inom andra specialiteter, som oftast är knutna till sjukhusen. Till följd härav är en stor andel av de samlade resurserna inom hälso- och sjukvården knutna till sjukhusen. I propositionen poängteras därför att det kan finnas skäl att omfördela resurser från länssjukvården till en husläkarorganisation.

Husläkardelegationen delar denna uppfattning men menar att det är svårt att generellt hävda att en omfördelning av resurser från sluten till öppen vård måste komma till stånd. Sjukvårdshuvudmännens ställningstagande i denna fråga måste självfallet ske utifrån de lokala förhållandena.

Husläkardelegationen har i dagsläget inte en heltäckande bild av hur sjukvårdshuvudmännen hanterat problematiken. Från de studiebesök och diskussioner som delegationen haft med sjukvårdshuvudmännen kan man dock dra slutsatsen att primärvården i flertalet sjukvårdområden inför 1994 års budget ej utsatts för lika hårda sparbeting som övrig verksamhet t.ex. inom länssjukvården. I många fall har huvudmännen inför beräkningar av kapitationsersättning etc utgått från 1993 års primärvårdsram, medan övrig verksamhet ålagts ett sparbeting. Indirekt har därigenom en resusöverföring skett.

Frågan bör emellertid ytterligare följas och först vid årets slut kan mer preciserade uppgifter lämnas.

I propositionen diskuterades också möjligheterna att använda patientavgifter som styrinstrument för att påverka vårdsökandet genom att differentiera dem. Man förordade denna modell som ett alternativ till det remisstväng som förekommer i de flesta länder där ett husläkarsystem tillämpas.

Huruvida patientavgifter ska användas som instrument för att i viss mån styra vårdsökandet har emellertid överlämnats till respektive sjukvårdshuvudman att besluta om. Landstingsförbundets kartläggning visar att huvudmännen tillämpat olika regler för detta. Frågan har emellertid fått ny aktualitet genom lagen om läkarvårdsersättningar

(1993:1651) som reglerar patientavgifterna för de privatpraktiserande läkarna. En uppföljning av huvudmännens tillämpning bör därför ske.

Frågan om långremiss behandlades vidare propositionen, varvid förordades att om differentierade vårdavgifter kommer att tillämpas bör sjukvårdshuvudmännen också införa långremisser för de personer, som har behov av upprepade besök hos annan specialist t.ex. reumatologer och onkologer.

Enbart sju av huvudmännen har i Landstingsförbundets enkät uppgivit att de tillämpar principen med långremiss och har särskild patientavgift kopplad till en sådan remiss.

Sammanfattning

Under senare tid har sjukvårdshuvudmännen bedrivit ett omfattande utvecklingsarbete. Genom riksdagsbeslutet i maj 1993 om husläkarreformen accelererade utvecklingen av primärvården. Beslutet innebär att landstingen fr.o.m den 1 januari 1994 ska organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får möjlighet att välja husläkare. Beslutet gäller också de kommuner som inte ingår i ett landsting och andra kommuner som har ansvaret för primärvården inom sitt område. Reformen ska vara fullt genomförd före utgången av 1995, vilket medför att huvudmännen själv kan besluta om i vilken takt man avser att genomföra förändringen i den egna organisationen. Trots att lagen ger möjlighet till en 2-årig genomförandeperiod har flertalet huvudmän på kort tid genomfört ett mycket omfattande förändringsarbete.

Endast tre huvudmän har fattat beslut om att avvakta med genomförandet av reformen i sin helhet.

Erfarenheterna under det första halvåret visar att redan nu har många av de mål som förväntades med husläkarreformen uppnåtts.

Tillgången på allmänläkare i landet har ökat och den geografiska spridningen över landet är jämn. I dagsläget finns brist på husläkare endast på ett fåtal orter spridda såväl på storstadsområden som i södra och norra landsändan.

Patientens valfrihet är idag en viktig fråga i debatten om den svenska hälso- och sjukvården. Huvuddelen av svenska folket har genom husläkarsystemet getts möjlighet att välja en egen husläkare. Det ligger ett stort värde i att den enskilde själv kan bestämma vem han vill vända sig till i frågor som rör hälsan. Denna kontakt kräver av naturliga skäl en relation som från båda sidor är mer förtroendefull än vad som gäller många andra möten i livet. Den enskildes frihet att själv välja husläkare tillsammans med läkarens vetskap om att vara vald bör bidra till att skapa ett gott förhållande, som ger trygghet och kontinuitet i behandlingen.

Hos flertalet av sjukvårdshuvudmännen har det skett en prioritering av primärvården i enlighet med syftena i husläkarreformen om en bättre balans mellan primärvård och läns- respektive regionsjukvård.

75 % av befolkningen i Sverige har valt husläkare. Ett tydligt samband finns dock mellan ålder och benägenhet att välja husläkare. I de äldsta åldersklasserna har betydligt fler listat sig, än bland de yngre där intresset är mycket mindre.

Riksdagen beslutade den 20/4 1994 att ge regeringen i uppdrag att återkomma till riksdagen med ett förslag om att avveckla den särskilda husläkarlagen. (*bilaga 5*)

Fortsatt arbete

Hittills har som framgått ovan delegationen i sitt uppföljningsarbete koncentrerat sig på hur sjukvårdshuvudmännen planerat och genomfört husläkarreformen.

Befolkningens uppfattning om reformens för- och nackdelar har delegationen emellertid ännu inte kartlagt. För att få en belysning av reformen även ur invånarperspektivet är detta en angelägen uppgift.

Andra viktiga uppdrag är att följa upp ersättningssystemet i praktiken. Detta uppdrag kommer att avrapporteras till Husläkardelegationen under oktober månad i år. Frågan om de kvinnliga läkarnas arbetssituation kommer också att bli föremål för genomgång. I samband med detta uppdrag bör också möjligheterna att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete i ett husläkarsystem penetreras.

På längre sikt bör också uppföljningsarbetet inriktas mot reformens ekonomiska konsekvenser samt kvalitetsfrågorna.

Särskilt yttrande från ledamoten Gunnar Ågren

Enligt min mening uttrycker rapportens värderingar av husläkarsystemet en alltför positiv värdering av detta.

Enligt min mening utgör inte husläkarsystemet någon utvidgning av patienternas valfrihet, snarare tvärtom.

Kommittédirektiv



Dir. 1993:76

Husläkardelegation

Dir. 1993:76

Beslut vid regeringssammanträde 1993-06-17

Statsrådet Könberg anför.

1 Mitt förslag

Jag föreslår att en parlamentarisk kommitté – Husläkardelegationen – tillkallas med uppgift att följa utvecklingen och effekterna av husläkarreformen.

2 Bakgrund

Trots den i huvudsak positiva utvecklingen av primärvården under 1980-talet har det varit svårt för den öppna vården att möta de ökade anspråken på den. Det har också varit svårt att rekrytera läkare till denna verksamhet, framför allt inom de glest bebyggda delarna av landet. I slutet av 1980-talet var uppemot en tredjedel av de inrättade läkartjänsterna vakanta eller uppehölls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. Undersökningar har också visat att relativt många avbrutit sin vidareutbildning i allmänmedicin eller lämnat sin verksamhet som distriktsläkare jämfört med vad som skett inom andra specialiteter.

Läkarförsörjningen inom primärvården har dock förbättrats under senare år. Trots det har de flesta landsting ännu inte nått det mål, som de i regel har vad gäller antalet distriktsläkare i relation till befolkningen, nämligen en distrikts- eller husläkare per 2 000 invånare.

Husläkarreformen

Riksdagen har den 27 maj 1993 beslutat att en husläkarreform skall genomföras i Sverige (prop. 1992/93:160, bet. 1992/93:SoU22, rskr. 1992/93:355). Ett husläkarsystem enligt vissa rikstäckande riktlinjer införs successivt i hela landet från och med den 1 januari 1994 för att vara fullt utbyggt senast vid utgången av år 1995.

Syfte och mål

Målet för hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En god hälso- och sjukvård förutsätter att befolkningen kan lita på att vården finns tillgänglig när man behöver den och att den enskilde har tryggheten i en väl fungerande patient – läkarrelation. Detta är särskilt viktigt för dem som ofta behöver det stöd och den hjälp som hälso- och sjukvården skall ge.

Det övergripande målet för husläkarreformen är att stimulera och stödja utvecklingen av den öppna vården och förbättra dess tillgänglighet och kontinuitet. På sikt bör också reformen leda till lägre kostnader för hälso- och sjukvården jämfört med om reformen inte genomförs. Den bör också leda till lägre kostnader för socialförsäkringen till följd av ett ändrat mönster för sjukskrivning och läkemedelsförskrivning.

Viktiga delmål för husläkarreformen är därför att

- ge befolkningen tillgång till fler läkare i den öppna vården,
- öka kontinuiteten i kontakterna mellan patienter och läkare,
- stimulera till goda relationer mellan patienter och läkare,
- ge den enskilde möjlighet att välja sin egen husläkare,
- bidra till en bättre läkarfördelning över landet,
- skapa sådana förutsättningar för husläkarverksamheten som stimulerar läkarna till att söka sig till och stanna kvar inom denna verksamhet, och
- bidra till ett effektivt utnyttjande av de samlade resurserna för hälso- och sjukvård.

Tillsyn och uppföljning

En av Socialstyrelsens främsta uppgifter är att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården i landet genom att följa upp och utvärdera den verksamhet som landsting, kommuner och enskilda huvudmän bedriver. Denna tillsyn skall när det gäller hälso- och sjukvården utövas enligt de intentioner som finns fastställda i hälso- och sjukvårdslagen. På individnivå sker tillsyn dessutom utifrån bestämmelserna i lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Socialstyrelsen kan enligt denna lag bl.a. inspektera personalens verksamhet vid husläkarmottagningarna.

Att följa upp och bedöma effekterna av en husläkarreform kommer att vara centrala inslag i styrelsens framtida arbete med tillsyn och kvalitets-säkring. Detta gäller såväl reformens inverkan på primärvården som på hälso- och sjukvården i stort, inklusive dess ekonomiska konsekvenser, liksom effekterna för den enskilde.

I förarbetena till riksdagens beslut om husläkarreformen har frågor om producent- och konkurrensneutralitet ägnats stor uppmärksamhet (prop. 1992/93:160, s. 61 – 65). Konkurrensverket skall enligt sin instruktion (SFS 1992:820) bl.a. främja en effektiv konkurrens inom såväl privat som offentlig verksamhet samt analysera effekter på konkurrensen av nya och befintliga offentliga regleringar och vid behov föreslå förändringar. Detta innebär att Konkurrensverket också har till uppgift att lämna förslag till ändringar om producent- och konkurrensneutralitet inte skulle iaktas för skilda driftformer för husläkarverksamheten.

Omfattningen av den förestående husläkarreformen och de nya inslag som den rymmer medför att det, under dess uppbyggnadsskede, finns anledning att särskilt uppmärksamma och fortlöpande följa utvecklingen av reformens syften och mål. En parlamentariskt sammansatt kommitté – Husläkardelegationen – bör därför inrättas på riksnivå. Även företrädare för berörda intressenter bör vara representerade i kommittén. Husläkardelegationen kommer inte att ha några myndighetsuppgifter och övertar därmed inte t.ex. Socialstyrelsens och Konkurrensverkets uppgifter inom deras respektive ansvarsområden. Husläkardelegationen kan dock, under den tid den är verksam, fungera som en informations- och kunskapskälla och därmed vara ett stöd när dessa myndigheter och andra intressenter följer utvecklingen av husläkarreformen.

3 Uppdraget

Husläkardelegationen skall under perioden den 1 juli 1993 – 30 juni 1996 ha till uppgift att följa utvecklingen och bedöma effekterna av husläkarreformen. Delegationen skall därvid uppmärksamma regering och riksdag på behov av eventuella förändringar.

Husläkardelegationen skall särskilt följa och bedöma

- reformens effekter på fördelningen av husläkare och andra läkare över landet, och
- frågor som rör producent- och konkurrensneutralitet och, i ett övergripande perspektiv, bedöma om en sådan neutralitet mellan olika driftformer i realiteten uppnås.

Husläkardelegationen bör lämna förslag till åtgärder, om husläkarreformen inte leder till att nuvarande obalanser i läkartillgången över landet minskar. En dryg tredjedel av de yrkesverksamma specialisterna i allmänmedicin är kvinnor. Delegationen bör följa om – och i så fall hur – husläkarreformen särskilt påverkar de kvinnliga allmänläkarnas arbetsförhållanden och möjligheter att verka som husläkare. Delegationen bör också – i ett planerings- och uppbyggnadsskede av husläkarsystemet – på begäran av berörda parter yttra sig i frågor som rör producent- och konkurrensneutralitet. Delegationen skall dock inte vara någon prövningsinstans i sådana frågor.

Husläkardelegationen skall vidare fortlöpande följa

- hur sjukvårdshuvudmännen utformar husläkaråtagandena,
- hur medborgarna informeras om husläkarreformen,
- hur den enskildes rätt att fritt välja husläkare tillgodoses,
- hur kvalitetssäkringsarbetet i husläkarverksamheten utvecklas, och
- hur det nya ersättningssystem, som är förknippat med husläkarreformen tillämpas i praktiken,
- Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering av husläkarreformen. Särskild vikt bör läggas vid att följa reformens ekonomiska konsekvenser.

Delegationen bör i övrigt kunna ta upp andra frågor som kan aktualiseras till följd av husläkarreformen.

4 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu anført hemställer jag att regeringen be-
myndigar det statsråd som har till uppgift att föredra ärenden rörande häl-
so- och sjukvård

att tillkalla en parlamentarisk kommitté – omfattad av kommittéförord-
ningen (1976:119) – med högst 9 ledamöter, Husläkardelegationen, med
uppgift att följa utvecklingen och effekterna av husläkarreformen,

att utse en av ledamöterna att vara ordförande, och

att besluta om sakkunniga, experter och annat biträde åt kommittén.

Vidare hemställer jag att regeringen beslutar att kostnaden skall belasta
femte huvudtitelns anslag D 7. Bidrag till husläkarsystem m.m.

Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och bifaller
hans hemställan.

(Socialdepartementet)

HUSLÄKAR- DELEGATIONEN

Bilaga 2

Tjänsteställe, handläggare, telefon direkt

Datum

Diariennr

Sekretariatet

Ann-Margret Widén, 046-15 31 44

rev 1994-01-26

Ert datum

Er beteckning

PLAN FÖR UPPFÖLJNING AV UTVECKLINGEN OCH EFFEKTERNA AV HUSLÄKARREFORMEN

Bakgrund

Riksdagen beslöt den 27 maj 1993 att en husläkarreform ska genomföras i Sverige. Ett husläkarsystem enligt vissa rikstäckande riktlinjer införs successivt i hela landet från och med den 1 januari 1994 för att vara fullt utbyggt senast vid utgången av år 1995.

Det övergripande målet för husläkarreformen är att stimulera och stödja utvecklingen av den öppna vården och förbättra dess tillgänglighet och kontinuitet. På sikt bör också reformen leda till lägre kostnader för hälso- och sjukvården jämfört med om reformen inte genomförts. Den bör också leda till lägre kostnader för socialförsäkringen till följd av ett ändrat mönster för sjukskrivning och läkemedelsförskrivning.

I samband med beslutet om husläkarreformen fattade riksdagen också beslut om att på nationell nivå tillsätta en husläkardelegation, som ska följa reformens genomförande.

Husläkardelegationens uppdrag

Regeringen fastställde 1993-06-17 direktiv för husläkardelegationen (Dir 1993:76). Husläkardelegationen, som ska arbeta under perioden 1 juli 1993-30 juni 1996 har inga myndighetsuppgifter och övertar därmed inte Socialstyrelsen och Konkurrensverkets uppgifter inom deras ansvarsområde.

Enligt direktiven är delegationens huvuduppgift att följa utvecklingen och bedöma effekterna av husläkarreformen. Delegationen ska därvid uppmärksamma regering och riksdag på behov av eventuella förändringar.

De frågor som särskilt ska följas anges till:

- * producent- och konkurrensneutralitet mellan olika driftformer
- * reformens effekter på husläkarnas regionala fördelning
- * reformens ekonomiska konsekvenser
 - dels för hälso-och sjukvården
 - dels för socialförsäkringen
- * reformens påverkan på de kvinnliga allmänläkarnas arbetsförhållande och möjligheter att verka som husläkare

Uppföljningsområden

Utifrån de i direktiven angivna frågeställningarna bör uppföljningen inom delegationens ansvarsområde fokuseras på följande område:

Reformens genomförande

- * Husläkaråtagandets utformning – förändringar över tiden
- * Utformning av den ekonomiska ersättningen – kapitationsnivå, förekomst av fria nyttigheter, ekonomiskt tak
- * Inrättande av samverkansorgan – uppgifter, sammansättning, betydelse för genomförandet
- * Differentierade patientavgifter som medel att styra vårdsökandet - undantag, förekomst av långremiss

Befolkningsperspektivet

- * Utformning av informationen till befolkningen
- * Valfrihet för den enskilde
- * Aktiv – passiv listning – tak, andel aktivt listade, principer för listning
- * Byte av husläkare

Personalområdet

- * Effekter för läkarrekryteringen – andel privata/offentliga husläkare, andel med dispens, andel grupp-mottagningar
- * Effekter på läkarfördelningen i landet
- * Kvinnliga läkares arbetssituation
- * Husläkarnas möjligheter att delta i forsknings- och utvecklingsarbete
- * Reformens effekter för läkarutbildningen

Producent- och konkurrensneutralitetens efterlevnad

- * Tillämpningen av ersättningssystemet – jämförelse kostnader och intäkter olika driftformer, form för husläkarverksamhet i offentlig regi, hantering av ev underskott i offentlig verksamhet
- * Stimulansbidragets användning
- * Listningsförfarandet
- * Arbetsrättsliga avtalens betydelse
- * Samarbete med andra husläkare – jourverksamheten, ersättare etc.

Husläkardelegationen kommer även följa Socialstyrelsens utvärdering framför allt vad gäller kvalitetssäkring, husläkarsystemets effekter på angränsande vårdsystem och övrig primärvård samt reformens ekonomiska konsekvenser.

Datainsamling

Samordning med såväl Socialstyrelsen som Landstingsförbundet kommer att ske i datainsamlingen. När det gäller uppföljningen av tillämpningen av ersättningssystemet kommer ekonomisk expertis på konsultbasis att anlitas för att göra jämförelser i några landsting.



Redovisning av besök i landsting

Uppgifterna gäller situationen vid tillfället för besöket.

Örebro läns landsting

Riktlinjer – Policy

Vidgat åtagande med distriktssköt. och BVC

Kapitationsersättning

- viktad ålder
- inkl. lab och röntgen
- exkl. hyreskostnad

Primärvårdsramen 1993 utgör grund

Listningserbjudandet

- samtidigt i hela landstingsområdet
- erbjudits namngiven läkare

Kvalitetskrav för etablering

- minst två husläk. på samma mottagning
- BVC minst 200 barn

Differentierade vårdavgifter

- allmänläkare – annan specialist
- jourtid – icke jourtid

Resultat

Reformen genomförd slutet av 1994

Listningsutfall

84 % listat sig

- varav 72% landstingets husläkare
- varav 6 % tid entreprenörer
- varav 6 % privata husläkare

0,7 % aktivt avstått

20 % valt annan än den som föreslagits,
fördelning av de som ej svarat under 94

Husläkarråd inrättat

- rådgivande organ

Behovet av husläkare täckt

- 17 privata anmält intresse
- 4 startar ej verksamhet

Egen verksamhet – resultatenhet

Problem

Listningsmodellen

- valfriheten för patienten inskränkt
- uppfyller inte kravet på producent och konkurrensneutralitet
- överklagad till Kammarrätten
- marknadsföring övrig primärvård

Etableringskrav ej i överensstämmelse med intentionerna i lagstiftningen

- grupp-praktik
- lokalutformning – handikappanpassning

Samarbetsproblem privata husläkare

- skrivelser till delegationen

Värmlands läns landsting

Riktlinjer – Policy

Grundåtagande.

Kapitationsersättning

- initialt åldersviktad
- exkl. lab. och röntgen
- ersättning för grundjour ingår

Utgått från 1993 års kostnader för primärvården samt privata allmänläkare

Listningserbjudandet

- fritt val inom sjukvårdsdistriktet
- gemensamt hela landstinget

Kriterier/krav för etablering

- lokalutformning
- jourersättare presenterad
- önskemål gruppomtagning

Resultat

Reformen fullt genomförd årsskiftet 94

Listningsutfall

- 53 % själv valt husläkare
- mindre än 1 % avstått
- olika modeller passiv listning
- privata proportion aktiv
- offentliga på vårdcentral

Behovet av läkare täckt

- få privata (4 st)
- avtal med företagshälsovården

Lokalt kollektivavtal träffat för 94

Husläkardelegation – politiskt organ

Samma patientavgifter

Egen organisation vanlig basenhet

Problem

Etableringskrav ej i överensstämmelse med intentionerna i lagstiftningen

Olika modeller för passiv listning

- initialt vårdcentral
- namngiven läkare först 1995

Övrig primärvård marknadsförd i husläkarbroschyr i anslutning till vårdcentralerna

Ersättningsystem svårt att jämföra

- behåller basenhet/vårdcentral

Låg andel aktivt listade i förhållande till andra landsting

Blekinge läns landsting

Riktlinjer – Policy

Grundåtagande – lagens minimikrav

- initialt förslag inkl. distriktssköterska och läkarinsatser BVC

Kapitationsersättning

- åldersviktad enbart två klasser exkl. röntgen
- tak för antal besök hos såväl enskild husläkare som totalt

Primärvårdsram reducerad 94

- ytterligare reduceringar 95

Listningserbjudandet

- fritt val – samtliga läkare i kommunen

Inget samverkansorgan

Låg patientavgift hos husläkare

Resultat

Reformen genomförd under 94

- start våren 94

Listningsutfall

- 84 % valt aktivt
- passiv listning i förhållande till aktiv

Totala behovet av husläkare täckt

- överskott i vissa kommuner
- 24 % privata
- 11 % helt nya

Organisation av egen verksamhet

- beslut fattas senare
- intraprenad sannolikt först vid genomförandeperiodens slut

Kvalitetsarbete startat

Problem

Åtagande

- preciserat krav utöver vad som gäller för åtagande enligt 9§

Ersättningssystemet

- ej likvärdig ersättning privat och offentlig då beslut om egna organisationen ej fattats
- tak för antalet patientbesöksersättningar ej i överensstämmelse med intentionerna i lagen

Läkare under utbildning

- svårighet att finna sysselsättning då överskott redan finns i vissa kommuner

Västerbottens läns landsting

Riktlinjer – Policy

Vidgat husläkaråtagande

- tillhandahålla distriktssköterskeinsats
- tillhandahålla BVC och MVC
- handledning, katastrofberedskap m m

Kapitationsersättning

- åldersviktad
- glesbygdstillägg
- exkl. lab. och röntgen
- heltidsverksam 2000 poäng

Reducering av primärvårdsramen 10 %

Listningserbjudandet

- fritt val inom hela landstingsområdet
- samlad marknadsföring gemensam broschyr

Kvalitetskrav preciseras i policydokument

- privata medverkar i kvalitetsarbetet

Resultat

Reformen genomförd våren 94

Listningsutfall

- 83 % har gjort ett aktivt val
- variation mellan 41 % – 90 %
- meddelande för att avstå
- passiv listning
- hälften utfall aktiv
- hälften lika

Totala behovet av husläkare täckt

- geografisk obalans
- 14 % privata husläkare
- 11 % har dispens

Neutralitetsaspekten

- privata medverkat i processen
- egen verksamhet – intraprenad
- tydlig inriktning

Satsning på kvalitetsarbete

Problem

Åtagande

- samordning husläkare/distriktssköt. i gränstrakterna

Kapitationersättningen

- vid lågt antal listade ej underlag för det vidgade åtagandet
- påverkan övrig vårdpersonal?

Läkarbrist i inlandet

- en del av befolkningen kan ej f.n. få en husläkare i rimlig närhet av bostaden

Stockholms läns landsting

Riktlinjer – Policy

Vidgat åtagande med distriktssköt.

Kapitationsersättning

- viktad ålder generellt
- lokalt glesbygd o. socioek. faktorer
- exkl. hyra o. med service

Utökad primärvårdsram utgör grund

Listningserbjudandet

- fritt val närområdet
- samtidigt hela landstingsområdet

Differentierade vårdavgifter

- högre avgifter för olistade

Kvalitetskrav preciserade

Resultat

Reformen genomförd 1:a kvartalet 94

Listningsutfall

- 63 % aktivt valt
- varav 2% aktivt tackat nej

Centralt samverkansorgan inrättat

- lokala kommer att bildas

Totala behovet av husläkare täckt

- viss geografisk obalans
- 25% privata husläkare
- 15% har dispens

Organisation av egen verksamhet

- självständiga resultatenheter
- landstingsägda primärvårdsbolag

Avskaffat långremisser

Lokalt kollektivavtal träffat

Problem

Tak för kapiteringsersättningen ej i överensstämmelse med lagen

Hyreskostnaden in i kapiteringen först 1996

Start av reformen först 1 mars 1994, vilket vållat vissa problem för de privatpraktiserande husläkarna

Långremisser har avskaffats beroende på krånglig lösning

Göteborgs kommun

Riktlinjer – Policy

Grundåtagandet lika med lagens minimiåtagande

Kapitationsersättning

- åldersviktad
- allt utom medicinsk service
- ersättning för hyreskostnader över 100 000 kan utgå
- privatläkartaxan tillämpas under första halvåret 1994
- bygger enbart på aktiv listning

Listningserbjudandet

- fritt val av samtliga husläkare
- apoteken stor distributör av husläkarbroschyr
- den aktiva listningen sker under en tvåårsperiod
- avstyrker passiv listning

Resultat

Reformen genomförd fullt ut 1995

Listningsutfall

- 44 % aktivt valt husläkare
- 0,3 % aktivt avstått
- aktiva listningen pågår fortfarande

Behovet av husläkare täckt

- ca 20 % privata husläkare
- drygt en femtedel har dispens

Egen verksamhet

- intäktsfinansierade resultatenheter, på sikt på individuell bas

Samrådsorgan ej inrättat

Starkt reducerad primärvårdsram mellan 1992 och 1994

Differentierade vårdavgifter

Problem

Göteborgsmodellen bygger helt på aktiv listning

Finansieringssituationen – ekonomisk ram för att klara 60 %:s anslutning

Hög kapiteringsersättning som vid högre andel listade måste förändras i ur läkarens syn negativ riktning

Låg ersättning till läkaren för olistade personer

Helsingborgs kommun

Riktlinjer – Policy

Grundåtagade enligt lagen

Kapitationsersättningen

- viktad på ålder samt ohälsotal
- inkl. hyreskostnad
- exkl. lab. och röntgen
- gällande först fr.o.m. 1994-07-01

Listningserbjudandet

- fritt val samtliga läkare
- passiv listning först 1995
- tills dess områdesbaserad resursfördelning

Förordar diffrentierade vårdavgifter

- beroende av MLL i fråga om avgifter inom länssjukvården

Resultat

Reformen genomförd först under 1995.

Listningutfall

- 78% har aktivt valt husläkare
- 1.8% aktivt tackat nej

Behovet av husläkare täckt

- överetablering
- 19 privata husläkare anmält intresse (28%)
- 5 startar ej verksamhet– fler avhopp förväntas
- 6% har fått dispens

Egen verksamhet

- resultatenheter – läkargrupper

Inlett diskussioner om lokalt kollektivavtal

Samverkansorgan inrättat

- politisk ledning

Problem

Olika huvudmän/finansiärer för husläkare och försäkringskasseanslutna allmänläkare

Områdesbaserade resursfördelningen grundat på små områden är till fördel för den offentliga verksamheten

Jourorganisation – avtal med MLL

Kalmar läns landsting

Riktlinjer–Policy

Vidgat åtagande med BVC

Kapitationsersättning

- viktad med ålder samt glesbygd
- exkl. hyra och med. service

Listningserbjudandet

- fritt val av samtliga husläkare
- passiv listning i förhållande till utfallet av aktiv listning.

Samrådsorgan inrättat

- politisk ledning

Ekonomi utgående från 1993 års primärvårdsram

Differentierade vårdavgifter

Resultat

Reformen genomförd våren 1994

Listningsutfall

- 83% valt aktivt
- 20% valt privat husläkare
- endast 200 invånare har aktivt tackat nej
- flertalet har valt husläkare nära bostaden

Behovet av husläkare täckt

- viss geografisk obalans
- 19% privata husläkare
- Samtliga försäkringskasseanslutna har övergått till husläkar-systemet

Offentliga husläkare – balansenheter

Tillgängligheten och kontinuiteten har ökat med reformen

Problem

Jourverksamheten

- krav att jourorganisationen planeras i samråd med landstinget, för möjlig samverkan med sjukhusen o trygghet.

Passiv listning

- till offentligt anställda husläkare med uppnådda 3000 aktiva val.

Ersättningen

- olika principer för hyreskostnaderna

Patientavgifterna

- att aktivt ha avstått medför högre avgift och sämre tillgänglighet

Krav

- grupp-praktik om minst 2 husläkare önskvärt

Kronobergs läns landsting

Riktlinjer – Policy

Grundåtagande enligt lagen förutsätter därutöver särskild sköterskemottagning

Kapitationsersättning

- viktad ålder
- inkl. hyreskostnad
- exkl. med service

Listningserbjudandet

- genomfört redan 1992
- bygger enbart på aktiv listning

1993 års primärvårdsram utgångspunkt

Ej differentierade vårdavgifter

Anslutningen till systemet ska byggas på avtal

Resultat

Lokalt "husläkarsystem" infördes redan 1992

Listningsutfall

- erbjudande om att välja dels 1992 samt i sept/okt 1993
- enbart offentliga läkare
- 63 % aktivt valt husläkare

Tillgången på husläkare

- väl utbyggd primärvård redan innan reformen
- endast en privat husläkare har etablerat sig

Samrådsorgan ej inrättat

Neutralitetsaspekten

- ingen förändring av den egna organisationen

Problem

Kronobergsmodellen bygger helt på aktiv listning som genomfördes redan 1992 och omfattar enbart offentligt anställda läkare

Egna organisationen resultatenheter först 1995

Kontrakt/avtal krävs för anslutning av läkare till systemet

Krav att samtliga husläkare ska ingå i landstingets jourorganisation

Ekonomiska utrymmet för den passiva listningen enbart fördelat på vårdcentralerna

HUSLÄKAR-

DELEGATIONEN

Bilaga 4

Datum

Diariennr

Tjänsteställe, handläggare, telefon direkt

Sekretariatet

Ann-Margret Widén, 046-15 31 44

1994-04-11

Ert datum

Er beteckning

Regeringen

Att: Socialdepartementet

103 33 STOCKHOLM

Dispensregler enligt förordningen om behörighet som husläkare (SFS 1993:594)

Trots vissa förbättringar av läkarförsörjningen inom primärvården under senare tid pekade förhållandena inför husläkarreformens genomförande på att kravet på specialistkompetens i allmänmedicin krävde ett tillskott av allmänläkare i varje fall i det korta tidsperspektivet.

I regeringens proposition om husläkare m.m. (1992/93:160) förordades därför att det skulle finnas möjligheter att ge dispens för läkare inom andra specialiteter än allmänmedicin, som inom sitt ämnesområde är kliniskt verksamma med direkt patientarbete, att vara verksamma som husläkare.

Socialutskottet delade uppfattningen att en husläkare bör vara specialist i allmänmedicin, men förordade att dispensgivningen bör vara mer generös än vad som antydde i propositionen.

Regeringen har i förordningen om behörighet som husläkare (SFS 1993:594) fastställt bestämmelser om sådana undantag. I denna fastställs att läkare med annan specialistkompetens som tidigare av Socialstyrelsen förklarats behörig att inneha tjänst som distriktsläkare i allmänmedicin har rätt att vara verksam som husläkare. Därutöver ges Socialstyrelsen möjlighet att efter ansökan medge att andra läkare får vara verksamma som husläkare. Ett sådant medgivande kan vara permanent eller tidsbegränsat och i så fall förenat med krav på kompletterande utbildning.

Husläkardelegationen har i enlighet med kommittédirektiven att särskilt följa och bedöma reformens effekter på fördelningen av husläkare och andra läkare över landet.

Delegationen har vidare i uppdrag att lämna förslag till åtgärder om husläkarreformen inte leder till att obalanserna i läkartillgången minskar.

Som nämnts ovan har primärvården haft svårt att rekrytera och behålla läkare. I en enkät som Landstingsförbundet genomförde i november 1991 visade det sig emellertid att vid de enheter där man infört någon form av "listsysteem", lyckades man rekrytera de läkare man behövde. Införandet av husläkarsystem ansågs därför av många vara ett sätt att göra allmänläkaryrket mer lockande.

Hittillsvarande erfarenheter tyder, som framkommer nedan, på att dessa förhoppningar redan infriats.

År 1991 var ca **2400** specialister i allmänmedicin verksamma som distriktsläkare, ca **500** arbetade inom företagshälsovården och ca **330** var privatpraktiserande med försäkringskasseanslutning. Dessutom fanns det ytterligare ca **210** privatpraktiserande som hade s.k. dubbelspecialistkompetens. Samma år var det ytterligare drygt **800** läkare som var verksamma som distriktsläkare men som hade annan specialistkompetens än allmänmedicin.

Av Landstingsförbundets enkät till samtliga sjukvårdshuvudmän, som genomfördes vid årsskiftet 1993/94, framkommer att totalt avser **4066** läkare vara verksamma som husläkare. Därtill kommer samtliga offentligt anställda distriktsläkare i såväl Malmö kommun som Malmöhus läns landsting samt det totala antalet i Jämtlands läns landsting, som i dagsläget uppgår till **320**. Den totala tillgången i landet är således **4386**.

Det finns således tecken som tyder på att behovet av husläkare i landet redan är täckt. En uppgift som bekräftas av samtliga huvudmän som uppgivit att man totalt har tillräckligt med läkare för att tillgodose befolkningens behov av husläkare. Inom vissa landsting t ex Landstinget Sörmland, Landstinget Gävleborg, Kalmar läns landsting, Stockholms läns landsting samt Västerbottens läns landsting finns dock geografiska skillnader dvs antalet läkare räcker generellt men inom har vissa områden finns det brist på läkare. Vidare befarar bl a Uppsala läns landsting, Kristianstads läns landsting samt Blekinge läns landsting att man får ett överskott på husläkare.

Totalt har **293** läkare med dispens anmält intresse för husläkarverksamheten, vilket motsvarar ca 7 % av det totala antalet anmälda husläkare. I vilken omfattning dessa läkare är offentligt anställda eller

kommer att verka som privata husläkare är i dagsläget ej klart utan kräver närmare kartläggning.

Bland de läkare som erhållit dispens finns de FV/ST- läkare som beräknas avsluta sin specialistutbildning i allmänmedicin inom en nära framtid. Dessa läkare har nämligen kunnat få dispens att vara verksamma som husläkare intill utgången av 1994 om de kan göra troligt att de kommer att uppnå specialistkompetens inom denna tidsrymd.

Hur många av FV/ST- läkare som utnyttjat denna möjlighet är i dagsläget osäkert, men sannolikt rör det sig om högst en tredjedel av det totala antalet, som i september 1993 uppgick till minst **700**.

Utvecklingen tyder således på att flertalet av de FV/ST- läkare som för närvarande befinner sig under utbildning kommer att få svårt att finna sysselsättning som husläkare. En farhåga som delas av många sjukvårdshuvudmän.

Med hänsyn till att utvecklingen *dels* tyder på att behovet av husläkare i landet redan är täckt *dels* att större delen av de FV/ST- läkare i allmänmedicin som idag genomgår utbildning kommer att få svårt att finna sysselsättning som husläkare aktualiserades frågan om generös dispensgivning vid husläkardelegationens föregående sammanträde.

Husläkardelegationen var härvid av uppfattningen att det fanns skäl att redan nu upphäva övergångsbestämmelserna. Delegationens beslut framgår av bifogat protokollsutdrag.

Med hänvisning till ovanstående hemställer husläkardelegationen om att Regeringen måtte skärpa dispensreglerna enligt förordningen om behörighet som husläkare (SFS 1993:594).

HUSLÄKARDELEGATIONEN

Lars Walberg
Ordförande

Ann-Margret Widén
Huvudsekreterare

Frågan om att upphäva lagen om husläkare

Med anledning av vissa motioner diskuterade riksdagen under våren 1994 frågan om att upphäva lagen om husläkare. I betänkandet 1993/94:SoU20 Socialpolitik – inriktning och anslag anförde Socialutskottet följande:

"Utskottet anser att husläkarsystemet slår sönder primärvården. Landstingen är skyldiga att finansiera och administrera systemet men kan inte längre fördela läkarresurserna efter behov och därmed inte heller garantera en fullgod service. Det förebyggande arbetet kommer därmed i andra hand. Vårdcentralernas områdesansvar och lagarbete bryts nu upp som en följd av husläkarsystemet. Vårdlagen splittras på många små läkarmottagningar. Distriktssköterskor, undersköterskor och andra personalgrupper, som hittills svarat för huvuddelen av det förebyggande arbetet, blir färre och ges en mindre självständig roll. På många håll sker nedläggningar av mödravårds- och barnavårdscentraler. Uppsplittningen av primärvården ger också sämre förutsättningar för samarbete mellan sjukhusen och primärvården. Kunskapsutvecklingen kommer att hämmas och patientsäkerheten försämras. För den enskilde minskas valfriheten.

Varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud. Det finns, enligt utskottet, inga skäl att lagstiftningsvägen centralstyra och detaljreglera landstingens primärvård. De delar av husläkarlagen som handlar om ersättningsprinciper, listning och läkarnas fria etableringsrätt leder enligt utskottet till ökade kostnader, krångel och byråkrati. Det viktiga är att garantera den enskildes rätt till kontinuitet i sin läkarkontakt, en fast läkarkontakt, inte läkarens rätt att etablera sig som husläkare. Kontinuiteten mellan den enskilde och vårdpersonalen är ett av de viktigaste även i det förebyggande arbetet. En förtroendefull kontakt mellan patient och läkare blir då möjlig.

Utskottet anser att primärvården bör utvecklas. Härigenom skulle en individuellt anpassad sjukvård för att kunna säkerställas. Förutsättningar bör skapas för förebyggande insatser på arbetsplatsen, i skolan och i bostadsområdet. Vårdcentralerna bör vara navet i primärvården.

Utskottet anser mot denna bakgrund att lagen om husläkare bör upphävas. Regeringen bör snarast återkomma till riksdagen med förslag till hur en avveckling bör genomföras."

Vid sin behandling av Socialutskottets betänkande beslutade regeringen att som sin mening ge regeringen tillkänna vad utskottet anfört (rskr. 1993/94:248).



Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

1. Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. Fi.
2. Kommunerna, Landstingen och Europa + Bilagedel. C.
3. Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. S.
4. Vapenlagen och EG. Ju.
5. Kriminalvård och psykiatri. Ju.
6. Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. Fi.
7. EU, EES och miljön. M.
8. Historiskt vägval – Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. UD.
9. Förmelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. Ku.
10. Anslutning till EU – Förslag till övergripande lagstiftning. UD.
11. Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. SB.
12. Suveränitet och demokrati + bilagedel med expertuppsatser. UD.
13. JIK-metoden, m.m. Fi.
14. Konsumentpolitik i en ny tid. C.
15. På väg. K.
16. Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark. Kartläggning och åtgärdsförslag. M.
17. Års- och koncernredovisning enligt EG-direktiv. Del I och II. Ju.
18. Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. C.
19. Rena roller i biståndet – styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. UD.
20. Reformerat pensionssystem. S.
21. Reformerat pensionssystem. Bilaga A. Kostnader och individeffekter. S.
22. Reformerat pensionssystem. Bilaga B. Kvinnors ATP och avtalspensioner. S.
23. Förvalta bostäder. Ju.
24. Svensk alkoholpolitik – en strategi för framtiden. S.
25. Svensk alkoholpolitik – bakgrund och nuläge. S.
26. Att förebygga alkoholproblem. S.
27. Vård av alkoholmissbrukare. S.
28. Kvinnor och alkohol. S.
29. Barn – Föräldrar – Alkohol. S.
30. Vallagen. Ju.
31. Vissa mervärdesskattefrågor III – Kultur m.m. Fi.
32. Mycket Under Samma Tak. C.
33. Vandelns betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. Ku.
34. Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. Ku.
35. Vår andes stämma – och andras. Kulturpolitik och internationalisering. Ku.
36. Miljö och fysisk planering. M.
37. Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. UD.
38. Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. UD.
39. Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. S.
40. Långsiktig strålskyddsforskning. M.
41. Ledighetslagstiftningen – en översyn. A.
42. Staten och trossamfunden. C.
43. Uppskattad sysselsättning – om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. Fi.
44. Folkbokföringsuppgifterna i samhället. Fi.
45. Grunden för livslångt lärande. U.
46. Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. S.
47. Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. U.
48. Kunskap för utveckling + bilagedel. A.
49. Utrikessekretessen. Ju.
50. Allemanssparandet – en översyn. Fi.
51. Minne och bildning. Museernas uppdrag och organisation + bilagedel. Ku.
52. Teaterns roller. Ku.
53. Mästarbrev för hantverkare. Ku.
54. Utvärdering av praxis i asylärenden. Ku.
55. Rätten till ratten – reformerat bilstöd. S.
56. Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. S.
57. Beskattnings av fastigheter, del II – Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. Fi.
58. 6 Juni Nationaldagen. Ju.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. M.
59. Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. M.
60. Särskilda skäl – utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. Ku.
61. Pantbankernas kreditgivning. N.
62. Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi.
63. Personnummer – integritet och effektivitet. Ju.
64. Med raps i tankarna? M.
65. Statistik och integritet, del 2 – Lag om personregister för officiell statistik m.m. Fi.
66. Finansiella tjänster i förändring. Fi.
67. Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. Fö.
68. Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. Fi.

Statens offentliga utredningar 1994

Kronologisk förteckning

69. On the General Principles of Environment Protection. M.
 70. Inomkommunal utjämning. Fi.
 71. Om intyg och utlåndan som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen. S.
 72. Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension – förutsättningar och erfarenheter. S.
 73. Ungdomars välfärd och värderingar – en undersökning om levnadsvillkor, livsstil och attityder. C.
 74. Punktskatterna och EG. Fi.
 75. Patientskadelag. C.
 76. Trade and the Environment – towards a sustainable playing field. M.
 77. Tillvarons trösklar. C.
 78. Citytunneln i Malmö. K.
 79. Allmänhetens bankombudsman. Fi.
 80. Iakttagelser under en reform – Lägesrapport från Resursberedningens uppföljning vid sex universitet och högskolor av det nya resurstilldelningssystemet för grundläggande högskoleutbildning. U.
 81. Ny lag om skiljeförfarande. Ju.
 82. Förstärkta miljöinsatser i jordbruket – svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. Jo.
 83. Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar. EU och den svenska arbetsrätten. A.
 84. Samvetsklausul inom högskoleutbildningen. U.
 85. Ny lag om skatt på energi.
En teknisk översyn och EG-anpassning.
– Motiv. Del I.
– Författningstext och bilagor. Del II. Fi.
 86. Teknologi och vårdkonsumtion inom slutna somatisk korttidsvård 1981-2001. S.
 87. Nya tidpunkter för redovisning och betalning av skatter och avgifter. Fi.
 88. Mervärdesskatten och EG. Fi.
 89. Tullagstiftningen och EG. Fi.
 90. Kart- och fastighetsverksamhet – finansiering, samordning och författningsreglering. M.
 91. Trafiken och koldioxiderna – Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. K.
 92. Miljözoner för trafik i tätorter. K.
 93. Levande skärgårdar. Jo.
 94. Dagspressen i 1990-talets medielandskap. Ku.
 95. En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. S.
 96. Följlagstiftning till miljöbalken. M.
 97. Reglering av vattenuttag ur enskilda brunnar. M.
 98. Beskattning av förmåner. Fi.
 99. Domaren i Sverige inför framtiden – utgångspunkter för fortsatt utredningsarbete. Del A+B. Ju.
 100. Beskattningen vid gränsöverskridande omstruktureringar inom EG, m.m. Fi.
 101. Höj ribban!
Lärarkompetens för yrkesutbildning. U.
 102. Analys och utvärdering av bistånd. UD.
 103. Studiemedelsfinansierad polisutbildning. Ju.
 104. PVC - en plan för att undvika miljöpåverkan. M.
 105. Ny lagstiftning om radio och TV. Ku.
 106. Sjöarbetstid. K.
 107. Säkrare finansiering av framtida kärnavfalls-kostnader. M.
 108. Säkrare finansiering av framtida kärnavfalls-kostnader – Underlagsrapporter. M.
 109. Tåget kommer. K.
 110. Omsorg och konkurrens. S.
 111. Bilars miljöklassning och EG. M.
 112. Konsumenterna och livsmedelskvaliteten. En studie av konsumentupplevelser. Jo.
 113. Växande råvaror. M.
 114. Avfallsfri framtid. M.
 115. Sjukvårdsreformer i andra länder. S.
 116. Skyldighet att lagra olja och kol. N.
 117. Domstolsprövning av förvaltningsärenden. Ju.
 118. Informationsteknologin-Vingar åt människans förmåga. SB.
 119. Livsmedelspolitik för konsumenterna. – Reformen som kom av sig. Jo.
 120. Finansiell leasing av lös egendom. Ju.
 121. Bosparande. Fi.
 122. Trygghet mot brott i lokalsamhället. Kartläggning, principiella synpunkter och förslag. Ju.
 123. Miljöombudsman. M.
 124. Varu- och personkontroll vid EU:s yttre gräns. Ju.
 125. Samordnad insamling av miljödata. K.
 126. Husläkarreformens första halvår. S.
-

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

Om kriget kommit... Förberedelser för mottagande av militärt bistånd 1949-1969 + Bilagedel. [11]
Informationsteknologi
-Vingar åt människans förmåga. [118]

Justitiedepartementet

Vapenlagen och EG [4]
Kriminalvård och psykiatri. [5]
Ärs- och koncernredovisning enligt EG-direktiv.
Del I och II. Ju. [17]
Förvalta bostäder. [23]
Vallagen. [30]
Utrikessekretessen. [49]
6 Juni Nationaldagen. [58]
Personnummer - integritet och effektivitet. [63]
Ny lag om skiljeförfarande. [81]
Domaren i Sverige inför framtiden
- utgångspunkter för fortsatt utredningsarbete.
Del A + B. [99]
Studiemedelsfinansierad polisutbildning. [103]
Domstolsprövning av förvaltningsärenden. [117]
Finansiell leasing av lös egendom. [120]
Trygghet mot brott i lokalsamhället. Kartläggning,
principiella synpunkter och förslag. [122]
Varu- och personkontroll vid EU:s yttre gräns. [124]

Utrikesdepartementet

Historiskt vägval - Följderna för Sverige i utrikes- och säkerhetspolitiskt hänseende av att bli, respektive inte bli medlem i Europeiska unionen. [8]
Anslutning till EU - Förslag till övergripande lagstiftning. [10]
Suveränitet och demokrati
+ bilagedel med expertuppsatser. [12]
Rena roller i biståndet - styrning och arbetsfördelning i en effektiv biståndsförvaltning. [19]
Sexualupplysning och reproduktiv hälsa under 1900-talet i Sverige. [37]
Kvinnor, barn och arbete i Sverige 1850-1993. [38]
Analys och utvärdering av bistånd. [102]

Försvarsdepartementet

Räddningstjänst i samverkan och på entreprenad. [67]

Socialdepartementet

Mäns föreställningar om kvinnor och chefskap. [3]
Reformerat pensionssystem. [20]
Reformerat pensionssystem. Bilaga A.
Kostnader och individeffekter. [21]

Reformerat pensionssystem. Bilaga B.
Kvinnors ATP och avtalspensioner. [22]
Svensk alkoholpolitik - en strategi för framtiden. [24]
Svensk alkoholpolitik - bakgrund och nuläge. [25]
Att förebygga alkoholproblem. [26]
Vård av alkoholmissbrukare. [27]
Kvinnor och alkohol. [28]
Barn - Föräldrar - Alkohol. [29]
Gamla är unga som blivit äldre. Om solidaritet mellan generationerna. Europeiska äldreåret 1993. [39]
Sambandet mellan samhällsekonomi, transfereringar och socialbidrag. [46]
Rätten till ratten - reformerat bilstöd. [55]
Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats. [56]
Om intyg och utlåtanden som utfärdas av hälso- och sjukvårdspersonal i yrkesutövningen. [71]
Sjukpenning, arbetsskada och förtidspension - förutsättningar och erfarenheter. [72]
Teknologi och vårdkonsumtion inom slutet somatisk korttidsvård 1981-2001. [86]
En allmän sjukvårdsförsäkring i offentlig regi. [95]
Omsorg och konkurrens. [110]
Sjukvårdsreformer i andra länder. [115]
Husläkarreformens första halvår. [126]

Kommunikationsdepartementet

På väg. [15]
Citytunneln i Malmö. [78]
Trafiken och koldioxiderna - Principer för att minska trafikens koldioxidutsläpp. [91]
Miljözoner för trafik i tätorter. [92]
Sjöarbetstid. [106]
Tåget kommer. [109]
Samordnad insamling av miljödata. [125]

Finansdepartementet

Ändrad ansvarsfördelning för den statliga statistiken. [1]
Sverige och Europa. En samhällsekonomisk konsekvensanalys. [6]
JIK-metoden, m.m. [13]
Vissa mervärdesskattefrågor III - Kultur m.m. [31]
Uppskattad sysselsättning - om skatternas betydelse för den privata tjänstesektorn. [43]
Folkbokföringsuppgifterna i samhället. [44]
Allemanssparendet - en översyn. [50]
Beskattnings av fastigheter, del II - Principiella utgångspunkter för beskattning av fastigheter m.m. [57]
Rationaliserad fastighetstaxering, del I. Fi. [62]
Statistik och integritet, del 2
- Lag om personregister för officiell statistik m.m. [65]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Finansiella tjänster i förändring. [66]
Otillbörlig kurspåverkan och vissa insiderfrågor. [68]
Inomkommunal utjämning. [70]
Punktskatterna och EG. [74]
Allmänhetens bankombudsman. [79]
Ny lag om skatt på energi.
En teknisk översyn och EG-anpassning.
– Motiv. Del I.
– Författningstext och bilagor. Del II. [85]
Nya tidpunkter för redovisning och betalning av skatter och avgifter. [87]
Mervärdesskatten och EG. [88]
Tullagstiftningen och EG. [89]
Beskattning av förmåner. [98]
Beskattningen vid gränsöverskridande omstruktureringar inom EG, m.m. [100]
Bosparande. [121]

Utbildningsdepartementet

Grunden för livslångt lärande. [45]
Avveckling av den obligatoriska anslutningen till studentkårer och nationer. [47]
Iakttagelser under en reform – Lägesrapport från Resursberedningens uppföljning vid sex universitet och högskolor av det nya resurstilldelningssystemet för grundläggande högskoleutbildning. [80]
Samvetsklausul inom högskoleutbildningen. [84]
Höj ribban!
Lärar kompetens för yrkesutbildning. [101]

Jordbruksdepartementet

Förstärkta miljöinsatser i jordbruket
– svensk tillämpning av EG:s miljöprogram. [82]
Levande skärgårdar. [93]
Konsumenterna och livsmedelskvaliteten.
En studie av konsumentupplevelser. [112]
Livsmedelspolitik för konsumenterna.
– Reformen som kom av sig. [119]

Kulturdepartementet

Förnyelse och kontinuitet – om konst och kultur i framtiden. [9]
Vandels betydelse i medborgarskapsärenden, m.m. [33]
Tekniskt utrymme för ytterligare TV-sändningar. [34]
Vår andes stämma – och andras.
Kulturpolitik och internationalisering. [35]
Minne och bildning. Museans uppdrag och organisation + bilagedel. [51]
Teaterns roller. [52]
Mästarbrev för hantverkare. [53]

Utvärdering av praxis i asylärenden. [54]
Särskilda skäl – utformning och tillämpning av 2 kap. 5 § och andra bestämmelser i utlänningslagen. [60]
Dagspressen i 1990-talets medielandskap. [94]
Ny lagstiftning om radio och TV. [105]

Näringsdepartementet

Pantbankernas kreditgivning. [61]
Skyldighet att lagra olja och kol. [116]

Arbetsmarknadsdepartementet

Ledighetslagstiftningen – en översyn [41]
Kunskap för utveckling + bilagedel. [48]
Övergång av verksamheter och kollektiva uppsägningar. EU och den svenska arbetsrätten. [83]

Civildepartementet

Kommunerna, Landstingen och Europa.
+ Bilagedel. [2]
Konsumentpolitik i en ny tid. [14]
Kvalitet i kommunal verksamhet – nationell uppföljning och utvärdering. [18]
Mycket Under Samma Tak. [32]
Staten och trossamfunden. [42]
Ungdomars välfärd och värderingar – en undersökning om levnadsvillkor, livsstil och attityder. [73]
Patientskadelag. [75]
Tillvarons trösklar. [77]

Miljö- och naturresursdepartementet

EU, EES och miljön. [7]
Skoterkörning på jordbruks- och skogsmark.
Kartläggning och åtgärdsförslag. [16]
Miljö och fysisk planering. [36]
Längsiktig strålskyddsforskning. [40]
Vilka vattendrag skall skyddas? Principer och förslag. [59]
Vilka vattendrag skall skyddas? Beskrivningar av vattenområden. [59]
Med raps i tankarna? [64]
On the General Principles of Environment Protection. [69]
Trade and the Environment – towards a sustainable playing field. [76]
Kart- och fastighetsverksamhet – finansiering, samordning och författningsreglering. [90]
Följdragstiftning till miljöbalken. [96]
Reglering av vattenuttag ur enskilda brunnar. [97]
PVC – en plan för att undvika miljöpåverkan. [104]

Statens offentliga utredningar 1994

Systematisk förteckning

Säkrare finansiering av framtida kärnavfallskostnader.

[107]

Säkrare finansiering av framtida kärnavfallskostnader

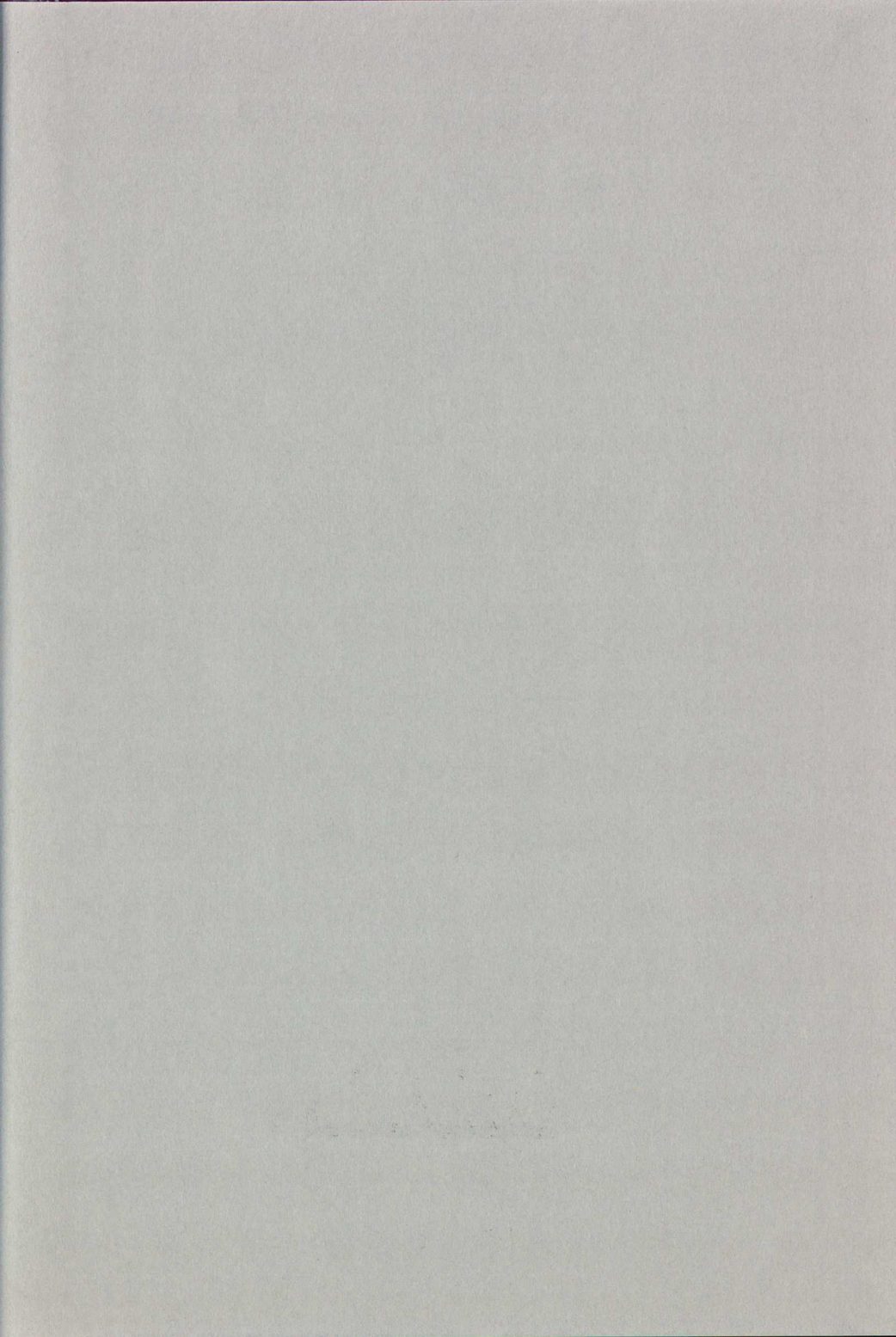
– Underlagsrapporter. [108]

Bilars miljöklassning och EG. [111]

Växande råvaror. [113]

Avfallsfri framtid. [114]

Miljöombudsman. [123]



FRITZES

POSTADRESS: 106 47 STOCKHOLM
FAX 08-20 50 21, TELEFON 690 90 90

ISBN 91-38-13793-3
ISSN 0375-250X