

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer

– *En översyn av de nationella taxorna
för läkare och sjukgymnaster*



Ur KB:s samlingar

Digitaliserad år 2015



National Library
of Sweden

Betänkande av
Utredningen om ersättningen till privata vårdgivare
Stockholm 1996

SOU 1996:91

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer

– *En översyn av de nationella taxorna
för läkare och sjukgymnaster*



Betänkande av
Utredningen om ersättningen till privata vårdgivare
Stockholm 1996

SOU 1996:91



Statens offentliga utredningar
1996:91
Socialdepartementet

A: Ref KB
acc SOU
42

Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer

- En översyn av de nationella taxorna
för läkare och sjukgymnaster

Betänkande av
Utredningen om ersättningen till privata vårdgivare
Stockholm 1996

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

Beställningsadress: Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Fax: 08-20 50 21
Telefon: 08-690 91 90

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

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

Broschyren kan beställas hos:

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

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 23 november 1995 bemyndigades dåvarande statsrådet Ingela Thalén att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att analysera konstruktionen och tillämpningen av de ersättningsprinciper som regleras i Förordning (SFS 1994:1121) om läkarvårdsersättning och Förordning (SFS 1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik. Dessutom berörs Lag om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) och Lag om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993:1652).

Chefsekonom Per Carlsson, Socialstyrelsen, utsågs den 15 december 1995 till särskild utredare. Utredningssekreterare Arvo Jääskeläinen, Malmöhus Läns Landsting utsågs till utredningens sekreterare. En expertgrupp förordnades den 20 februari 1996 att ingå i utredningen. Den har bestått av ekonom Solveig Allard-Ringborg, Landstingsförbundet, direktör Björn Ekwall, Sveriges Läkarförbund, koordinator Bo Jordin, Socialstyrelsen, departementssekreterare Yvonne Nilsson, Socialdepartementet, professor Lars A. Samuelson, Handelshögskolan i Stockholm, ombudsman Sven-Erik Skoogh, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Till sekretariatet har dessutom fil dr Göran Karlsson, Handelshögskolan i Stockholm, och privatläkaren Björn Meder, Odenplans Läkarhus, varit knutna.

Stockholm i juni 1996

Per Carlsson

/Arvo Jääskeläinen

Innehåll

<i>Sammanfattning</i>	11
<i>1 Uppdraget och arbetsformer</i>	23
1.1 Direktiven	23
1.2 De viktigaste källorna	24
1.3 Avgränsningar av uppdraget	25
1.4 Genomförda och planerade ändringar i reglerna för privata vårdgivare	26
1.5 Kort beskrivning av den nuvarande taxan	28
1.5.1 Fyra arvdestyper	28
1.5.2 Ersättningstak för kontrollera kostnaden på vårdgivarnivå	29
1.5.3 Särskilda krav på vårdgivarna	29
<i>2 Utveckling och nuvarande omfattning av privat vård</i>	31
2.1 Utbudet av privata läkare varierar i stort i landet	31
2.1.1 Nettotillskott av läkare	34
2.2 Kraftig ökning av antalet privata sjukgymnaster	34
2.3 Ett besök per invånare hos privata vårdgivare ..	36
2.3.1 Normalbesöken dominerar hos läkare ..	36
2.3.2 Besök hos sjukgymnast	39
2.4 Ersättningen till privata vårdgivare uppgår till 3 miljarder	41
2.4.1 Läkarvårdsersättning	41
2.4.2 Ersättning för sjukgymnastik	43
2.5 Slutsatser om verksamhetens omfattning 1995 ..	44
<i>3 Konsekvenser av 1994-års ersättningssystem</i> ...	45
3.1 Allmänna iakttagelser	45
3.2 Vilka är orsakerna till ökade utgifter?	46
3.3 Kraftig ökning av landstingens utgifter – men lägre än förväntat	48

3.4	Färre besök per vårdgivare	51
3.5	Effekter av taxeförändringar på den totala ersättningen	52
3.6	Högre ersättning per besök till läkare	53
3.7	Högre ersättning till sjukgymnaster per besök ..	56
3.8	Ersättningstaken minskar antalet besök och utgifterna	56
3.9	Vårdgivarnas sammanlagda ersättning	60
3.10	Slutsatser om de ekonomiska konsekvenserna ..	61
4	<i>Andra konsekvenser av de ändrade ersättnings- reglerna – En probleminventering</i>	63
4.1	Vad förutsätts ingå i normalarvodet?	63
4.2	Vilka åtgärder ger rätt till ersättning	64
4.3	Företagshälslovård leder till avgränsnings- problem	64
4.4	Vårdgivare som bedriver verksamhet i flera landsting	65
4.5	Kravet på oförändrad tjänstgöring svårt att efterleva och kontrollera	65
4.6	När skall justering av ersättningstak vid nedsatt tjänstgöringsgrad ske?	68
4.7	Svårigheter för läkarna att skaffa vikarier	68
4.8	Olika patientavgifter förvirrar	69
4.9	En justering av arvodena är påkallad	70
4.9.1	Normalarvodet	70
4.9.2	Särskilda åtgärder skall inordnas under ersättningstaken	71
4.9.3	Undantagen för födelsekontroll och samtalsterapi ifrågasätts	72
4.9.4	Kostnaden för laboratorieundersök- ningar	73
4.9.5	Uppdelning i arvodeskategorier inom sjukgymnastik kan vara styrande	73
4.9.6	Särskilt arvode för sjukgymnaster	74
4.10	Önskemål om särskilda avtal mellan lands- tingen och privata vårdgivare	74
4.11	Sjukvårdshuvudmännen önskar bättre tillgång på uppgifter om vården	75
4.12	Måttliga problem som bör lösas samordnat	75

5	<i>Teoretisk analys av olika ersättningsprinciper</i> ..	77
5.1	Ersättningssystemet skall uppfylla många mål ..	77
5.2	Vårdgivarens beteende påverkas av taxans utformning	79
5.3	Olika principer för att ersätta vårdgivaren	80
5.3.1	Ersättning efter åtgärd stimulerar till hög produktivitet men ger begränsad kostnadskontroll	81
5.3.2	Ersättning efter resursåtgång – neutral men kostsam	83
5.3.3	Ersättning efter budget innebär god kostnadskontroll men låg produktivitet	83
5.3.4	Ersättning per besök kan leda till hög produktivitet men "överkonsumtion" ..	84
5.3.5	Ersättning per behandlingsepisod – svår att praktiskt tillämpa	85
5.3.6	Vid ersättning per individ (kapitation) överförs den ekonomiska risken på vårdgivare	86
5.3.7	Ersättning efter uppnådda hälsoeffekter är en oprövad metod	87
5.4	Olika risk för "plocka russinen ur kakan"	88
5.5	Ju större kostnadsansvar desto mindre risk för kostnadsövertäring	88
5.6	Prisbildningen och ersättningsnivån	89
5.7	Ersättning efter mottagningstyp kan vara styrande	91
5.8	Kostnadskontroll och ersättning efter prestation är i konflikt	92
5.8.1	Etableringskontroll innebär en ofull- ständig totalkostnadskontroll	92
5.8.2	Ersättningstak för enskild vårdgivare kan leda till låg produktivitet	92
5.8.3	Rörligt pris innebär god utgiftskontroll men osäkerhet för vårdgivarna	93
5.9	Användning av flera ersättningsprinciper samtidigt bör övervägas	94

6	<i>Principer och erfarenheter av att ersätta privata vårdgivare i Tyskland</i>	97
6.1	Lång tradition med obligatorisk sjukförsäkring	97
6.2	Öppen sjukvård dominerad av privatläkare utanför sjukhusen	99
6.2.1	Skärpt etableringskontroll för läkare	99
6.2.2	Ramavtal på förbunds nivå mellan sjukkassor och läkare styrande	100
6.2.3	Totalkostnadskontroll med hjälp av rörligt pris	102
6.2.4	Ersättningen till enskilda läkare beräknas efter antalet punkter	102
6.2.5	Erfarenheter av kostnadskontroll genom rörligt pris	104
6.2.6	Systemtillsyn av ett årligt stickprov av läkare	107
6.3	Ersättning till privata sjukgymnaster	107
6.3.1	Sjukgymnastik som en del av fysioterapi	107
6.3.2	Läkarstyrd fysioterapi	108
6.3.3	Fri etablering tillåts om vissa krav är uppfyllda	108
6.3.4	Ersättning efter antalet åtgärder	109
6.3.5	Utgiftskontrollen för sjukgymnastik är ofullständig	109
6.4	Separering av värdering av relativa priser och fastställande av ersättningsnivån	111
7	<i>Erfarenheter från USA av ersättning efter åtgärd</i>	113
7.1	Resource based relative value scale – ett alternativt sätt att beräkna resursåtgång för läkarvård	113
7.2	Värdeskalans beståndsdelar	114
7.2.1	Läkarens arbetsinsats (TW)	114
7.2.2	Mottagningskostnad (RPC)	117
7.3	Införande av RBRVS i USA och aktuella erfarenheter	118
7.4	RBRVS sprids till andra program i USA och till andra länder	120
7.5	Slutsatser	120
8	<i>Principiella utgångspunkter vid utformning av utredningens förslag</i>	123

9	<i>Kostnadskontroll och metoder för att beräkna en ersättningsram</i>	125
9.1	Kostnadskontrollen bör skärpas	125
9.2	Olika principer för beräkning av en kostnadsram	126
9.3	Ett förslag till beräkning av ersättningsram	128
9.3.1	Ersättningsram för läkarvård	128
9.3.2	Ersättningsram för sjukgymnastik	129
9.3.3	Beräkning av ersättningsram för 1995 utifrån faktiska utfall	129
9.4	Förslag till modell för kostnadskontroll	131
10	<i>Utformning av taxorna och fastställande av arvodesnivåer</i>	135
10.1	Arvoden och ersättningstak	135
10.2	Införande av en ny specialitet i den nationella taxan	136
10.3	Kravet på genomsnittlig minimitid per besök ...	137
10.4	Särskilda åtgärder skall inordnas under ersättningstaken	138
10.4.1	Ett förslag till metod för att fastställa arvodesnivåer	139
10.4.2	Utredningens förslag till handlägg- ning av förteckning över särskilda åtgärder	141
10.5	Ny profil på taxan	142
10.5.1	Omkostnadsberäkningar	143
10.5.2	Justering av ersättningstak 1	145
10.5.3	Justering av ersättningstak 2	147
10.5.4	Kommentar	148
10.6	Bestämning av arvodesnivåer	149
10.7	Ersättning för laboratorieundersökningar	149
10.7.1	Kostnadsansvaret bör läggas på vård- givaren	150
10.8	Sammanslagning av arvodeskategorier för sjukgymnaster avråds på kort sikt	151
11	<i>Övriga förslag till åtgärder i ett kort tidsperspek- tiv</i>	153
11.1	Företagshälsovård – kontra den nationella taxan	153
11.2	Den privata vårdens ändamålsenlighet	154
11.3	Anskaffning av vikarier bör underlättas	156

11.4	Rapporteringskyldighet för vårdgivare som tjänstgör i mer än ett landsting	156
11.5	Heltidskrav och krav på oförändrad tjänstgöring	157
11.6	Justering av ersättningstak bör användas vid längre tids nedsatt tjänstgöring	158
11.7	Tillfälliga avtal om tillägg eller avsteg från den nationella taxan	159
11.8	Landstingens tillgång på information för uppföljning	159
11.9	Förstärkt ekonomisk revision och kvalitets-säkring	160
12	<i>Förslag till utveckling av ersättningssystemet på längre sikt</i>	165
12.1	Förslag till utveckling av den nationella taxan ..	165
12.2	Accepteras principerna i RBRVS-systemet bland svenska läkare?	166
12.3	RBRVS-metodik bör prövas i Sverige	168
12.4	Nya ersättningsprinciper bör prövas i begränsad skala	169
13	<i>Konsekvenser av utredningens framlagda förslag</i>	171
	<i>Referenser</i>	173
	<i>Tabellbilaga 1</i>	175

Sammanfattning

Uppdraget

Denna översyn av förordningen för läkarvårdsersättning (FOL) och förordningen om ersättning till sjukgymnaster (FOS) skall enligt direktiven:

- utvärdera hittillsvarande kostnadsökningar för den privata vården och den totala effekten av de s.k. ersättningstaken samt hur systemet tillgodoser kravet på kostnadskontroll för landstingen,
- beskriva konsekvenser av nuvarande regler för läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik, särskilt med beaktande av vårdgivarnas produktionsmönster,
- belysa hur taxorna ger incitament till behandling av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I uppdraget ingår också att redovisa principiellt alternativa sätt att ersätta privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som omfattas av de aktuella förordningarna. Även erfarenheter från relevanta ersättningssystem som används i andra länder skall inhämtas. Vidare skall ett förslag lämnas hur de nuvarande reglerna och arvodesnivåerna bör förändras.

Utgångspunkter

Utifrån en analys av dagens ersättningssystem, gjorda erfarenheter, förväntade framtida konsekvenser och system i andra länder har vi kommit fram till ett antal principiella utgångspunkter som legat till grund för utformningen av våra förslag.

- Den privata specialistläkarvården och privat sjukgymnastik skall ges sådana förutsättningar att den kan utvecklas som ett komplement till den offentligt administrerade sjukvården. Det är dock eftersträvansvärt att förhållandena mellan landstingen och privata vårdgivare fortsättningsvis regleras i avtal. I första hand skall vårdavtal väljas. Samverkansavtal är ett annat sätt.
- Det har fortfarande gått en kort tid sedan de nu gällande ersättningsreglerna infördes, vilket inte tillåter en fullständig utvärdering av effekterna. Emellertid har flera problem identifierats som behöver lösas.
- Landstingens totala utgifter för den privata vården har ökat kraftigt sedan den nya nationella taxan infördes 1994. Samtidigt har antalet vårdgivare ökat vilket är en viktig förklaring till utgiftsökningen.

Andra problem som hittills framkommit om utformningen av de nya ersättningssystemen är mindre allvarliga. Sammantaget med den korta uppföljningstiden utgör de inte grund för att rekommendera omedelbara stora förändringar av lagar och förordningar. Vissa av de gällande reglerna behöver åtgärdas med hjälp av mindre förändringar på kort och medellång sikt. Dessutom skulle en viss avreglering öka effektiviteten och underlätta samarbetet mellan parterna.

- Uppföljning och kvalitetssäkring är viktiga aspekter som behöver förbättras och samordnas med den offentliga vården. Ett ökat samarbete mellan landstingen, de privata vårdgivarna och Socialstyrelsen är angeläget inom detta område.
- Landstingens förutsättningar till totalkostnadskontroll av den privata vården är inte helt tillfredsställande. Ersättningssystemet bör därför utformas så att de totala utgifterna med en större säkerhet kan fastställas och kontrolleras på förhand av sjukvårdshuvudmännen.
- Varken den lämpligaste utgiftsramen eller de exakta arvodesnivåerna i den nationella taxan kan fastställas på vetenskaplig väg eller i detalj utredas fram. De kan endast fastställas genom politiska ställningstaganden utifrån samhällsekonomiska avvägningar eller i förhandling mellan parterna. Det krävs tydligare regler för hur en sådan förhandlingsprocess, inklusive gemensamma principer för beräkning av utgiftsramen och revidering av taxan, skall genomföras.

- Till dessa principer hör att taxan skall vara neutral, dvs ersättningen för enskilda tjänster/åtgärder skall i så liten utsträckning som möjligt påverka medicinska ställningstaganden. Ett sådant system förutsätter kontinuerliga revisioner för att anpassa ersättningen till de snabba förändringar som sker av medicinska metoder och i sjukvårdens organisation.
- Följande detaljerade förändringar i taxornas utformning föreslås:
 - Samtliga besökstyper, åtgärder, rådgivning som berättigar till ersättning enligt den nationella taxan skall så långt som möjligt likställas och från resurssynpunkt värderas i relation till varandra. Det innebär att även särskilda åtgärder, samtalsterapi, åtgärder i födelsekontrollerande syfte m.m. bör ingå i underlaget vid summering av den sammanlagda ersättningen och utgå med reducerat arvode när Ersättningstak 1 uppnåtts.
 - Arvodet för varje besökstyp eller åtgärd skall förutom läkarinsatsen täcka kostnader för annan personal, lokaler, utrustning, utbildning och material. De relativa priserna skall spegla den genomsnittliga faktiska kostnaden för vårdgivarna inom specialiteten eller yrkesgruppen.
 - För att möjliggöra differentierade ersättningsnivåer mellan vårdgivare inom respektive specialitet när arvodet för de särskilda åtgärderna inordnas under ersättningstaken, föreslås att skillnaden mellan normalarvodet och det reducerade arvodet minskas.
 - Ersättningstak 1 föreslås justeras specialitetsvis på basis av aktuella omkostnadsberäkningar. Vid fastställande av Ersättningstak 2 bör även hänsyn tas till utbetalda ersättningar under 1995 inom specialiteter med en stor andel särskilda åtgärder.
 - Då spridningen mellan arvodeskategorierna av andelen särskilda åtgärder är mindre inom sjukgymnastik finns det inte samma behov av en särskild justering av tak 2 som för vissa läkarspecialiteter. Därför föreslås att en höjning av både tak 1 och 2 sker på basis av den omkostnadsberäkning som utförts.
- Företrädare för specialiteten reumatologi har redovisat övertygande skäl för att denna specialitet skall vara föremål för någon form av förbättrade villkor. Därför föreslår vi att man tillskapar en särskild specialitetsgrupp för reumatologi i FOL.

- Det krav som finns på en genomsnittlig minimitid per besök skapar problem. Vi menar att de angivna genomsnittstiderna möjligen kan fungera som riktmärken. Landstingen har genom dessa riktmärken ett visst stöd för att ta initiativ till revisioner när antalet besök eller storleken på utbetalningarna avviker kraftigt från det förväntade antalet besök. Uppföljning och styrning av vårdens kvalitet bör i första hand ske med hjälp av reguljär kvalitetssäkring och medicinsk revision av sakkunniga inom respektive specialitet.
- Läkaryrskostnadsersättningen innefattar betalning för kliniska laboratorieundersökningar som anges i en särskild bilaga och för provtagning för laboratorieundersökningar oavsett om provtagningen eller undersökningen utförs av läkaren eller av laboratorium anvisat av sjukvårdshuvudmannen. Då detta skapat administrativa problem föreslår vi ett förtydligande i FOL. I det fall provtagning av en ej angiven analys är *medicinskt motiverad* att ske vid ett offentligt laboratorium, svarar sjukvårdshuvudmannen för såväl provtagningskostnaden som för kostnaden för sådan laboratorieundersökning.
- Vi har av effektivitetsskäl ifrågasatt att de privata vårdgivarna skall ha tillgång till kostnadsfria laboratorieanalyser. Det är högst rimligt att de undersökningar som en privatläkare beställer som ett led i sin egen handläggning av ett patientfall också betalas av läkaren. Den som beställer en tjänst bör rimligen också ha kostnadsansvaret. De administrativa kostnaderna för att driva ett sådant system riskerar dock att bli högre än vad man vinner i effektivitet. Hur förhållandet mellan för- och nackdelar exakt ser ut vet vi inte för närvarande. Vi föreslår att förutsättningarna att inkludera kostnaden för laboratorieundersökningar i läkarnas arvoden och att tillskapa kostnadseffektiva debiteringsrutiner mellan läkarna och laboratorierna utreds ytterligare. En övergång till ett sådant system förutsätter en viss höjning av läkarens arvoden.

Utgiftskontroll

- Ett viktigt villkor vid utformning av ersättningssystem i hälso- och sjukvården är alltid att finansören skall kunna kontrollera de totala kostnaderna. När prestationersättning används är pro-

blemet att kunna kontrollera totalkostnaden särskilt stort. Under de närmaste åren kvarstår en viss osäkerhet kring effekterna av individuella ersättningstak och antalet vårdgivare som kommer att erhålla ersättning från den nationella taxan. Vi föreslår därför att totalkostnadskontrollen i taxan skärps. Detta bör ske på så sätt att parterna kommer överens om en årlig kostnadsram för de vårdgivare som är verksamma enligt den nationella taxan. Därefter fastställs arvodet på basis av kända volymer. Efter justering av ersättningsramen enligt förutbestämda kriterier höjs eller sänks ramen inför påföljande år. Att istället använda en metod med rörligt pris, som bestäms i efterhand, skall inte uteslutas.

Utformning av taxan och arvodesnivåer

- Vi har gjort en samlad bedömning av de synpunkter som inkommit rörande olika arvodestyper, arvodesnivåer och ersättnings-taken. En viktig utgångspunkt är kravet att taxan skall vara så neutral som möjlig. För det andra skall taxan ge en rimlig ersättning till vårdgivarna. Ett grundläggande problem i detta avseende är att den totala ersättningen och omkostnaderna varierar stort mellan enskilda vårdgivare inom samma specialitet eller arvodes-kategori. Detta problem accentueras när beslutet att inordna de särskilda åtgärderna under ersättningstaken träder i kraft vid årsskiftet 1996/97.
- Fastställande av relativa priser för vårdtjänster (besök, åtgärder) bör ske separat från fastställande av arvodesnivåer. Den medicinska professionen bör ges ett ökat ansvar för framtagningen av de relativa priserna. Det är eftersträfvansvärt att parterna själva svarar för verkställandet av lagen om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik i förhandlingar. De nuvarande förordningarna om den nationella taxan borde ersättas av ett mer flexibelt styrinstrument.
- Effektiviteten i dagens ersättningssystem kan förbättras. Detta kräver antagligen större förändringar och att ett långsiktigt utvecklingsarbete initieras. Ett gemensamt värderingssystem av medicinska åtgärder skulle underlätta jämförelser av kostnader och prestationer mellan olika sektorer. Utvecklingen av ett nytt system för ersättning av sjukvårdstjänster i öppen vård bör därför

samordnas med liknande utvecklingsarbete i den offentliga vården.

Förslag rörande ersättningstaken

- För att underlätta kontrollen av ersättningstak när vårdgivare är verksamma i två eller flera landsting föreslås en utvidgad rapporteringsskyldighet för vårdgivarna.
- Kravet på att vårdgivarna skall vara heltidsverksamma tillkom i samband med att rätten till fri etablering infördes. Regeringen önskade genom denna paragraf reglera etableringen av nya privata vårdgivare och stödja utvecklingen av hög kompetens och god kontinuitet. Nackdelarna med regeln är betydande. Den leder till en detaljreglering som i enskilda fall uppfattas omotiverad och är svårkontrollerad. Dessutom kan kravet på heltidsverksamhet vara i konflikt med andra mål, t ex att kontrollera den totala kostnaden och kostnadseffektiviteten. Sedan den fria etableringen upphört att gälla styrs etablering av nya privata vårdgivare genom samverkansavtal mellan dessa och sjukvårdshuvudmannen vilket ytterligare talar emot denna detaljreglering.
- Vi bedömer att de administrativa problemen vid tillämpningen av regeln i 6 § FOL/FOS, som innebär att ersättningstaken skall reduceras med 70 procent av nedsatt tjänstgöring i förhållande till heltid, är av övergående natur. Vi har tolkat att regeln skall användas vid planerad permanent och långsiktig deltidssverksamhet som sträcker sig över flera månader.

Uppföljning, kvalitetsarbete och tillsyn

- Landstingen har utökade behov av information för att kunna kontrollera riktigheten i inkommande krav på ersättning från läkare och sjukgymnaster. Dessa behov kan komma i konflikt med krav på sekretess och skyddande av patienternas integritet. Med tanke på att den privata vården för många patienter kan utgöra ett vårdalternativ, som man aktivt valt, till den landstingsdrivna vården, vore det antagligen olämpligt att landstinget skall

ha rutinmässig tillgång på journalinformation i enskilda fall. Med hjälp av aggregerad information om individuella produktionsmönster kan landstinget ta initiativ till utredningar när sådana anses påkallade.

- Utredningen föreslår en skärpning av andra metoder för kvalitetssäkring och tillsyn. Detta fordrar ett fördjupat samarbete mellan Socialstyrelsen, privata vårdgivare och landstingen.

Gränsdragningar

- Det förekommer gränsdragningsproblem gentemot andra verksamheter. Ett sådant exempel gäller avgränsningen mellan den sjukvård som ges inom ramen för den nationella taxan och företagshälsovård som inte omfattas av den nationella läkarvårds- respektive sjukgymnastikersättningen. Det bör därför anges i lagen att företagshälsovård ej berättigar till ersättning från den nationella taxan. Dessutom bör landstingen ges rätten att kräva att de privata vårdgivarna deklarerar vilka övriga engagemang de har i näraliggande områden vid sidan av den nationella taxan. Till att börja med föreslås att landstingen i samarbete med Socialstyrelsen utnyttjar och vidareutvecklar rapporteringen i verksamhetsbeskrivningarna för detta ändamål.
- Begreppet läkarvård i 3 § LOL är ej entydigt och det finns olika tolkningar bland vårdgivare och landstingsföreträdare om vilka åtgärder som berättigar till ersättning enligt den nationella taxan. Avgränsningar av hälso- och sjukvård gentemot näraliggande verksamheter är komplicerat och måste bygga på en etablerad praxis. En tydligare definition av begreppet läkarvård skulle kunna vara ett stöd när det förekommer tveksamma fall av ersättningskrav. Vi anser att det är mer relevant att ställa sig frågan om den givna vården är ändamålsenlig eller ej vid en bedömning om den skall berättiga till ersättning enligt LOL. Om en åtgärd är ändamålsenlig eller ej är situationsberoende och förändras med tiden i takt med den medicinska utvecklingen. Det innebär att frågan om åtgärdens ändamålsenlighet endast kan fastställas vid varje tidpunkt i ljuset av aktuellt kunskapsläge och etablerad praxis. Därför är det lämpligt att kravet på ändamålsenlighet tydliggörs i Lagen om läkarvårdsersättning.

Vikarier

- På grund av svårigheter bland de privata rådgivarna att skaffa vikarier bör åtgärder vidtas för att underlätta detta. För det första vill vi peka på den möjlighet som redan finns att utnyttja vårdgivare som tjänstgör på läartjänster som vikarier. Vidare har läkare och sjukgymnaster, som är anställda av landstingen rätt att vikariera vid tjänstledighet och efter inhämtande av arbetsgivarens tillstånd. Med syfte att underlätta situationen föreslår vi att vårdgivare som är fyllda 65 år efter överenskommelse med landstinget tillåts att vikariera under fyra år efter sin aktiva tjänstgöring.

Även frågan om privata vårdgivare skall tillåtas vikariera för varandra har prövats av utredningen. Vid en samlad bedömning rekommenderas att vårdgivare som är verksamma enligt lagen skall tillåtas att vikariera. Det skall ske i samråd med representer för det landsting vårdgivaren tjänstgör i. Den ersättning som utgår enligt taxan under vikariatet skall räknas in i den egna under året sammanlagda ersättningen.

Vårdavtal

- Parterna uppmanas att gemensamt utarbeta förslag till standardiserade vårdavtal där vårdgivarnas rätt att gå tillbaka till den nationella taxan vid avtalstidens slut med ett definierat samverkansavtal finns angivet. Vi bedömer att den administrativa tungroddhet som hittills varit förbundet med vårdavtal är övergående.

Utvecklingsarbete på längre sikt

- Utvecklingen av ersättningssystemet i Tyskland och USA uppvisar likheter med den nationella taxan i Sverige. I Tyskland införs individuella tak med en reducerad ersättning för vissa åtgärder. Ett annat exempel är den önskan som finns att styra läkarna mot längre personliga kontakter med hjälp av en högre

ersättning för konsultationer. Exempel på intressanta skillnader är att man i både USA och Tyskland separerat värderingen av de relativa priserna för åtgärderna (punktskattning) och fastställande av ersättningsnivåerna. Ansvaret för utformning av åtgärdslista samt värdering av relativa priser ligger på vårdgivarna. Åtgärdslistan är betydligt mer detaljerad i USA och Tyskland jämfört med Sverige. Arvodena fastställs i Tyskland efter förhandlingar mellan parterna utifrån tydliga spelregler som upprättats av Förbundsregeringen. I USA är bilden mer komplex med ett stort antal försäkringsgivare. Totalkostnadskontrollen ges numera en hög prioritet både i USA och Tyskland. I båda länderna har den totala utgiftsramen kopplats till den samhälls-ekonomiska utvecklingen. Systemet i Tyskland som innehåller ett rörligt pris, där nivån fastställs i efterhand utifrån den producerade volymen, skiljer sig från ersättningssystemen i de flesta andra länder.

- En teoretisk analys och internationella erfarenheter visar att det inte finns någon ersättningsprincip som i alla avseenden är överlägset alla andra principer. Det kan därför finnas skäl att överväga i vad mån man bör tillämpa flera ersättningsprinciper samtidigt för olika specialiteter och/eller diagnoser i sjukvården. Det är dock viktigt att den enhet som skall ersättas entydigt går att definiera och att det inte är alltför stor spridning i den förväntade kostnaden för enheten i fråga. Idealt bör den enhet som ersätts vara definierad i termer av det slutliga målet för behandlingen. Teoretiskt borde ersättningen baseras på uppnådda hälsomål. Tyvärr finns det idag inga sådana mått tillgängliga. Däremot kan kapitationsprincipen tillämpas också för privata vårdgivare. För vissa kroniska sjukdomar, såsom diabetes, reumatoid artrit och grön starr, kan den privata läkaren få ett vårdansvar under en bestämd tidsperiod, t ex ett år. Ett sådant ansvar kan med fördel utvidgas till att gälla inte bara läkarens egna insatser utan också förskrivning och kostnadsansvar för läkemedel och även vissa övriga behandlingar. Delar av den psykiatriska vården skulle kunna ersättas enligt kapitationsprincipen.
- Vi bedömer att prestationsersättning i någon form är dominerande även i framtiden. Ett utvecklingsarbete av den nationella taxan bör initieras med målsättningen att utarbeta ett gemensamt system med den offentliga vården för att klassificera och värdera den relativa resursåtgången för olika åtgärder i sjukvården. En

viktig uppgift för ett sådant projekt är att definiera den åtgärdslista som är mest lämplig för svenska förhållanden. Det amerikanska RBRVS-systemet bör vara en av flera förebilder i ett sådant arbete.

Konsekvenser av taxan

Utredningen har i hög grad baserat sina förslag på den kostnads- och verksamhetsstatistik som samlats in och analyserats. Sammanfattningsvis visar resultaten på flera konsekvenser av de genomförda förändringarna under senare år.

- Utbudet av privata läkare varierar dock stort i olika delar av landet med en vårdkoncentration till de stora städerna. Det skedde ett nettotillskott på 221 ordinarie läkare mellan 1993 och 1995. Ett mycket litet antal läkare har övergått till vårdavtal. Samverkansavtal förekommer i enstaka fall. Nettotillskott av sjukgymnaster var knappt tre gånger så stort som i läkargruppen.
- Under 1995 gjordes 4 miljoner läkarbesök, varav 83 procent berättigade till normalarvode. De nyetablerade läkarna svarade för mindre än 20 procent av verksamheten. Antalet besök hos sjukgymnast var 4,6 miljoner. 71 procent var hos "gamla" sjukgymnaster etablerade före 1994.
- Landstingens totala utgift för privata vårdgivare 1995 var 2,5 miljarder kronor. Till detta skall läggas cirka 600 miljoner kronor i avgifter som betalats av patienterna direkt till vårdgivarna. Vi har funnit att landstingens totala utgifter 1995 var cirka 770 miljoner (44 procent) högre än 1993 men cirka 500 miljoner kronor lägre än vad sjukvårdshuvudmännen förväntade sig i sina ekonomiska prognoser.
- Effekten på den totala kostnaden av förändringarna i taxan, dvs. när ersättningen till vårdgivare som varit verksamma både tiden före och efter införandet av den nya taxan har jämförts. Resultatet tyder på en ersättningsökning mellan 1993 och 1995 i storleksordningen 25–35 procent.
- Antalet besök per vårdgivare har minskat sedan införande av den nya taxan. Samtidigt har ersättningen per besök ökat kraftigt med 35 procent för läkare och 43 procent för sjukgymnaster. Denna utveckling skulle kunna tyda på att den privata vårdens kvalitet

och resultat förbättrats i linje med den dåvarande regeringens intentioner med taxans konstruktion och arvodeshöjningar. Det kan dock inte uteslutas att den kraftiga arvodeshöjningen i kombination med införande av prestationsdämpande individuella ersättningstak också minskat produktiviteten. Detta styrks av att vårdgivare som uppnått Ersättningstak 1 under 1995 hade en lägre produktion än de som ej nådde Ersättningstak 1 under det andra halvåret. Produktionsmönstret visade det omvända förhållandet under det första halvåret. Skillnaderna är dock små.

1 Uppdraget och arbetsformer

1.1 Direktiven

Den öppna vård som bedrevs före 1994 i privat regi ersattes med offentlig medel när vårdgivarna var anslutna till den allmänna försäkringen eller hade tecknat vårdavtal med sjukvårdshuvudmannen. Den första januari 1994 förändrades förutsättningarna genom att lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) trädde i kraft. Samtidigt överfördes det direkta ansvaret för finansieringen av ersättningarna till privata läkare och sjukgymnaster från den allmänna försäkringen till landstingen.

Tillämpningsföreskrifter i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och förordning (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik, (FOS) som preciserar arvudet för olika sjukvårdstjänster, trädde i kraft den 1 juli 1994.

Efter ikraftträdandet av de nya taxorna har landstingens utgifter för de privata vårdgivarna ökat i förhållande till den tidigare nivån. En grundsten i den nya ersättningsmodellen var att den inte skulle vara lika kostnadsdrivande som de dåvarande taxorna för att landstingen skulle få bättre möjlighet att förutse kostnadsutvecklingen. De totala kostnaderna för de privata vårdgivarna skulle inte heller öka till följd av det nya systemet.

Till följd av ökade utgifter och indikationer på andra brister i taxornas konstruktion och tillämpning beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare. Denne fick i uppdrag att analysera de nya taxorna och uppkomna effekter till följd av dessa som underlag för ett ställningstagande om taxornas framtida konstruktion och ersättningsnivåer.

Enligt direktiven skall utredaren särskilt:

- utvärdera hittillsvarande kostnadsökningar och den totala effekten av de s.k. ersättningstaken samt hur ersättningssystemet tillgodoser kravet på kostnadskontroll för landstingen,

- beskriva konsekvenser av nuvarande regler för läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik, särskilt med beaktande på vårdgivarnas produktionsmönster,
- belysa hur taxorna¹ ger incitament till behandling av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I uppdraget ingår också att utredaren skall redovisa principiellt alternativa sätt att ersätta privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som omfattas av de aktuella förordningarna. Även erfarenheter från relevanta ersättningssystem som används i andra länder bör inhämtas. Utredaren skall därefter lämna ett förslag till om och i så fall hur de nuvarande reglerna och arvodesnivåerna bör förändras.

Förslag bör även ges till hur ersättningssystemen kan följas upp med avseende på kostnader, kvalitet och vårdproduktion.

Utredaren skulle redovisa sitt uppdrag till regeringen senast den 15 april 1996. Detta datum blev senare ändrat till den 15 juni 1996.

1.2 De viktigaste källorna

Utredningen baseras på primärdata som samlats in från landstingen² rörande verksamhet och kostnader för enskilda vårdgivare under 1995. Andra viktiga källor är Landstingsförbundets enkäter rörande volymer och kostnader för privata vårdgivare och Socialstyrelsens verksamhetsberättelser för läkare respektive sjukgymnaster. Dessutom har ett tiotal seminarier/möten genomförts med representanter från sjukvårdshuvudmännen, privatläkarna och sjukgymnasterna. Särskilt utsedda referensgrupper har lämnat synpunkter till utredningen och på betänkandet vid flera tillfällen. Erfarenheter av nya regler och taxan liksom synpunkter på arbetet har inhämtats via brev och inlagor som delgetts utredningen. Arbetet har hela tiden stämts

¹ Med begreppet taxa avses här i huvudsak de regler och arvodesnivåer som finns beskrivna i de aktuella förordningarna. Begreppet ersättningssystem har samma innebörd som taxa men används i mer generell mening.

² Med landsting i denna utredning avses även de tre landstingsfria kommunerna. Begreppet sjukvårdshuvudman används synonymt med landsting.

av mot den expertgrupp som stått till utredningens förfogande och som lämnat värdefulla synpunkter.

Material som beskriver aktuella omkostnader inom respektive läkarspecialitet respektive för sjukgymnaster har erhållits från Praktikertjänst AB. Berörda specialitetsföreningar har tagit fram underlag och kommenterat beräkningar av de särskilda åtgärder som ingår i läkartaxan och finns dokumenterade i en arbets PM.

Fil dr Göran Karlsson vid Handelshögskolan i Stockholm har bidragit med en teoretisk analys av det nuvarande ersättnings-systemet samt en diskussion om alternativa sätt att ersätta vårdgivare i öppen vård (se kap. 5).

Erfarenheter från ersättningssystem i andra länder har inhämtats från Tyskland och USA. Utformning och konsekvenser av reformer av ersättningssystemet till läkare och sjukgymnaster i öppen vård i Tyskland finns redovisat i en underlagsrapport som utarbetats av fil lic Per-Johan Horgby vid universitetet i Hannover (se kap. 6).

Det amerikanska ersättningssystemet för läkarvård som utnyttjas sedan 1992 inom Medicare har studerats med hjälp av professor William Hsiao vid Harvard School of Public Health i Boston. En sammanfattning och beskrivning av hur systemet tillämpas finns också dokumenterat i en underlagsrapport (se kap. 7).

1.3 Avgränsningar av uppdraget

Parallellt med denna utredning har Samverkansdelegationen mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård arbetat. Den skall bedöma utbudet vad gäller specialistläkare och sjukgymnaster i öppen vård i förhållande till resurser och vårdbehov. Vidare skall delegationen söka underlätta samverkan mellan vård i olika driftsformer.

Delegationens uppdrag och vårt tangerar varandra och gränsen har i vissa avseenden varit svår att dra. Exempelvis är frågan om privata och offentliga vårdgivare arbetar under likvärdiga villkor inte en primär frågeställning för denna utredning. Indirekt är dock ersättningsprinciperna och nivån på ersättningen viktiga för att uppnå likvärdiga villkor. I några landsting har till exempel krav på remiss införts för fortsatt vård och behandling hos annan specialistläkare i öppen vård respektive sjukgymnastik. Detta förhållande menar de privata vårdgivarna missgynnar dem ekonomiskt. I denna utredning

lämnas förslag som berör vikariatsregler, utformning av vårdavtal, kvalitetsarbete, tillsyn, m.m.

Det finns flera frågeställningar och förslag till förändringar i utredningen som skulle behöva studeras mer omfattande. Inom de tidsramar som stått till vårt förfogande har ej detta varit möjligt. Till dessa frågeställningar hör:

- Olikheter rörande avgifter vid receptförskrivning per brev eller telefon mellan privata och offentliga vårdgivare.
- Avgiftsbefrielse vid första besöket när remiss utfärdats.
- Vissa enkla åtgärder (upprepad ljusbehandling) är billigare hos offentliga vårdgivare. Likaså besök för barn på sjukhus.
- Precisering av formerna för kvalitetsutvecklingsarbetet.
- Frågan om ersättningsetablering.
- Utbetalningsrutiner från landstingen till vårdgivarna.
- Konsekvenser av remisskrav i vissa landsting.
- Arvode vid telefonrådgivning.
- Flera olika avgifter vid samma vårdtjänst hos samma läkare.

Inte heller vårdgivare som är verksamma enligt vårdavtal eller lagen om husläkare omfattas av denna utredning.

Dessutom är frågor obesvarade om samhällsekonomiska aspekter på olika vårdformer och kostnadseffektiviteten i den givna vården. För att belysa detta erfordras andra angreppssätt än vad som använts inom denna utredning vars syfte är ett annat.

1.4 Genomförda och planerade ändringar i reglerna för privata vårdgivare

Från och med 1 januari 1994 övertog sjukvårdshuvudmännen det direkta finansieringsansvaret för de privata läkare och sjukgymnaster som var berättigade att erhålla ersättning från den nationella taxan. Tidigare kostnadsfördes utbetalningarna på staten via de lokala försäkringskassorna. Under åren 1985 till 1993 har dock en summa motsvarande utbetalningarna för privata vårdgivare reducerat statsbidraget (Dagmarersättningen) till respektive sjukvårdshuvudman, vilket i praktiken inneburit att landstingen haft det egentliga finansieringsansvaret sedan mitten av 1980-talet.

1 januari 1994 infördes en möjlighet för nya vårdgivare, som landstingen fick finansieringsansvar för, att etablera sig under förutsättning att dessa hade för avsikt att bedriva läkarvård eller sjukgymnastik på heltid och i övrigt uppfyllde angivna behörighetskrav och bestämmelser. Verksamheten kunde dock inte påbörjas förrän den 1 april 1994 enligt övergångsbestämmelserna i lagen. Den 1 juli samma år infördes nya ersättningsprinciper och högre arvoden per besök.

Under hösten 1994 beslutade regeringen (prop. 1994/95:109) att den fria anslutningen till den nationella taxan skulle upphöra. Förändringen trädde i kraft den 1 januari 1995. Den motiverades med att det var nödvändigt att ge sjukvårdshuvudmännen ökade möjligheter till kostnadskontroll och bättre förutsättningar att planera hälso- och sjukvården efter lokala behov. Ändringen i lagen innebär att en etablering endast kan ske under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen träffar ett samverkansavtal med den privata vårdgivaren.

Ytterligare ett antal förändringar har genomförts eller planerats rörande ersättningen till privata läkare och sjukgymnaster:

- Den särskilda arvodeshöjningen på fem procent till vårdgivare etablerade före 1 januari 1994 slopades den 1 januari 1996.
- Vidare infördes regeln att om en vårdgivare inte bedriver verksamheten på heltid skulle gränserna för sammanlagt uppburet arvode (ersättningstak) reduceras med 70 procent av den kvotdel som arbetstiden minskat i förhållande till heltidskravet.
- Samma krav på remiss skall gälla för offentliga som privata specialistläkare respektive sjukgymnaster.
- Patientavgifterna till privatläkare och i den offentliga vården skall vara lika. Privata läkare får inte ta ut en högre avgift än vad som gäller för motsvarande vård i den offentliga vården.

Från den 1 januari 1997 kommer dessutom ersättningen för de särskilda åtgärderna att ingå i underlaget för att fastställa tidpunkten för reducerad ersättning. Vidare införs en högsta åldersgräns på 65 år för rätt till ersättning enligt den nationella taxan.

1.5 Kort beskrivning av den nuvarande taxan

1.5.1 Fyra arvodestyper

Det ersättningssystem som trädde i kraft 1 juli 1994 innehåller *tre arvodestyper*; enkelt arvode, normalt arvode och särskilt arvode. Dessutom finns ett reducerat normalarvode som utgår när vårdgivarens sammanlagda arvode överstiger det första ersättningstaket upp till ett andra ersättningstak. Därefter utgår endast patientavgiften. Ett patientbesök berättigar till en av arvodestyperna. För att höja kvaliteten i vården har man kopplat normalarvodet till ett tidskrav. I enlighet med detta räknades ersättningen fram för varje läkar-specialitet och arvodeskategori för sjukgymnastik utifrån en rimlig veckoarbetstid.

Enkelt arvode är ett lägre arvode för enklare undersökningar och behandlingar som utförs av läkaren/sjukgymnasten eller under dennes överinseende eller som ligger utanför den ordinarie verksamheten inom specialiteten. För sådana lämnas ersättning med högst 160 kr per besök för specialistläkare och 60 kr per besök för sjukgymnaster.

Normalt arvode är ett enhetligt arvode för den huvudsakliga delen av behandlingarna i verksamheten. Normalarvodet skall baseras på beräknade mottagningskostnader och en skattad årlig besöksvolym för respektive typ av vårdgivare. För specialistläkarna är normalarvodet per besök mellan 454 och 824, och för sjukgymnasterna på 206 respektive 208 kronor. Det lägre arvodet utgår till kategori B sjukgymnaster dvs. sådana som har assisterande personal.

Särskilt arvode lämnas för särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder. Det finns en förteckning över vilka typer av åtgärder som ger ersättning med särskilt arvode. För läkarspecialister ligger de särskilda arvoden mellan 975 – 2 150 kr. För sjukgymnaster lämnas särskilt arvode med högst 520 kr.

Reducerat arvode är det lägre arvode som gäller för normalbesök efter det att Ersättningstak 1 trätt i kraft (se nedan). Dessutom gäller särskilda regler för födelsekontrollerande åtgärder.

I arvodesbeloppen, som regleras i respektive förordning (FOL och FOS), ingår även patientavgiften. Den ersättning som vårdgivaren erhåller från landstinget motsvarar arvodet minus patientavgift.

1.5.2 Ersättningstak för att kontrollera kostnaden på vårdgivarnivån

Normalarvode lämnas till läkaren och vikarie under förutsättning att det sammanlagda arvodet under kalenderåret inte överstiger ett angivet belopp (Ersättningstak 1), vilket är tänkt att motsvara ersättningen för en full årsarbetstid. Ersättningstak 1 har hittills gällt för besök som ersätts med enkelt och normalt arvode. Därefter lämnas ersättning med ett reducerat arvode, motsvarande cirka 40 procent av normalarvodet, upp till Ersättningstak 2. När tak 2 uppnåtts erhåller vårdgivaren endast patientavgiften för de behandlingar som utförs under den resterande delen av kalenderåret. Arvodna för särskilda åtgärder och rådgivning i födelsekontrollerande syfte har hittills och ej ingått i beräkningsunderlaget för ersättningstaken utan ersatts med samma belopp för en åtgärd även efter det att vårdgivarens sammanlagda uppburna ersättning överskridit ersättningstaken.

1.5.3 Särskilda krav på vårdgivarna

För att vara ansluten till den nationella taxan krävs att:

- Läkare skall ha specialistkompetens och bedriva mottagningsverksamhet inom sin specialitet i öppenvård.
- Sjukgymnaster skall vara legitimerade och efter legitimationen ha tjänstgjort i offentligt finansierad verksamhet i två år, varav minst sex månader i den slutna vården eller ha motsvarande erfarenhet.
- Verksamheten skall senast ett år efter att den påbörjades bedrivas på heltid. Som heltidsverksam räknas den specialist/sjukgymnast som arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren. Ersättning lämnas dock till specialist/sjukgymnast som till följd av sjukdom eller godkända ledigheter, t.ex. vård av barn, inte bedriver verksamhet på heltid.
- Läkarpå- respektive sjukgymnast ersättning lämnas inte till vårdgivare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård.

- Efter den 1 januari 1995 lämnas ersättning endast till nytillkommande vårdgivare som har samverkansavtal med ett landsting rörande sin verksamhet.

För vårdgivare som påbörjat verksamhet under april 1994 till maj 1995 respektive de som var etablerade före 1 januari 1994 gäller ett antal övergångsbestämmelser.

2 Utveckling och nuvarande omfattning av privat öppenvård

2.1 Utbudet av privata läkare varierar stort i landet

Sammanlagt finns det cirka 30 000 läkare i Sverige. Ett fåtal av dessa är verksamma som privatläkare. Under 1995 fanns det 2 065 ordinarie läkare¹ verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning.

1 553 av dessa var redan verksamma i slutet av 1993 ("gamla") och 512 har tillkommit senare ("nya"). Uppgifterna avser antalet ordinarie läkare som varit verksamma någon gång under året.

¹ Om inte annat anges avses läkare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning

Tabell 1. Totalt antal läkare per 1000 invånare och andel nyetablerade i olika landsting, 1995.

Landsting		Antal läkare verksamma 1995				
		Gamla	Nya	Summa	Antal per 1000 inv	Andel nya %
AB	Stockholm	723	210	933	0,54	23
AC	Västerbotten	13	1	14	0,05	7
BD	Norrbotten	37	9	46	0,17	20
C	Uppsala	52	22	74	0,26	30
D	Sörmland	29	15	44	0,17	34
E	Östergötland	30	14	44	0,11	32
F	Jönköping	24	6	30	0,10	20
G	Kronoberg	18	6	24	0,13	25
H	Kalmar	10	2	12	0,05	17
I	Gotland	13	3	16	0,28	19
K	Blekinge	14	0	14	0,09	-
L	Kristianstad	29	14	43	0,15	33
M	Malmöhus	111	33	144	0,25	23
MM	Malmö	98	38	136	0,55	28
N	Halland	26	15	41	0,15	37
O	Bohus	18	7	25	0,08	28
OG	Göteborg	129	64	193	0,43	33
P	Älvsborg	24	7	31	0,07	23
R	Skaraborg	15	5	20	0,07	25
S	Värmland	36	3	39	0,14	8
T	Örebro	17	6	23	0,08	26
U	Västmanland	16	13	29	0,11	45
W	Dalarna	17	6	23	0,08	26
X	Gävleborg	30	6	36	0,12	17
Y	Västernorrland	10	4	14	0,05	29
Z	Jämtland	14	3	17	0,13	18
Summa		1 553	512	2 065	0,23	25

Källa: Landstingsförbundet 1996

Läkarna är framför allt etablerade i storstadsområdena. Mer än två tredjedelar av samtliga läkare är verksamma hos fyra av huvudmännen (Stockholm, Göteborg, Malmö samt Malmöhus). Ställt i relation till invånarantalet varierar utbudet av läkare kraftigt mellan olika delar av landet, från 0,05 läkare per 1 000 invånare (Kalmar läns landsting) till 0,55 (Malmö kommun).

Tabell 2. Antal läkare per specialitet uppdelade på "gamla" och "nya", 1995

Specialitet	Antal läkare verksamma 1995				
	Gamla	Nya	Summa	Andel %	Andel nya %
Vissa opererande specialiteter	235	74	309	15	24
Anestesi och intensivvård	22	13	35	2	37
Obstetrik och gynekologi	196	53	249	12	21
Ögonsjukdomar	96	33	129	6	26
Öron-, näs och halssjukdomar	108	37	145	7	26
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	236	119	355	17	34
Barnmedicinska specialiteter	40	22	62	3	35
Allmänmedicin	267	7	274	13	3
Hud- och könssjukdomar	68	31	99	5	31
Neurologi	21	5	26	1	19
Onkologi m.m.	5	1	6	0	17
Psykiatriska specialiteter	241	114	355	17	32
Utan specialistkompetens	18	3	21	1	14
Totalt	1553	512	2065	100	25

Källa: Landstingsförbundet 1996

I FOL delas läkarvården in i tolv specialiteter eller grupper av specialiteter. Huvuddelen av läkarna, 75 procent, är verksamma inom fem specialiteter: psykiatri, invärtesmedicin, vissa opererande specialiteter, allmänmedicin och gynekologi.

2.1.1 Nettotillskott av läkare

Sedan 1993 har 512 nya läkare etablerat sig med stöd av lagen om läkarvårdsersättning. Under 1995 utgjorde dessa 25 procent av antalet läkare. Nettoökningen av antalet läkare var dock endast 221 eller 12 procent. Detta innebär att 290 läkare under samma period upphört med sin verksamhet. Anledningarna härtill är flera. Förutom avgångar på grund av åldersskäl har 117 läkare under perioden övergått till verksamhet enligt lagen om husläkare. Till följd av att systemet med husläkare upphörde vid årsskiftet 1995/96 beräknas en del av dessa återgå till verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning. I mindre omfattning har läkare övergått till verksamhet enligt vårdavtal. Under 1995 hade 171 läkare ett sådant avtal. Dessutom fanns 71 vårdavtal med juridiska personer (t.ex. företag) där i allmänhet flera läkare är verksamma. Tillskottet av nya läkare som etablerat sig under 1995 med ett samverkansavtal är mycket litet. Förändringarna i antalet läkare varierar kraftigt mellan huvudmännen; från en 39-procentig minskning till en 39-procentig ökning (Se tabellbilaga 1).

2.2 Kraftig ökning av antalet privata sjukgymnaster²

Det finns för närvarande drygt 10 000 yrkesverksamma legitimerade sjukgymnaster i Sverige. Cirka 6 000 är offentligt anställda, varav drygt 1 500 i öppen primärvård. Av de 1 300 enskilt anställda sjukgymnasterna arbetar cirka hälften inom företagshälsovården. Ungefär 2 000 är egna företagare. Drygt 95 procent av sjukgymnasterna är organiserade i Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund.

Antalet sjukgymnaster som arbetade i egna mottagningar år 1993 var 1 729. Under 1994 tillkom 974 nyetableringar varav 621 var aktiva under det året. Under 1995 var 2 346 ordinarie sjukgymnaster verksamma någon gång i egen mottagning. Av de anmälda nyetableringarna hade 758 sjukgymnaster kommit igång. Samtidigt hade

² Om inte annat anges avses sjukgymnaster verksamma enligt lag om ersättning för sjukgymnastik.

141 av de "gamla" sjukgymnasterna, dvs. etablerade före 1 januari 1994, avvecklat sin verksamhet.

Tabell 3. Totalt antal sjukgymnaster, antal per 1 000 invånare och andel nya i respektive landsting, 1995.

Landsting		Antal sjukgymnaster verksamma 1995				
		Gamla	Nya	Summa	Antal per 1000 inv	Andel nya %
AB	Stockholm	564	299	863	0,50	35
AC	Västerbotten	42	12	54	0,21	22
BD	Norrbottn	46	24	70	0,26	34
C	Uppsala	6	18	24	0,08	75
D	Sörmland	31	23	54	0,21	43
E	Östergötland	46	18	64	0,15	28
F	Jönköping	31	13	44	0,14	30
G	Kronoberg	22	4	26	0,14	15
H	Kalmar	32	5	37	0,15	14
I	Gotland	4	1	5	0,09	20
K	Blekinge	10	9	19	0,12	47
L	Kristianstad	55	5	60	0,20	8
M	Malmöhus	132	64	196	0,34	33
MM	Malmö	88	29	117	0,48	25
N	Halland	40	16	56	0,21	29
O	Bohus	29	24	53	0,16	45
OG	Göteborg	91	83	174	0,39	48
P	Älvsborg	41	10	51	0,11	20
R	Skaraborg	12	20	32	0,11	63
S	Värmland	40	2	42	0,15	5
T	Örebro	43	6	49	0,18	12
U	Västmanland	43	34	77	0,29	44
W	Dalarna	45	12	57	0,20	21
X	Gävleborg	36	8	44	0,15	18
Y	Västernorrland	19	12	31	0,12	39
Z	Jämtland	40	7	47	0,35	15
Summa		1588	758	2346	0,27	32

Källa: Landstingsförbundet 1996

I likhet med läkarna varierar det relativa antalet sjukgymnaster verksamma enligt lagen stort i olika delar av landet. Dominansen av etableringar i de stora städerna och i Malmöhus läns landsting var ungefär lika stor som för läkarna.

Tabell 4. Antal sjukgymnaster uppdelade efter arvodeskategori, 1995.

Arvodes- kategori	Antal sjukgymnaster				
	Gamla	Nya	Summa	Andel %	Andel nya %
Kategori A	969	421	1 390	59	30
Kategori B	619	337	956	41	35
Totalt	1588	758	2346	100	32

Fördelning på arvodeskategori skattad för ett landsting.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Nyttillkommande sjukgymnaster representerar 32 procent. De flesta sjukgymnaster tillhör arvodeskategori A.

2.3 Ett besök per invånare hos privata vårdgivare

Den privata verksamhetens omfattning kan beskrivas i antal besök av olika slag hos läkare respektive sjukgymnast.

2.3.1 Normalbesöken dominerar hos läkare

I tabell 5 har besök hos läkare delats upp på läkare etablerade före 1994 och på sådana som tillkommit senare.

Tabell 5. Antal läkarbesök uppdelat på specialitet, "gamla" och "nya" läkare under 1995.

Specialitet	Antal läkarbesök 1995				
	Gamla	Nya	Summa	Andel %	Andel nya %
Vissa opererande specialiteter	572 911	131 528	704 439	17	19
Anestesi och intensivvård	45 385	16 338	61 723	2	26
Obstetrik och gynekologi	506 012	86 425	592 437	15	15
Ögonsjukdomar	252 701	60 892	313 593	8	19
Öron-, näs och halssjukdomar	304 917	67 486	372 403	9	18
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	449 120	142 215	591 335	15	24
Barnmedicinska specialiteter	72 649	31 299	103 948	3	30
Allmänmedicin	572 122	12 289	584 411	14	2
Hud- och könssjukdomar	211 947	80 817	292 764	7	28
Neurologi	31 928	4 057	35 985	1	11
Onkologi m.m.	4 547	273	4 820	0	6
Psykiatriska specialiteter	262 958	104 518	367 476	9	28
Utan specialistkompetens	15 555	1 484	17 039	0	9
Totalt	3 302 752	739 621	4 042 373	100	18

Källa: Landstingsförbundet 1996

Under 1995 gjordes fyra miljoner läkarbesök hos privatläkare. Flest besök gjordes hos läkare inom opererande specialiteter; obstetrik och gynekologi och invärtesmedicinska specialiteter. Nyetablerade läkare svarade i genomsnitt för 18 procent av besöken. Högst var andelen besök hos nya läkare inom området barnmedicinska specialiteter (30 procent). Några grupper (onkologi, neurologi och läkare utan specialistkompetens) svarar sammanlagt för någon enstaka procent av besöken.

Vid 3,3 miljoner av läkarbesöken utgick normalarvode, dvs. läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienten uppgick i genomsnitt per kalendermånad minst till det antal minuter som är förutbestämt för specialiteten. Den genomsnittliga beräknade tidsåtgången varierar mellan 20 minuter inom t.ex. invärtesmedicinska specialiteter och 50 minuter inom psykiatriska specialiteter.

Tabell 6. Antal läkarbesök efter arvodestyp och uppdelat på olika specialiteter, 1995^{3 4}.

Specialitet	Antal besök hos läkare 1995 efter arvodestyp							
	Enkelt arvode	Normal- arvode	Reduce- rat normal- arvode	Enbart pat av- gift	Sam- tals- beh	Rådgivn föd kontr	Särskilt arvode	Summa
Vissa opererande specialiteter	24 851	575 021	22 690	678	67	669	56 007	679 983
Anestesi och intensivvård	5 804	27 425	323	0	9	0	26 613	60 174
Obstetrik och gynekologi	15 196	459 607	5 610	32	830	98 773	5 249	585 297
Ögonsjukdomar	6 437	270 803	22 063	2 281	0	4	12 002	313 590
Öron-, näs och halssjukdomar	8 095	318 892	27 985	369	0	4	13 715	369 060
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	24 286	503 253	15 932	545	636	495	42 211	587 358
Barnmedicinska specialiteter	11 369	83 720	4 177	0	0	2	1 747	101 015
Allmänmedicin	46 518	473 972	46 436	2 394	0	2 511	350	572 181
Hud- och könssjukdomar	37 694	222 052	18 345	21	61	92	14 499	292 764
Neurologi	1 638	30 821	2 634	0	283	0	609	35 985
Onkologi m.m.	267	4 550	0	0	0	0	3	4 820
Psykiatriska specialiteter	14 320	322 754	20 806	1 396	2 283	4	972	362 535
Utan specialistkompetens	1 749	13 948	59	0	1 281	2	0	17 039
Summa	198 224	3 306 818	187 060	7 716	5 450	102 556	173 977	3 981 801

För ett landsting (60 569 besök) saknas fördelning på arvodestyper.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Huvuddelen av besöken, 83 procent, avser normalarvode. Enkelt arvode har debiterats i fem procent av fallen. Reducerat normalarvode svarar för fem procent. Besök med enbart patientavgift svarade för mindre än en procent. Rådgivning i födelsekontrollerande syfte

³ Besök hänförliga till reducerar normalarvode och enbart patientavgift kan till en liten del ha redovisats under normalarvode.

⁴ Samtliga huvudmän har inte kunnat redovisa besökens fördelning på arvodestyper varför summan av antalet besök är något lägre än i tidigare tabeller.

m.m. utgör 17 procent av besöken inom obstetrik och gynekologi. Besök där arvode för särskild åtgärd utbetalats omfattar fyra procent av besöken.

Inom anesthesiologi utgör de särskilda arvoden 44 procent av besöken. Inom opererande specialiteter och invärtesmedicin utgör de åtta respektive sju procent. Övriga specialiteter uppvisar noll till fem procent. Inom grupperna allmänmedicin, psykiatri, barnmedicin och för läkare utan specialistkompetens finns inte särskilda åtgärder upptagna i förordningen. I de fall läkare verksamma inom dessa specialiteter även innehar en annan specialistkompetens kan de dock debitera särskilda arvoden inom ramen härför.

Fördelningen av besöken på olika arvodestyper är med några undantag relativt lika mellan specialiteterna. Till dessa undantag hör en hög andel besök med särskilt arvode inom anesthesi och intensivvård. Även opererande specialiteter har en hög andel besök med särskilt arvode. Enkelt arvode har framför allt varit aktuella inom barnmedicinska specialiteter och inom hud- och könssjukdomar.

2.3.2 Besök hos sjukgymnast

Besök hos sjukgymnast reovisas nedan fördelade på gamla och nya vårdgivare och arvodeskategori.

Tabell 7. Antal besök hos sjukgymnaster 1995 uppdelat efter arvodeskategori.

Kategori	Antal besök 1995			
	Gamla	Nya	Summa	%
Kategori A	1 490 921	572 765	2 063 686	45
Kategori B	1 790 594	754 283	2 544 877	55
Summa	3 281 515	1 327 048	4 608 563	100
%	71	29	100	

Fördelning på arvodeskategori skattad för ett landsting

Källa: Landstingsförbundet 1996

Sammanlagt gjordes 4,6 miljoner besök under 1995. Sjukgymnaster i arvodeskategori B utför mer än hälften av dessa trots att de är färre till antalet. Sjukgymnaster etablerade före 1994 (68 procent) svarade för 71 procent av besöken.

Tabell 8. Sjukgymnastiska behandlingar uppdelade efter behandlingsform, 1995.

Behandlingsform	%
Individuell behandling	88
Parallellbehandling	12
Gruppbehandling	1
Summa	100

Fördelningen bygger på uppgifter från 12 landsting.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Individuell behandling var helt dominerande och utgjorde 88 procent.

Tabell 9. Fördelning av besök hos sjukgymnast efter arvodestyp, 1995.

Kategori	Antal besök hos sjukgymnast 1995 efter arvodestyp						Tel kons
	Enkelt arvode	Normal-arvode	Reducerat normal-arvode	Enbart pat avg	Särskilt arvode	Summa	
Kategori A	35 464	1 853 125	53 589	672	120 836	2 063 686	60
Kategori B	141 343	2 266 716	85 796	1 510	49 512	2 544 877	3
Summa	176 807	4 119 841	139 385	2 182	170 348	4 608 563	63

Reducerat normalarvode och enbart patientavgift ingår delvis i normalarvode. Fördelningen på arvodeskategori skattad för ett landsting.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Normalbesök är helt dominerande. Enkelt, (fyra procent) reducerat (tre procent) respektive särskilt arvode (fyra procent) spelar en liten roll. Fördelningen av besök på olika arvodestyper skiljer sig åt mellan de två arvodeskategorierna. Enkelt arvode var vanligare hos sjukgymnaster i kategori B medan särskilt arvode var vanligare hos kategori A-sjukgymnaster.

2.4 Ersättningen till privata vårdgivare uppgår till 3 miljarder

2.4.1 Läkarvårdsersättning

Den totala ersättningen till läkare inklusive patientavgifter var 1995 2 137 miljoner kronor. Patientavgiften utgjorde i genomsnitt 20 procent.

Det har framgått tidigare att andelen nyetablerade läkare utgjorde en fjärdedel av läkarna 1995 och andelen besök hos de nyetablerade var 18 procent. De nyetablerade läkarna erhöll 316 miljoner kronor (19 procent) i ersättning från landstinget.

Tabell 10. Läkarvårdsersättning, exklusive patientavgifter, uppdelad på specialitet, "gamla" och "nya" vårdgivare (tkr).

Specialitet	Utbetald läkarvårdsersättning 1995 (tkr)				
	Gamla	Nya	Summa	Andel %	Andel nya %
Vissa opererande specialiteter	249 144	50 726	299 870	18	17
Anestesi och intensivvård	26 847	14 037	40 884	2	34
Obstetrik och gynekologi	208 875	32 313	241 188	14	13
Ögonsjukdomar	101 072	25 807	126 879	7	20
Öron-, näs och halssjukdomar	113 346	23 939	137 285	8	17
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	186 550	48 385	234 935	14	21
Barnmedicinska specialiteter	29 180	12 517	41 697	2	30
Allmänmedicin	182 195	3 035	185 229	11	2
Hud- och könssjukdomar	70 505	25 443	95 948	6	27
Neurologi	20 945	2 204	23 148	1	10
Onkologi m.m.	1 551	85	1 636	0	5
Psykiatriska specialiteter	188 485	77 243	265 729	16	29
Utan specialistkompetens	5 706	68	5 774	0	1
Totalt	1 384 401	315 802	1 700 203	100	19

Källa: Landstingsförbundet 1996

Läkarvårdsersättningen exklusive patientavgifter uppgick till 1 700 miljoner kronor under 1995. Därav utbetalades 1 384 miljoner kronor till läkare verksamma 1993. Psykiatriska och vissa opererande specialiteter svarade för de största utgifterna i landstingen med 16 respektive 18 procent av de totala utgifterna.

Tabell 11. Läkarvårdsersättning, exklusive patientavgifter, fördelat med avseende på specialitet och arvodestyp, 1995 (tkr).

Specialitet	Utbetald läkarvårdsersättning 1995 (tkr) efter arvodestyp							
	Enkelt arvode	Normal-arvode	Reducerat normal-arvode	Enbart pat avg	Samtals-beh	Rådg föd kontr	Särskilt arvode	Summa
Vissa opererande specialiteter	1 891	210 586	3 124	60	76	195	73 217	289 148
Anestesi och intensivvård	270	9 769	30	0	0	0	30 014	40 083
Obstetrik och gynekologi	1 149	182 359	885	0	21	46 988	6 222	237 624
Ögonsjukdomar	159	109 885	2 648	132	0	0	14 017	126 841
Öron-, näs och halssjukdomar	455	115 487	3 632	66	21	45	16 173	135 879
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	1 440	181 472	2 566	53	380	15	46 582	232 508
Barnmedicinska specialiteter	723	38 193	821	0	0	1	607	40 345
Allmänmedicin	3 840	169 798	5 408	128	8	962	19	180 162
Hud- och köns-sjukdomar	3 122	75 941	1 943	0	64	29	14 745	95 844
Neurologi	19	21 104	903	0	149	0	972	23 147
Onkologi m.m.	23	1 610	0	0	0	0	0	1 634
Psykiatriska specialiteter	1 387	250 412	8 435	463	1 113	2	61	261 874
Utan specialist-kompetens	164	4 514	81	0	865	1	0	5 625
Summa	14 644	1 371 130	30 476	903	2 696	48 237	202 628	1 670 714

Fördelning på arvodestyp saknas i vissa fall (25 904 tkr). Reseersättning m.m. ingår ej.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Den dominerande arvodestypen var normalarvode inom alla specialiteter med undantag av anestesi och intensivvård. I genomsnitt svarade normalarvodet för 82 procent av landstingens utgifter till

läkarna. Särskilda åtgärder svarade för 12 procent med en stor spridning på mellan 0 till 75 procent.

2.4.2 Ersättning för sjukgymnastik

Tabell 12. Behandlingsersättning, exklusive patientavgifter, uppdelad på kategorier, 1995 (tkr).

Arvodes- kategori	Utbetald behandlingsersättning 1995 (tkr)				
	Gamla	Nya	Summa	Andel %	Andel nya %
Kategori A	290 375	109 017	399 391	48	27
Kategori B	304 992	125 074	430 066	52	29
Summa	595 366	234 091	829 457	100	28

Fördelningen på arvodeskategori skattad för ett landsting.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Totalt uppgick ersättningen till sjukgymnaster till 829 miljoner. Den totala ersättningen var något högre till kategori B jämfört med A. Nyetablerade sjukgymnaster som utgör 32 procent av samtliga sjukgymnaster svarade för 28 procent av ersättningen från landstingen.

Tabell 13. Sammanlagd behandlingsersättning, uppdelat efter arvodeskategori, 1995 (tkr).

Arvodes- kategori	Ersättning för sjukgymnastik 1995		
	Utbetald ersättning	Patient- avgifter	Totalt arvo- de
Kategori A	399 391	73 308	472 699
Kategori B	430 066	85 777	515 843
Summa	829 457	159 085	988 542
%	84	16	100

Fördelningen på arvodeskategori skattad för ett landsting.

Källa: Landstingsförbundet 1996

Den totala ersättningen för sjukgymnastik med patientavgifter inräknat, var 989 miljoner kronor under 1995.

2.5 Slutsatser om verksamhetens omfattning 1995

Utbudet av privat verksamma läkare varierar stort mellan olika delar av landet med en koncentration till de stora städerna. Det har skett ett nettotillskott på 12 procent av ordinarie läkare mellan 1993 och 1995. Cirka 120 läkare har övergått till verksamhet som husläkare. Antalet läkarbesök 1995 var 4 miljoner, varav 83 procent berättigade till normalarvode. De nyetablerade läkarna svarade för mindre än 20 procent av verksamheten.

Antalet besök hos sjukgymnast 1995 var 4.6 miljoner. 71 procent var hos "gamla" sjukgymnaster etablerade före 1994. Något fler besök utfördes av sjukgymnaster tillhörande kategori B. Nettotillskott av sjukgymnaster var drygt 600 (36 procent) vilket är knappt tre gånger så stort som i läkargruppen.

Den totala utbetalda ersättningen till privata vårdgivare var 2,5 miljarder kr. Till detta skall adderas cirka 600 miljoner kronor i avgifter som betalats av patienterna direkt till vårdgivarna.

3 Konsekvenser av 1994-års ersättningssystem

3.1 Allmänna iakttagelser

De seminarier, expertgruppmöten, studiebesök som vi genomfört och den korrespondens vi tagit del av visar att läkare och sjukgymnaster överlag anser att de ersättningssystem som gällt sedan 1 juli 1994, även med beaktande av beslutade och redan införda förändringar under 1996, inneburit förbättringar i förhållande till de tidigare systemen. Enligt vårdgivarna är de väsentligaste fördelarna:

- taxans enkelhet och överskådlighet,
- ersättningsprinciperna anses ej vara kostnadsdrivande,
- ersättningstaken ger finansären en tillfredställande kostnadskontroll,
- de högre arvoden har, jämfört med 1993-års nivå, skapat bättre förutsättningar att bedriva privat vård med god kvalitet.

Till nackdelarna hör enligt de privata vårdgivarna:

- att de särskilda arvoden skall inordnas under ersättningstaken och införande av en 65-årsgräns,
- att det finns inbyggda målkonflikter i reglerna,
- ersättningstaken är i en del fall alltför låga i förhållande till vårdgivarnas omkostnader,
- avsaknaden av rätten till ersättningsetablering,
- krav på remiss i vissa landsting,
- regeln om att ersättningen förloras om läkaren/sjukgymnasten vidtar en ”väsentlig förändring av verksamheten”.

Sjukvårdshuvudmännen, som bär ansvaret för finansiering och planering av de totala sjukvårdsresurserna, har i första hand påtalat att systemet inte gett tillräcklig utgiftskontroll. Förutsättningarna att följa upp den privata vårdens ändamålsenlighet och kvalitet upplevs

också som otillfredställande. Dessutom har det framkommit åsiktskillnader mellan parterna om hur reglerna i lag och förordning skall tolkas.

Vi har uppfattat bristen på fortlöpande och pålitlig information om den privata verksamhetens omfattning som ett viktigt problem vid uppföljningen av den nationella taxan. En del av de meningsskiljaktigheter som funnits mellan parterna kan ha haft sin grund i den osäkerhet som funnits rörande landstingens totala utgifter för den privata vården. Ett annat problem är bristen på principer och rutiner för justering av ersättningsram, taxans innehåll och arvodesnivåer. Detta sammanhänger med arrangemanget att finansieringsansvaret åligger landstingen medan ersättningsprinciper och arvodesnivåer fastställs av staten efter förhandlingar mellan parterna.

3.2 Vilka är orsakerna till ökade utgifter?

Storleken på utgifterna för landstingen till följd av den fria etableringen och ändrad taxa för privata läkare och sjukgymnaster har debatterats livligt. Det finns flera beräkningsunderlag framtagna från olika tidpunkter bl.a. från Landstingsförbundet, Praktikertjänst AB och Riksförsäkringsverket som samstämmigt visar att de totala utgifterna ökat sedan 1993. Hur mycket utgifterna ökat och bedömningen rörande de framtida konsekvenserna har gått isär, delvis på grund av att man använt olika grunddata och beräkningssätt. Exempelvis redovisas ersättningen till vårdgivarna både med och utan patientavgifter. Utifrån ett finansieringsperspektiv är det naturligt att diskutera hur mycket vården "kostar" landstingen. Ur ett producentperspektiv kan det vara mer relevant att beskriva storleken på den totala ersättningen från landstingen och avgifterna till vårdgivare, dvs. deras samlade inkomster till rörelsen. Ur ett samhälls-ekonomiskt perspektiv är den totala kostnaden för den privata vården oberoende av vem som finansierar den eller äger den mer intressant. I ett sådant perspektiv är inte bara kostnaderna för privatläkare och sjukgymnaster av intresse, utan också i vilken utsträckning privatvården ersätter landstingsvård.

Med "kostnaderna" för privat vård avses i regel landstingens utgifter¹ eller utbetalningar till vårdgivarna. Skillnaden mellan dessa begrepp bidrar till olika uppgifter i statistiken. Vid en analys av den nationella taxan bör man vara medveten om att en utgift för landstingen ingår som en del i vårdgivarnas totala inkomst² eller ersättning. Dessutom ingår patientavgiften i vårdgivarnas inkomster i sin rörelse. Vårdgivarnas inkomst skall dock inte förväxlas med verksamhetens resultat, dvs. vinsten eller förlusten under en period (intäkter minus kostnader). Inte heller skall begreppet inkomst, dvs. totala ersättning, förväxlas med vårdgivarnas personliga löneinkomst.

Inom ramen för denna utredning skall vi i första hand belysa följande frågeställningar om ekonomiska konsekvenser av den nya taxan:

1. Hur har utgifterna för landstingen utvecklats mellan 1993 och 1995?
2. Hur har den totala ersättningen för läkarvård och sjukgymnastikbehandling enligt LOL och LOS utvecklats?
3. Vad är effekten av nyetableringar och vårdgivare som slutat eller övergått till annan verksamhet?
4. Vad är effekten av förändringar i taxan på landstingens totala utgifter?
5. Vilka effekter kan påvisas av ersättningstaken?
6. Vad blir de ekonomiska konsekvenserna av beslutade förändringar?

¹ Med utgift avses det totala belopp som skall betalas för en vara eller tjänst. Utbetalningar uppstår vid betalningstillfället för utgifter. Med kostnas avses den resursupoffring som kan hänföras till den studerade perioden ifråga. I detta sammanhang är landstingens utgifter i stort sett detsamma som deras kostnad.

² Med inkomst avses den totala summan vid försäljning av varor eller tjänster. Inbetalningar uppstår vid betalningstillfället för inkomster. Intäkt är den del av inkomsten som hänförs till en definierad tidsperiod.

3.3 Kraftig ökning av landstingens utgifter – men lägre än förväntat

Olika uppgifter rörande *förväntade* kostnader 1995 har förekommit i tidningsartiklar och olika arbets PM. En ofta refererad uppgift är den av Landstingsförbundet skattade utgiftsökningen för den privata vården till sammanlagt 1 025 miljoner kronor per helår. Därav beräknades tidigare privatpraktiserande specialister och privata sjukgymnaster svara för 515 miljoner kronor respektive 140 miljoner kronor, totalt 655 miljoner kronor.

I enkäten från Landstingsförbundet till sjukvårdshuvudmännen avseende 1994 års verksamhet bad man dem beräkna kostnaderna för privat vård för 1995 med hänsyn taget till antalet verksamma läkare och utgiftsutvecklingen 1994. Den i mars 1995 prognostiserade totala ersättningen till privata läkare och sjukgymnaster under 1995 uppgick till 3 037 miljoner kronor. I själva verket visade Landstingsförbundets senaste enkät till landstingen under våren 1996 att den sammanlagda utbetalda ersättningen under 1995 till läkare uppgick till 1 700³ miljoner. Ersättningen till sjukgymnaster uppgick till 829 miljoner. Totalt uppgick utgifterna till 2 530 miljoner kronor.

Tabell 14 visar att utgifterna för privatvården fortsätter att öka 1995 i förhållande till 1993 och 1994 men var cirka 500 miljoner lägre än tidigare gjorda uppskattningar av utfallet 1995.

³ De utbetalningar som riksförsäkringsverket (RFV) redovisar för 1995 är knappt 200 miljoner högre än Landstingsförbundets kostnader. Skillnaden kan till stor del förklaras med att RFV redovisar bokförda utbetalningar vilka tidigare redovisats med cirka en månads förskjutning i förhållande till när den aktuella vården utfördes. I samband med att landstingen övertog utbetalningsansvaret vid årsskiftet 1995/96 påskyndade sjukvårdshuvudmännen utbetalningarna.

Tabell 14. Sammanställning över faktiskt utfall av de totala utgifterna inkl. patientavgifter olika år (mkr). Procentuell ökning i förhållande till utgiften 1993.

År	Läkare	Procent	Sjukgymnaster	Procent	Totalt	Procent
1993	1 252		507		1 799	
1994	1 470	+17	680	+34	2 150	+22
1995	1 700	+36	829	+64	2 530	+44

Källa: Riksförsäkringsverket, 1994 och 1995, Landstingsförbundet, 1996.

Utgifterna i tabellen avser den totala summan utan hänsyn tagen till förändringar i antalet verksamma vårdgivare respektive år. Utgifterna 1995 visar en ökning på 36 procent för läkarna, 64 procent för sjukgymnasterna och totalt var ökningen 44 procent.

Skillnaden mellan beräknad och faktisk utgift har studerats för respektive landsting (tabell 15).

Tabell 15. Prognotiserade och faktiska utgifter 1995 i respektive landstingsområde (exkl patientavgift, mkr).

Landsting		Läkare		Sjukgymnaster	
		Skattad	Utfall	Skattad	Utfall
AB	Stockholm	1050	773	400	278
AC	Västerbotten	11	13	20	25
BD	Norrboten	34	37	29	30
C	Uppsala	57	58	7	9
D	Sörmland	43	31	28	24
E	Östergötland	47	38	25	26
F	Jönköping	27	28	16	16
G	Kronoberg	35	29	9	9
H	Kalmar	13	8	17	16
I	Gotland	9	10	3	2
K	Blekinge	10	10	3	7
L	Kristianstad	32	32	28	26
M	Malmöhus	120	123	60	75
MM	Malmö	140	135	46	51
N	Halland	39	35	24	20
O	Bohus	15	16	16	19
OG	Göteborg	190	163	71	36
P	Älvsborg	28	25	24	24
R	Skaraborg	21	14	12	11
S	Värmland	28	26	18	17
T	Örebro	15	17	22	19
U	Västmanland	24	20	36	30
W	Dalarna	14	12	26	21
X	Gävleborg	29	26	18	14
Y	Västernorrland	14	10	9	10
Z	Jämtland	14	13	16	16
Summa		2 056	1 700	981	829

Källa: Landstingsförbundet mars 1995 och 1996

Skillnaden mellan skattade och faktiska utgifter för läkarvård förklaras i huvudsak av att utgifterna i Stockholm blev betydligt lägre jämfört med den tidigare prognosen.

3.4 Färre besök per vårdgivare

Det nya ersättningssystemet har resulterat i en liten minskning i det totala antalet läkarbesök. Samtidigt har antalet verksamma läkare ökat, vilket inneburit att antalet besök per läkare minskat kraftigt.

Tabell 16. Förändringar i antalet besök 1993-1995 uppdelat på olika specialiteter.

Specialitet	Förändring av antal besök 1993-1995			
	1995	1993	Förändring	%
Vissa opererande specialiteter	704 439	653 213	51 226	8
Anestesi och intensivvård	61 723	49 690	12 033	24
Obstetrik och gynekologi	592 437	571 972	20 465	4
Ögonsjukdomar	313 593	287 565	26 028	9
Öron-, näs och halssjukdomar	372 403	374 239	-1 836	0
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	591 335	559 203	32 132	6
Barnmedicinska specialiteter m.m.	103 948	99 265	4 683	5
Allmänmedicin	584 411	949 064	-364 653	-38
Hud- och könssjukdomar	292 764	257 298	35 466	14
Neurologi	35 985	28 985	7 000	24
Onkologi m.m.	4 820	5 971	-1 151	-19
Psykiatriska specialiteter	367 476	279 505	87 971	31
Utan specialistkompetens	17 039	86 562	-69 523	-80
Annan specialitet/uppgift saknas	0	16 069	-16 069	-100
Summa	4 042 373	4 218 601	-176 228	-4

Källor: RFV 1995, Landstingsförbundet 1996

Det totala antalet besök var fyra procent lägre under 1995 jämfört med volymen 1993. En förklaring till denna minskning är att cirka 120 allmänläkare övergått till en annan finansieringsform som husläkare vilket bidrog till en minskning av besöken med 38 procent. När allmänläkarna utesluts ur materialet visar resultatet på en ökning av besöksantalet med 6 procent. Störst är ökningen inom psykiatriska specialiteter (31 procent). Antalet besök hos sjukgymnast ökade med 8 procent mellan 1993 och 1995.

Höjningen av ersättningen per besök 1994 syftade till att ge vårdgivarna bättre förutsättningar att bedriva en kvalificerad specialist-

vård med god kvalitet. Dessutom angavs en minsta genomsnittlig besökstid. Till detta kan läggas införande av två ersättningstak som bidrar till att minska vårdgivarnas incitament att utföra många besök efter det att de olika taken nåtts och ersättningen per besök kraftigt reducerats. Utvecklingen stämmer statistiskt med den dåvarande regeringens avsikt att minska antalet besök per vårdgivare till förmån för bättre kvalitet. 1993 utförde en läkare i genomsnitt 2 288 besök och en sjukgymnast 2 381 besök. Motsvarande siffror för 1995 var 1 958 respektive 1 964 besök. Då bör man beakta att vissa nyetablerade vårdgivare ännu inte nått upp till sin fulla kapacitet. Det visar på en kraftig minskning i antal besök per vårdgivare med 14 procent för läkare och 18 procent för sjukgymnaster.

3.5 Effekter av taxeförändringar på den totala ersättningen

För att belysa effekten på ersättningen till vårdgivarna av förändringarna i taxan har flera analyser gjorts där samma vårdgivare jämförts mellan två tidpunkter, före och efter införande av den nya taxan.

Praktikertjänst AB jämförde ersättningen till 437 läkare och 62 sjukgymnaster mellan andra halvåret 1993 och andra halvåret 1994. Den totala ersättningen till sjukgymnaster ökade med 20 procent medan motsvarande ökning för läkare var 16 procent.

I diskussionen om orsaker till utgiftsökningen inom den privata vården har det särskilda arvodet lyfts fram som en betydelsefull kostnadsdrivande faktor. Storleken på det särskilda arvodet är särskilt intressant eftersom det hittills inte ingått i beräkningsunderlaget vid avstämningen av den enskilda vårdgivarens ackumulerade ersättning mot ersättningstaket. Det särskilda arvodet svarade för 8 procent av den totala ersättningen till läkare för andra halvåret 1994. Motsvarande för 1995 var 12 procent för läkare. Den totala genomsnittliga ersättningen har också jämförts mellan 1993 och 1995 för 43 läkare representerande fem specialiteter. Samtliga läkare var heltidsverksamma inom Praktikertjänst AB i ett storstadsområde båda åren. I genomsnitt för samtliga specialiteter ökade ersättningen med 22 procent. Lägst var ökningen för gynekologer med 9 procent och högst för psykiatriker med 40 procent.

Riksförsäkringsverket analyserade effekten på sina utbetalningar, exklusive patientavgifter, av det nya ersättningssystemet mellan 1993 och 1994 (andra halvåret). Analysen visade att den totala ersättningen till läkare respektive sjukgymnaster som varit verksamma båda perioderna ökade med 37 och 46 procent samt att ersättningen per besök ökade med 46 respektive 54 procent. Antalet besök minskade samtidigt med fem procent. Riksförsäkringsverket drog därav slutsatsen att de totala utgiftsökningarna till stor del kunde förklaras av taxornas konstruktion med möjlighet till högre arvoden per prestation. Effekterna av de s.k. ersättningstaken var inte möjliga att analysera då detta förutsatte en längre mätperiod. Motsvarande jämförelser mellan första halvåret 1994 och 1995 visade på utgiftsökningar som till och med var större (44 respektive 61 procent) (RFV Rapport, Dnr 3047/95).

Riksförsäkringsverkets siffror är högre än de som Praktikertjänst AB redovisat. Olikheter i urvalet av vårdgivare kan vara en förklaring. En annan är att Riksförsäkringsverket i sin analys inte haft med patientavgifterna, vilka ökat relativt mindre jämfört med läkarvårdsersättningen. Tidsperioderna är olika, vilket bl.a. innebär att effekten av ersättningstaken är mindre i materialet från Riksförsäkringsverket.

Vi har dragit slutsatsen av dessa material att förändringar i taxans utformning och arvodesnivåer har bidragit till ersättningsökningar mellan 1993 och 1995 i storleksordningen 25–35 procent för läkare och sannolikt något högre för sjukgymnaster.

3.6 Högre ersättning per besök till läkare

Procentuellt har de utbetalda ersättningarna från landstingen ökat med 36 procent, intäkterna av patientavgifter med nio procent.

Läkarvårdsersättningen exklusive patientavgifter till vårdgivare verksamma 1993 och 1995 ökade med 11 procent. Över hundra allmänläkare har samtidigt blivit husläkare. Exklusive allmänläkare var ökningen av landstingens utgifter 17 procent.

Tabell 17. Specialitetsvis procentuell förändring av totalersättning och uppdelat på läkarvårdsersättning och patientavgifter 1993 och 1995⁴.

Specialitet	Procentuell förändring av ersättning 1993 - 1995		
	Utbetald ersättning	Patientavgifter	Total ersättning
Vissa opererande specialiteter	41	27	38
Anestesi och intensivvård	121	-22	96
Obstetrik och gynekologi	49	4	36
Ögonsjukdomar	41	40	41
Öron-, näs- och halssjukdomar	25	24	25
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	32	15	28
Barnmedicinska specialiteter	55	10	42
Allmänmedicin	-17	-32	-21
Hud- och könssjukdomar	48	54	49
Neurologi	87	48	80
Onkologi m.m.	26	2	19
Psykiatriska specialiteter	107	70	103
Utan specialistkompetens	-68	-76	-70
Spec utom förteckn/uppgift saknas	-100	100	-100
Totalt	36	9	29

I absoluta tal var ökningen störst inom psykiatriska specialiteter och vissa opererande specialiteter. Den totala ersättning inom psykiatri har mer än fördubblats. Den procentuella ökningen är även hög inom anestesi och intensivvård med en stor andel särskilda åtgärder. Där rör det sig dock om en betydligt mindre verksamhet.

⁴ Patientavgifterna har i vissa fall redovisats som den avgift läkaren angett på läkarvårdsräkningen. I andra fall har patientavgiften redovisats som den patientavgift läkaren haft rätt att ta ut av patienten.

Tabell 18. Specialitetsvis utbetald läkarvårdsersättning per besök 1993 och 1995 (kr).

Specialitet	Ersättning per besök inkl patientavgift (kr)			
	1995	1993	Förändring	%
Vissa opererande specialiteter	540	423	117	28
Anestesi och intensivvård	712	452	260	58
Obstetrik och gynekologi	516	392	124	32
Ögonsjukdomar	529	410	120	29
Öron-, näs- och halssjukdomar	487	389	98	25
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	506	419	87	21
Barnmedicinska specialiteter	509	375	135	36
Allmänmedicin	426	333	93	28
Hud- och könssjukdomar	442	337	105	31
Neurologi	754	521	234	45
Onkologi m.m.	452	307	145	47
Psykiatriska specialiteter	796	516	280	54
Utan specialistkompetens	457	303	154	51
Annan specialitet *				
Totalt	529	392	137	35

* Uppgift för annan specialitet saknas

Källor: RFV 1995 Landstingsförbundet 1996

Den genomsnittliga ersättningen för hela läkargruppen ökade med 137 kronor (35 procent) per besök mellan 1993 och 1995. Ökningen var störst inom anestesi och intensivvård (58 procent). En förklaring är att en stor andel särskilda åtgärder varit aktuella i denna specialitet. Å andra sidan var ökningen inom vissa opererande specialiteter relativt låg. Den lägst procentuella ökningen var inom invärtesmedicin (21 procent). En jämförelse mellan den totala ersättningen per besök 1993 och 1995 inkluderande vårdgivare verksamma under 1993 visar samma resultat för hela gruppen och smärre skillnader för enskilda specialitetsgrupper.

3.7 Högre ersättning till sjukgymnaster per besök

Tabell 19. Antal sjukgymnastikbesök och utbetald ersättning med och utan patientavgifter samt ersättning per besök, 1993 och 1995 (kr).

	1993	1995	Förändring	%
Besök	4 266 182	4 608 563	342 381	8
Ersättning (tkr)	507 340	829 457	322 117	63
Pat avg (tkr)	132 771	159 085	26 314	20
Bruttoers (tkr)	640 111	988 542	348 431	54
Ers/beh, netto (kr)	119	180	61	51
Ers/beh, brutto (kr)	150	215	64	43

Källor: RFV 1995 Landstingsförbundet 1996

Den totala ersättningen exklusive patientavgifter ökade med 63 procent medan antalet besök ökade med 8 procent mellan 1993 och 1995. Landstingets arvode per besök ökade med 51 procent medan ersättningen inklusive patientavgifter var 43 procent. Tillskottet på sjukgymnaster har varit stort samtidigt som ökningen av antalet besök varit måttlig, vilket förklarar den stora procentuella ökningen.

3.8 Ersättningstaken minskar antalet besök och utgifterna

För att studera effekten av ersättningstaken har vi ställt samman statistik specialitetsvis som visar antalet läkare respektive sjukgymnaster som uppnått respektive Ersättningstak.

Tabell 20. Antal läkare inom olika specialiteter som uppnått ersättningstak 1 och 2 under 1995.

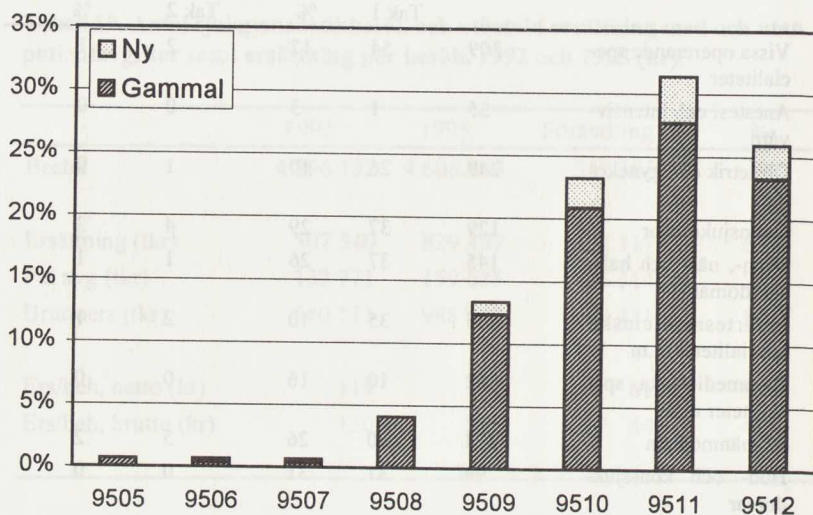
Specialitet	Antal läkare	Läkare som uppnått tak under 1995			
		Tak 1	%	Tak 2	%
Vissa opererande specialiteter	309	54	17	2	1
Anestesi och intensivvård	35	1	3	0	0
Obstetrik och gynekologi	249	26	10	1	0
Ögonsjukdomar	129	37	29	4	3
Öron-, näs- och hals-sjukdomar	145	37	26	1	1
Invärtesmedicinska specialiteter m.m.	355	35	10	2	1
Barnmedicinska specialiteter m.m.	62	10	16	0	0
Allmänmedicin	274	70	26	5	2
Hud- och könssjukdomar	99	31	31	0	0
Neurologi	26	7	27	0	0
Onkologi m.m.	6	0	-	0	0
Psykiatriska specialiteter	355	71	20	7	2
Utan specialistkompetens	21	0	-	0	0
Totalt	2 065	379	18	22	1

Källa: Landstingsförbundet 1996

Av 2 065 ordinarie läkare som var verksamma någon gång under 1995 erhöll 379 (18 procent) en ersättning som minst motsvarade Ersättningstak 1 medan endast 22 nådde upp över Ersättningstak 2 (en procent). Andelen inom olika specialiteter varierade mellan noll upp till 31 procent. Den högsta andelen som passerade tak 1 återfinns inom hud- och könssjukdomar.

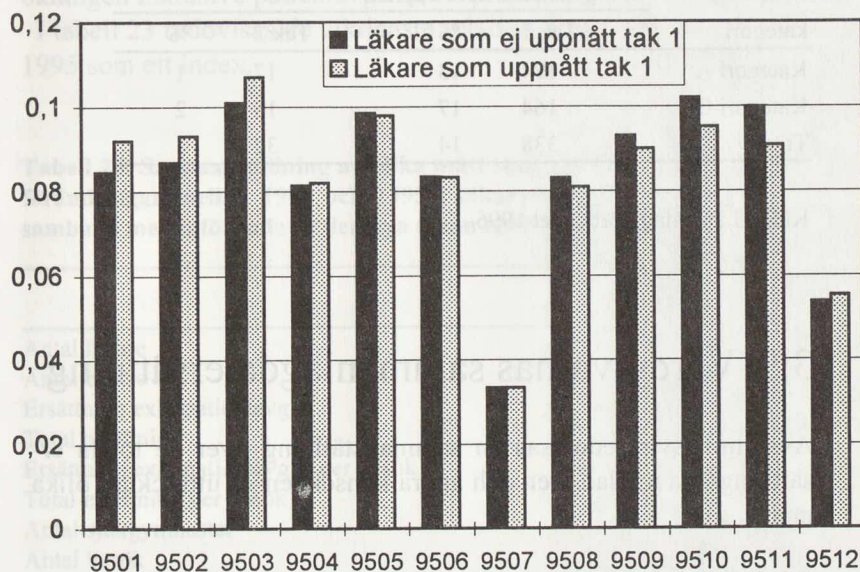
I diagram 1 visas hur "nya" respektive "gamla" läkare som uppnått Ersättningstak 1 fördelar sig månadsvis från månad fem och framåt under 1995.

Diagram 1. Procentuell fördelning månadsvis under 1995 av gamla respektive nya läkare som uppnått Ersättningstak 1.



Det faktum att antalet besök minskat per vårdgivare och att flertalet vårdgivare når takersättningen sent under året skulle även kunna tyda på att många vårdgivare redan i början av 1995 anpassade omfattningen på sin verksamhet med hänsyn till ersättningstaken. Diagram 2 tyder på att en viss sådan anpassning har skett. För att kontrollera kostnaderna är detta beteende positivt medan det minskar produktiviteten.

Diagram 2. Andel läkarbesök per månad uppdelat på läkare vilkas totalarvode var högre respektive lägre än Ersättningstak 1 under 1995.



Bland sjukgymnaster i kategori A var det 13 procent som uppnådde tak 1 under 1995. Bland kategori B sjukgymnaster var det 17 procent. En respektive två procent nådde tak 2. Att inordna de särskilda åtgärderna under ersättningstaken från 1 januari 1997 kommer att innebära att en större andel vårdgivare än under föregående år når dessa takbelopp för sammanlagt uppbyggt arvode.

Tabell 21. Antal sjukgymnaster som uppnått respektive ersättningstak under 1995.

Arvodes- kategori	Sjukgymnaster som uppnått			
	Tak 1	%	Tak 2	%
Kategori A	174	13	17	1
Kategori B	164	17	15	2
Totalt	338	14	32	1

Källa: Landstingsförbundet 1996

3.9 Vårdgivarnas sammanlagda ersättning

Avslutningsvis redovisas en sammanställning över de totala ersättningarna mellan åren och andra konsekvenser uttryckta i olika mått.

Tabell 22. Ersättningar till vårdgivare 1993 jämfört med 1995 med⁵patientavgifter och utan (mkr).

	Läkare	Sjukgymnaster	Totalt
1993			
Inkl patientavgifter	1 654	640	2 294
Exkl patientavgifter	1 252	507	1 759
1995			
Inkl patientavgifter	2 137	989	3 126
Exkl patientavgifter	1 700	829	2 530
Förändringar %			
Inkl patientavgifter	29	54	36
Exkl patientavgifter	36	63	44

⁵ Patientavgifterna har beräknats något olika 1993 och 1995. 1993 beräknades patientavgifterna utifrån antalet besök med respektive arvodestyp. 1995 anges från en del landsting de faktiska inbetalda avgifterna.

Den totala ersättningen till vårdgivarna var procentuellt högre för sjukgymnastik (55 procent) jämfört med läkarvård (29 procent) bl.a. på grund av ett större nettotillskott av vårdgivare. Sammantaget var ökningen inklusive patientavgifter 36 procent.

I tabell 23 redovisas de viktigaste relationstalen mellan 1993 och 1995 som ett index.

Tabell 23. Sammanställning av olika mått som använts för att beskriva förändringar mellan 1993 och 1995 i läkarvård och sjukgymnastik i samband med införande av den nya taxan (1993 = 100).

	1993–1995
Antal läkare	112
Antal besök	96
Ersättning exkl patientavgift	136
Total ersättning	129
Ersättning exkl patientavgift per besök	142
Total ersättning per besök	135
Antal sjukgymnaster	136
Antal besök	108
Ersättning exkl patientavgift	163
Total ersättning	154
Ersättning exkl patientavgift per besök	151
Total ersättning per besök	143
Sammanlagd ersättning för samtliga vårdgivare	
Inklusive patientavgifter	136
Exklusive patientavgifter	144

3.10 Slutsatser om de ekonomiska konsekvenserna

Antalet besök per vårdgivare har minskat sedan införande av den nya taxan. Samtidigt har ersättningen per besök ökat betydligt. Denna utveckling skulle kunna tyda på att den privata vårdens kvalitet förbättrats kraftigt i linje med den dåvarande regeringens intentioner med taxans konstruktion. Den kraftiga arvodeshöjningen

i kombination med införande av prestationsdämpande ersättningstak har också minskat produktiviteten mätt som antal besök per vårdgivare.

Vi har funnit att landstingens totala utgifter 1995 var 771 miljoner högre än 1993, men cirka 500 miljoner kronor lägre än vad sjukvårdshuvudmännen förväntade sig i sina ekonomiska prognoser.

Vi har dragit slutsatsen av dessa material att förändringar i taxans utformning och arvodesnivåer har bidragit till ersättningsökningar mellan 1993 och 1995 i storleksordningen 25–35 procent för läkare och sannolikt något högre för sjukgymnastverksamheten.

Att inordna ersättningen för särskilda åtgärder under Ersättningstak 1 borde få som effekt att utgifterna minskar något för landstingen genom att de läkare och sjukgymnaster som under 1995 erhöll en del av sina inkomster från särskilda åtgärder snabbare når taket. Man kan också tänka sig att vårdgivare väljer att reducera sin inkomst genom att minska sin årsarbetstid ytterligare även om denna möjlighet enligt lagen inte står till buds. Detta skulle i sin tur minska utbudet av vård och minska produktiviteten. Eventuellt väljer en del vårdgivare att avstå från särskilda åtgärder.

Ett alternativt scenario är att vårdgivarna trots allt eftersträvar att bibehålla sin ersättning vilket skulle innebära att de i stor utsträckning fortsätter att bedriva sin verksamhet som tidigare, vilket skulle leda till en produktivitetsökning. Vilken av dessa två utvecklingar som kommer att dominera går inte att bedöma för närvarande. Det kommer bland annat att avgöras av hur mycket lägre det reducerade arvodet kommer att bli i förhållande till det arvode som utgår innan man når Ersättningstak 1.

4 Andra konsekvenser av de ändrade ersättningsreglerna – En probleminventering

4.1 Vad förutsätts ingå i normalarvodet?

Det finns en osäkerhet bland både sjukgymnaster och läkare om vilka arbetsuppgifter som enligt lagen, förväntas ingå vid ett "normalbesök". Bland sjukgymnasterna finns t.ex. de som anser sig vara förhindrade att medverka i teamarbete tillsammans med offentligt anställd personal. Det är aktuellt vid minikonferenser eller sammanträden i samverkan mellan personal från försäkringskassa och sjukvården. De menar att besök som enda ersättningsgrund i taxan kan motverka en önskvärd integrering av privata vårdgivare i primärvården. Liknande synpunkter har framförts av allmänläkare.

Eftersom den omräkningsmodell som användes vid beräkning av dagens taxa för sjukgymnaster inte innehöll någon korrigering för sammanträdestid, menar LSR att tid i konferenser mm inte skall ingå i arvodet utan ersättas separat.

Av 14 § i LOS framgår dock att en sjukgymnast som får sjukgymnastikersättning är skyldig att samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. Utredningens tolkning av denna paragraf är att det i arvodet förutsätts ingå betalning även för en rimlig omfattning av sammanträden och konferenser. Det finns antagligen undantag från vad som kan anses rimligt i detta avseende. En vårdgivare kan inte förväntas delta i sådana aktiviteter varje vecka. Dessa undantag är å andra sidan svåra att reglera inom ramen för LOS eller FOS. De bör ersättas med ett särskilt timarvode efter överenskommelser mellan vårdgivaren och den lokale sjukvårdshuvudmannen. Omfattningen av aktiviteter som rimligtvis faller utanför begreppet "normalbesök" är inte känd idag. När medverkan i konferenser eller liknande visar sig vara en vanlig arbetsform för privata vårdgivare bör omfattningen kartläggas och först senare kan det bli aktuellt att överväga förändringar i den nationella taxan.

4.2 Vilka åtgärder ger rätt till ersättning?

Begreppet läkarvård i 3 § LOL är ej entydigt definierat och det finns olika tolkningar bland vårdgivare och landstingsföreträdare om vilka åtgärder som berättigar till läkarvårdsersättning från den nationella taxan. Avgränsningar av hälso- och sjukvård gentemot näralliggande verksamheter är komplicerat och måste bygga på en etablerad praxis. En tydligare definition av begreppet läkarvård skulle kunna vara ett stöd för landstingen när det förekommer tveksamma fall av ersättningskrav. När taxan var en del av AFL föreskrevs att endast vård av sjukdom eller skada berättigade till ersättning. Om denna princip skall gälla även i fortsättningen bör detta göras tydlig.

Hur skall man då ställa sig till födelsekontrollerande åtgärder, andra förebyggande insatser inom privatvården som knappast räknas till sjukdom eller skada? Företrädare för privatläkarna anser t.ex. att det är rimligt att regelbundna hälsokontroller inom gynekologi, kardiologi m.m. faller in under reglerna om ersättning enligt den nationella taxan.

4.3 Företagshälsovård leder till avgränsningsproblem

Den nya lagen om läkarvårdsersättning har även skapat gränsdragningsproblem gentemot andra verksamheter. Ett exempel är avgränsningen mellan den sjukvård som ges inom ramen för den nationella taxan och företagshälsovård som inte omfattas av den nationella läkarvårds- eller sjukgymnastikersättningen.

Privatläkare och sjukgymnaster som var anslutna till taxan 31 december 1993 har rätt att uppbära ersättning för den del som avser sjukvård och samtidigt tjänstgöra inom företagshälsovård. I flera fall uppger vårdgivare som arbetar heltid enligt reglerna i LOL att de samtidigt har verksamhet inom företagshälsovård. Det har ifrågasatts om inte verksamhet som FHV-läkare borde räknas in i beräkningsunderlaget för den sammanlagda ersättningen.

Enligt Socialstyrelsens verksamhetsuppföljning för 1995 visar preliminära siffror att cirka 13 procent av läkarna var verksamma

inom företagshälsovård. Annan verksamhet vid sidan av den som finansieras enligt LOL var mödrahälsovård, barnhälsovård, rehabilitering, skolhälsovård. Mindre än 10 procent av läkarna är verksamma inom respektive område. I teorin skall en läkare med flera åtaganden debitera landstinget "sjukvårdsbesök" medan övriga aktiviteter förutsätts ingå i det avtal läkaren har med sina uppdragsgivare. En sådan arbetssituation innebär risker för att det skall ske en "glidning" i tolkningen av åtgärder från t.ex. hälsovård till sjukvård. Förutom avtal om hälsovård mellan företagshälsovårdsläkaren och dennes uppdragsgivare förekommer det överenskomelser som även inkluderar sjukvård åt de anställda vid de aktuella företagen. Även när det är uppenbart att insatsen gäller sjukvård är det knappast förenligt med Hälso- och sjukvårdslagen att denna vård är exklusivt tillgänglig för en särskild patientgrupp.

4.4 Vårdgivare som bedriver verksamhet i flera landsting

När en vårdgivare bedriver verksamhet i två eller flera landsting parallellt uppstår praktiska problem. De berörda landstingen har bland annat svårigheter att hålla reda på när dessa vårdgivare når ett ersättningstak. Dessutom har de berörda landstingen svårt att kontrollera vårdgivarnas tjänstgöringsgrad.

4.5 Kravet på oförändrad tjänstgöring svårt att efterleva och kontrollera

Ersättning från den nationella taxan lämnas endast till en vårdgivare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet på heltid, om inte ett undantag är tillämpligt. Vårdgivaren anses som heltidsverksam om denne arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

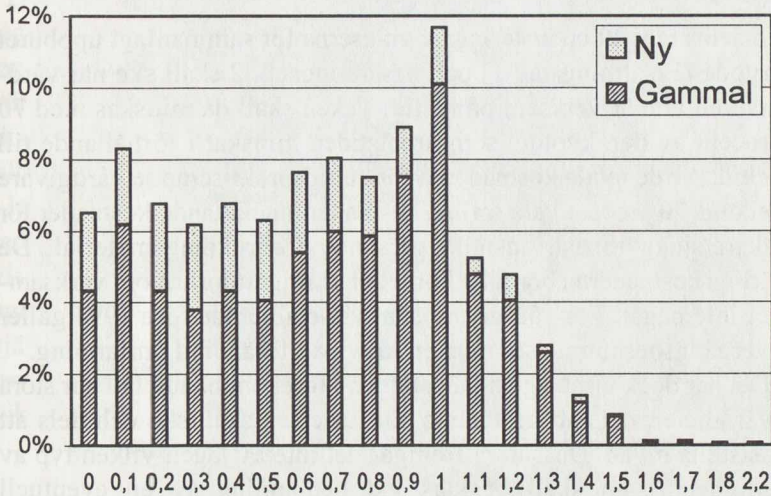
Samtliga vårdgivare, utom de som arbetade deltid före 1 januari 1994 eller övergick från husläkarverksamhet den 1 januari 1996,

förutsätts arbeta heltid. De bakomliggande skälen till att införa ett krav på heltid var att regeringen ville skapa goda förutsättningar för att vidmakthålla hög kompetens och hög tillgänglighet och kontinuitet i den privata vården. Dessutom har varken de vårdgivare som formellt tjänstgör hel- eller deltid rätt att avsevärt ändra sin tjänstgöringsgrad. Läkarpåbudsersättning lämnas dock till läkare och sjukgymnaster som till följd av sjukdom eller annan godkänd ledighet inte bedriver verksamhet på heltid. Detta är ibland oklart då de godkända anledningarna till frånvaro inte framgår i 8 § LOL.

Regeln har i sin nuvarande utformning visat sig opraktisk att tillämpa. För det första finns det olika åsikter om hur begreppet heltid skall definieras och på vilken tid beräkningen skall grundas. Det förekommer landsting där man utgått från den effektiva patienttiden. Om endast direkt patienttid skall ingå innebär den nuvarande regeln om minst 35 timmar i genomsnitt per vecka ett högt ställt krav. När det gäller tolkningen av lagtexten har vi dragit slutsatsen att 35-timmarskravet avser den totala tjänstgöringstiden och inte enbart direkt patienttid.

När man räknar in allt sjukvårdsarbete och utbildning i allmänhet på och utanför mottagningen vid bedömning av verksamhetsgrad är den å andra sidan i det närmaste omöjlig att kontrollera. Det är också svårt för sjukvårdshuvudmannen att avgöra när avvikelser från normen motsvarar en *väsentlig förändring* och denne har anledning att ingripa.

Diagram 3. Genomsnittlig beräknad verksamhetsgrad 1995 uppdelat på gamla och nya läkare.



I diagram 3 har verksamhetsgraden för läkare under 1995 uppskattats genom att vi utgått från det antal normalbesök som teoretiskt ryms under tak 1. Därefter har detta antal relaterats till respektive vårdgivares besöksantal exklusive besök med enkla arvoden. Detta är en grov skattning som indikerar att flertalet vårdgivare har en verksamhetsgrad under 70 procent. Inte minst gäller det nya vårdgivare som enligt lagen är skyldiga att arbeta heltid.

Vårdgivarnas organisationer har framfört önskemål om att läkare och sjukgymnaster skall få tillåtelse att vara verksamma på en lägre nivå än heltid. I vissa situationer är det inte heller i landstingets intresse att vårdgivaren upprätthåller en tjänstgöring på heltid, t ex om det finns ett för stort utbud av vård inom en viss specialitet.

4.6 När skall justering av ersättningstak vid nedsatt tjänstgöringsgrad ske?

I lagen anges att en justering av gränserna för sammanlagt uppburet arvode (Ersättningstak 1) och Ersättningstak 2 skall ske när vårdgivaren inte är verksam på heltid. Taken skall då minskas med 70 procent av den kvotdel som arbetstiden minskat i förhållande till heltid. Av de totala kostnaderna för heltidspraktiserande vårdgivare bedöms 70 procent vara rörliga kostnader innefattande kostnader för läkare/sjukgymnast, anställd personal, förbrukningsmaterial. De rörliga kostnaderna bör falla bort eller kraftigt minskas om verksamhet inte pågår. För vårdgivare som var etablerade före 1994 gäller övergångsbestämmelser med ett krav på oförändrad omfattning.

Det har dock visat sig att landstingen i förekommande fall har stora svårigheter, dels att bestämma när justering skall ske och dels att fastställa nivån. Dessutom framgår det inte av lagen vilken typ av ledigheter som skall beaktas vid bedömning av en eventuell justering av ersättningstaken. Det är även oklart om ersättningstaken skall justeras i efterhand när information om den faktiska tjänstgöringsgraden föreligger eller på förhand på basis av den planerade frånvaron.

4.7 Svårigheter för läkarna att skaffa vikarier

Privatläkarna menar att regeln i 9 § LOL, som förhindrar landstingsläkare att vikariera, gör det svårt för privata läkare att skaffa vikarie i samband med ledigheter. Lagen motverkar därigenom målet att verksamheten skall bedrivas med hög tillgänglighet. Det framgår att läkarvårdsersättning inte lämnas till en läkare som är anställd inom landstingets hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande över. Ersättning kan dock lämnas om läkaren vikarierar för annan läkare under *tjänstledighet och med arbetsgivarens tillåtelse*. Det finns exempel på landsting som ger detta tillstånd under förutsättning att läkaren är tjänstledig utan lön. Däremot tillåts alltid en läkare som är anställd i landstinget men som

inte är kliniskt verksam att uppbära läkarvårdsersättning och vikariera utan restriktioner. Detta gäller även vissa lärartjänster som i grunden är statligt reglerade t ex professorer.

Det finns också önskemål om att lagen bör kompletteras med en regel som ger privata läkare rätt att uppehålla tillfälliga vikariat hos landstinget. Enligt vissa bedömare finns denna möjlighet men den bör också uttryckas i lagen. Vidare önskar man att vikariatsbehovet skall kunna tillfredsställas med hjälp av läkare över 65 år som ej tillåts att själva uppbära ersättning från den nationella taxan.

10 § LOL reglerar rätten till vikare för privata läkare vid godkända ledigheter. Detta är inte i sig kontroversiellt. En iakttagelse är att vissa läkare, som närmar sig eller ligger över Ersättningstak 1 på sin egen mottagning, vikarierat på mottagningar där vikariatsgivarna själva inte når upp till ersättningstaket. Detta skulle tala mot att privata vårdgivare verksamma enligt den nationella taxan tillåts vikariera för varandra.

4.8 Olika patientavgifter förvirrar

Enligt 23 § LOL får patientavgift tas ut med samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget. Om läkaren tar ut lägre avgift skall detta inte påverka den del av ersättningen som betalas av landstinget. Patientavgiften får inte överstiga det totala arvudet för åtgärden.

När t.ex. landstingen i södra Sverige infört högre patientavgifter under senare år har det bland annat inneburit följande avgiftsprofil:

Offentlig specialistvård:

Avgift 260 kr

Privat specialistvård:

Enkelt arvode 160 kr

Normalarvode 260 kr

Reducerat normalarvode, t.ex. 199 kr

Patientavgift efter Ersättningstak 2 260 kr

För patienten kan det framstå som förvirrande att betala tre olika avgifter hos samma vårdgivare. Det faktum att vårdgivare erhåller högre arvode vid Ersättningstak 2 kan knappast heller vara i linje med intentionerna i förordningen.

4.9 En justering av arvodena är påkallad

4.9.1 Normalarvodet

För normalarvode eller reducerat normalarvode skall läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienterna i genomsnitt per kalendermånad uppgå till *minst det antal minuter* som anges i förordningen (20 – 50 minuter). Varje läkarbesök skall omfatta:

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

Nuvarande formulering rörande tidskravet för normalarvode innebär i princip att en vårdgivare i början av månaden ska ha kännedom om vilken sammanlagd tid som han/hon lägger ned på normalbesök. Tidskravet gör det svårt att kontrollera och beivra om landstinget misstänker att vårdgivaren avviker nedåt från den angivna minimitiden.

Det finns önskemål från ett par specialiteter av en förlängning av den genomsnittliga minimitiden. En översyn av de relativa ersättningarna mellan specialiteter är en central fråga i utredningen. Det har i flera sammanhang framkommit önskemål om att utöka det nuvarande antalet specialiteter med i första hand reumatologi. Det främsta motivet är att tidskravet för specialiteten invärtesmedicin, där reumatologi ingår, anses för kort, vid mottagningar som uteslutande behandlar patienter med reumatiska sjukdomar. Därför yrkar Läkarförbundet att ett högre normalarvode utgår inom ramen för relativt oförändrade ersättningstak.

Utgiftsstatistiken från 1995 tyder på att de relativa ersättningarna mellan de olika specialiteterna inte helt stämmer överens med de faktiska omkostnaderna. Vidare har det kommit fram önskemål om att differentiera arvodestyperna inom psykiatri och höja minimitiden inom anestesi och intensivvård.

4.9.2 Särskilda åtgärder skall inordnas under ersättningstaken

Enligt riksdagsbeslut skall de särskilda åtgärderna inordnas under ersättningstaken från 1 januari 1997. För närvarande saknas det dock uppgifter om vilka reducerade arvoden för särskilda åtgärder utförda ovanför Ersättningstak 1 som skall gälla.

Med hänvisning till att vårdgivare med en stor andel särskilda åtgärder i regel har högre omkostnader på grund av högre kapitalkostnader har olika förslag framförts för att mildra de befarade effekterna på vårdgivarnas ersättningsnivåer av den beslutade ändringen i lagen. Ett förslag går ut på att vårdgivare efter ackreditering skulle tillåtas utföra de särskilda åtgärderna utanför ersättningstaken utan reducering av arvodet på samma sätt som idag. Ett annat förslag är att ge möjlighet att utföra särskilda åtgärder utanför ersättningstaken genom vårdavtal med landstingen.

Diagram 4. Total uppburen ersättning redovisad per vårdgivare inom varje specialitet.

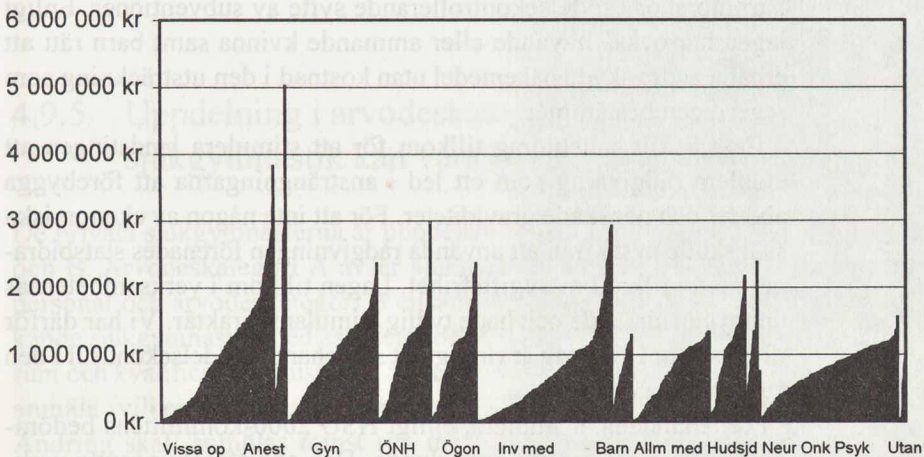


Diagram fyra visar att den totala ersättningen för enskilda vårdgivare varierar stort inom respektive specialitet. Inom specialiteter med en stor andel särskilda åtgärder är spridningen mycket stor.

Utredningen har inte tagit ställning till specifika propåer från de olika läkarspecialiteterna om förändringar i förteckning av särskilda åtgärder eller justeringar av arvodet för särskilda åtgärder. Däremot föreslås vissa förändringar i de kriterier som bör gälla vid ställningstagande till dessa förslag. Vidare anvisas en metod för värdering av åtgärdernas relativa resursinsats.

4.9.3 Undantagen för födelsekontroll och samtalsterapi ifrågasätts

I dag omfattas inte födelsekontrollerande åtgärder av reduktionen av arvodet ovanför Ersättningstak 1, inte heller ingår detta arvode i underlaget för takberäkning. Motivet bakom detta undantag är att födelsekontrollerade åtgärder skulle vara särskilt prioriterade av samhället.

Sedan 1975 omfattas även läkemedel som förskrivs av läkare eller barnmorskor i födelsekontrollerande syfte av subventioner. Enligt lagen har också havande eller ammande kvinna samt barn rätt att erhålla andra skyddsläkemedel utan kostnad i den utsträckning som regeringen bestämmer.

Ett särskilt statsbidrag tillkom för att stimulera landstingen att etablera rådgivning som ett led i ansträngningarna att förebygga aborter och oönskade graviditeter. För att inte någon av ekonomiska skäl skulle avstå från att använda rådgivningen förenades statsbidraget med villkor om avgiftsfrihet. Lagen tillkom i verksamheternas uppbyggnadsskede och hade tydlig stimulanskaraktär. Vi har därför ifrågasatt om det idag är rimligt att särbehandla födelsekontroll i den nationella taxan.

Förhållandena är numera, enligt HSU 2000-kommitténs bedömning, i flera avseenden annorlunda. Den abortförebyggande verksamheten är väl etablerad inom landstingen, vilket understryks av att en del landsting även tillhandahåller gratis preventivmedel till vissa grupper. Den är också känd och efterfrågad av allmänheten. Verksamheten skiljer sig inte väsentligt från andra förebyggande verksamheter, som landstingen själva beslutar om t.ex. mödra- och barnhälsovården. Genom avregleringen av patientavgifter inom

öppen vård ställs landstingen inför många situationer där de måste väga den hindrande effekten hos en avgift mot vikten av att invånarna utnyttjar verksamheten. Landstingen har också ansvar för såväl förebyggande åtgärder som de medicinska åtgärder som blir aktuella när den förebyggande verksamheten inte fungerar.

Det har också ifrågasatts varför det inte finns ett reducerat arvode för samtalsterapi.

4.9.4 Kostnaden för laboratorieundersökningar

I läkarvårdsersättningen ingår ersättning för samtliga åtgärder vid ett vårdtillfälle inräknat läkemedelsförskrivning och egen provtagning. Läkarvårdsersättningen innefattar också betalning för sådana kliniska laboratorieundersökningar som anges i en särskild förteckning. Om en sådan laboratorieundersökning utförs av t.ex. ett landstingslaboratorium skall läkaren stå för kostnaden. Här förekommer olika rutiner i landstingen. Det finns ett behov av klargörande på denna punkt. Vidare är den särskilda förteckning över de laboratorieanalyser som skall innefattas i läkarnas arvode inaktuell.

4.9.5 Uppdelning i arvodeskategorier inom sjukgymnastik kan vara styrande

De privata sjukgymnasterna är uppdelade i arvodeskategorierna A och B. Arvodeskategori A avser sjukgymnaster utan assisterande personal och arvodeskategori B ensampraktiserande eller samverkande sjukgymnaster med assisterande personal, flera behandlingsrum och kvalificerad utrustning. Sjukgymnasten skall till landstinget anmäla vilken arvodeskategori som gäller för verksamheten. Ändring skall anmälas minst sex månader innan den skall börja gälla.

Uppdelningen på dessa två arvodeskategorier har på principiella grunder ifrågasatts i utredningen. Skälet är att det finns en risk för effektivitetsförluster när storleken på arvodet baseras på produktionsstrukturen. Det kan hindra vårdgivarna att på lång sikt utveckla den mest effektiva organisationen för att lösa vårduppgiften.

Storleken på ersättningen per besök skiljer sig marginellt åt idag. Däremot är nivån på Ersättningstak 1 för kategori B cirka 195 000 kronor högre. Detta motiveras av högre omkostnader för den assisterande personalen, dyrare lokaler och utrustning. En sammanslagning av dessa två kategorier till en – med ett arvode och ett Ersättningstak 1 – skulle på kort sikt innebära en sänkning för vissa vårdgivare och en höjning för andra.

4.9.6 Särskilt arvode för sjukgymnaster

Relationen mellan det särskilda arvodet och normalarvodet skiljer sig åt mellan kategori A och kategori B. Om det särskilda arvodet skall grundas på utbildningsmeriter anser vi att det bör specificeras närmare så att utbildningen täcker ett bredare spektrum inom området.

4.10 Önskemål om särskilda avtal mellan landstingen och privata vårdgivare

Det finns ett intresse bland de privata läkare och sjukgymnaster, som är anslutna till det nationella ersättningssystemet, och bland landstingen att kunna ingå begränsade överenskommelser på annat sätt än genom fleråriga vårdavtal. Dessa överenskommelser skulle vara ett komplement till de vårdavtal som omfattar hela vårdgivarens verksamhet. Om ett landsting önskar ”köpa” särskild åtgärd av en privat vårdgivare t. ex. 2 000 kirurgiska ingrepp så måste i princip läkarens verksamhet i sin helhet övergå på vårdavtal, åtminstone för en tid. Bland vårdgivarna menar man att detta är en otymplig konstruktion. Vidare är det inte definitivt klarlagt om sjukvårdshuvudmannen måste upphandla vårdavtalet eller ej. Om detta krav kvarstår försvårar det högst väsentligt användningen av vårdavtal för att lösa önskemål om lokala avsteg från lagen och förordningen.

4.11 Sjukvårdshuvudmännen önskar bättre tillgång på uppgifter om vården

Sjukvårdshuvudmännen behöver inhämta uppgifter om innehållet i den privata vården för sin uppföljning. De anser sig sakna tillräcklig information för att kunna fullgöra sitt uppdrag som finansiär och planeringsansvarig för all vård. I dag gäller att en läkare som har läkarvårdsersättning är skyldig att visa läkarvårdsräkning för landstinget och redovisa arbetstid, antalet vidtagna åtgärder samt uppgift om patientens bostadsort. Läkarvårdsersättning kan innehållas om vårdgivaren inte lämnar sådana uppgifter.

Exempel på åtgärder som landstingen önskar kunna utnyttja när de finns misstanke om oegentligheter är:

- kontakta Socialstyrelsen och i större utsträckning än hittills kunna få hjälp med inspektion,
- granskning med hjälp av särskild utsedd auktoriserad läkare,
- få tillgång till journalinformation.

Vårdgivarna är överlag kritiska till dessa önskemål. Förslaget som innebär direkt tillgång på journalinformation skulle innebära ett hot mot patientintegriteten.

4.12 Måttliga problem som bör lösas samordnat

Probleminventeringen har visat brister som på olika sätt är relaterade till taxornas utformning. De flesta problem som hittills framkommit rörande det nya ersättningssystemet som infördes 1994 är mindre allvarliga. Emellertid finns det ett antal otydligheter i de gällande reglerna som bör klargöras. Dessutom kommer beslutade förändringar, t.ex. inordnande av särskilda åtgärder under ersättningstaken, att resultera i betydande negativa konsekvenser för enskilda individer.

Bristerna kan knappast lösas oberoende varandra utan eventuella ändringar i förordningarna bör sättas in i ett sammanhang som även omfattar förslag till ändringar i lagen på medellång sikt och förslag

till mer genomgripande långsiktig utveckling av ersättningsformerna för den privata vården. En teoretisk referensram för såväl förslag på kort som längre sikt presenteras i nästa kapitel.

5 Teoretisk analys av olika ersättningsprinciper

5.1 Ersättningssystemet skall uppfylla många mål

För att normativt kunna analysera ett ersättningssystemets egenskaper måste målen specificeras. Förutom ekonomiska mål kan det också tänkas finnas andra mål med hjälp av ersättningen till vårdgivare, t.ex. rättvisa- och fördelningsaspekter. I detta avsnitt begränsas dock analysen i huvudsak till "ekonomiska" mål.

Utredningsdirektiven (Dir 1995:150) till detta uppdrag anger inte direkt vilka mål som ersättningssystemet bör ha. Av direktiven framgår dock att ett "... problem i den tidigare taxekonstruktionen var att den var kostnadsdrivande och att kostnadsutvecklingen inte kunde förutses" (sid 3). Vidare anges att denna utredning skall "belysa hur taxorna ger incitament till behandling av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet".

Förutom dessa mål kan ytterligare mål tänkas föreligga. Ett sådant är att taxan skall stimulera hög produktivitet. Ett villkor för att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt är nämligen att de resurser som förbrukas omvandlas till "outputs", såsom läkarbesök, diagnostik och behandlingsåtgärder. En hög produktivitet är visserligen ett nödvändigt men inte ett tillräckligt villkor för att resurserna används på ett effektivt sätt. De "outputs" som produceras måste också vara önskvärda i den meningen att de innebär god vård och ger goda hälsoeffekter för patienten. Ersättningssystemet bör således stimulera också till god effektivitet.

Skillnaden mellan produktivitet och effektivitet är främst sättet hur verksamhetens resultat definieras. Med produktivitet avses resursförbrukning i relation till något intermediärt mål – såsom läkarbesök – medan effektiviteten mäter resursförbrukningen i relation till det slutliga målet, vilket i detta sammanhang rimligtvis är patientens hälsa. Att ersättningssystemet skall stimulera till "behandling av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad

erfarenhet“ kan ses som ett, av flera villkor för att effektivitet skall råda.

Ett syfte med ett ersättningsystem kan vara att finansiären vill påverka behandlingsinriktningen. Exempel på detta i dagens system är särbehandlingen av födelsekontrollerande åtgärder. Ett sådant synsätt bygger dock på föreställningen att den enskilde läkaren eller sjukgymnasten inte själv gör en optimal avvägning mellan olika behandlingsåtgärder. Om vårdgivaren förutsätts vara den som har den bästa möjligheten att göra dessa bedömningar bör i stället ersättningen vara neutral i den meningen att det inte ger några ekonomiska incitament att välja en specifik behandling.

För vårdgivaren är inkomstaspekten också viktig. Ett ersättnings-system bör ha den egenskapen att vårdgivare ges en "rimlig" ersättning. Detta kan ses som en inkomstfördelningsfråga, men har dessutom implikationer för systemets långsiktiga funktionssätt. Har de privata vårdgivarna för låg ersättning med tanke på sin utbildning och kompetens har de ekonomiska incitament att söka sig bort från denna verksamhet, samtidigt som intresset för nyetablering kommer att bli lågt. På lång sikt kommer i så fall privatvården att minska för att kanske helt försvinna. En alltför hög ersättning innebär å andra sidan att sjukvården blir onödigt kostsam för sjukvårdshuvudmännen.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att följande ekonomiska mål kan vara en rimlig utgångspunkt för ekonomisk analys av ersättningssystemet:

- Möjlighet att kontrollera de totala utgifterna
- Hög produktivitet
- God effektivitet
- Styrande mot vissa åtgärder
- Neutralt
- Ge "rimlig" ersättning till vårdgivare

Ur ekonomisk synvinkel är effektivitetsmålet övergripande och de övriga målen snarast förutsättningar eller restriktioner.

5.2 Vårdgivarens beteende påverkas av taxans utformning

Utgångspunkten för en ekonomisk analys av ersättningssystemet är att vårdgivarens beteende påverkas av taxekonstruktionen. Det är sedan länge känt inom den hälsoekonomiska litteraturen att marknaden för hälso- och sjukvård är mer komplicerad än de antagande som gäller för den fullständiga konkurrensmarknaden (Arrow 1963). Det är framför allt två frågor som är avgörande för en ekonomisk analys av hur ett taxesystem påverkar vårdgivarens beteende: Vilket eller vilka är vårdgivarens mål? Har vårdgivaren möjlighet att påverka efterfrågan på sjukvård?

Båda dessa frågor är föranledda av förhållandet att hälso- och sjukvård karaktäriseras av ojämn tillgång på information mellan patient och vårdgivare. Vårdgivaren har två funktioner, dels att fungera som rådgivare eller agent till patienten, dels att tillhandahålla behandlingar. En stor del av hälso- och sjukvårdens verksamhet avser diagnostik och bedömning av behandlingsalternativ. Patienten behöver en expert i medicinska frågor som rådgivare eller rent av som beslutsfattare rörande behandlingsalternativ. Läkaren fungerar bland annat som agent åt patienten. Därmed blir läkaren en central beslutsfattare och en avgörande fråga är vad som styr läkarens val av behandling. Idealt borde läkaren fungera som en perfekt agent åt patienten, i den meningen att läkaren vid bedömning av behandlingsalternativ endast tar hänsyn till patientens hälsa och preferenser. Om vårdgivaren låter också andra överväganden – t.ex. överväganden rörande den egna ekonomin – styra valet brukar man tala om utbudsstyrd efterfrågan.

Den tudelning mellan efterfrågan och utbud som traditionell ekonomisk teori utgår från är således inte en oproblematiserad utgångspunkt vid analys av hälso- och sjukvård. Vårdgivaren kan via sin rådgivande funktion påverka efterfrågan. Frågan är i vilken utsträckning och i vad mån detta utnyttjas.

Om vårdgivaren över huvud taget inte påverkas av ekonomiska incitament spelar det mindre roll efter vilka principer denne ersätts; oavsett ersättningsprincip kommer i så fall vårdgivaren att visa upp samma beteende. Inom den hälsoekonomiska forskningen finns det dock belägg för att utbudsstyrd efterfrågan förekommer inom hälso- och sjukvården (se Folland m fl 1993, kap 8). Det finns därför goda skäl att tro att utformningen av ersättningssystemet till läkare och

sjukgymnaster kommer att ha betydelse för den vård och de behandlingar som ges.

5.3 Olika principer för att ersätta vårdgivaren

Ersättning till vårdgivaren kan ske utifrån olika principer. En viktig aspekt är *vad* som ersätts. De ersättningssystem som kommer att diskuteras i detta avsnitt är följande:

- Efter budget
- Efter resursåtgång
- Per åtgärd
- Per besök
- Per behandlingsepisod
- Per individ (kapitation)
- Efter uppnådda hälsomål

Vårdgivaren behöver inte ersättas efter endast en av dessa principer utan en blandning är också möjlig. Detta är också fallet i nuvarande system.

Generellt kan sägas att det finns ett ekonomiskt incitament för vårdgivaren att producera mycket av den enhet som ersätts och att detta sker till låg kostnad per producerad enhet. Detta sagt med viss reservation: vid en höjning av ersättningen per enhet uppkommer teoretiskt två effekter, nämligen *substitutionseffekten* och *inkomsteffekten*. Substitutionseffekten innebär att det blir än mer lönsamt att producera mer av enheten i fråga. Detta leder enligt ekonomisk teori till att produktionen ökar. Å andra sidan kan vårdgivaren, vid en höjning av ersättning per enheten, minska produktionen och ändå ha lika hög inkomst som tidigare. Om vårdgivaren värdesätter mer fritid finns det incitament att minska produktionen och därigenom öka fritiden; detta är inkomsteffekten. Substitutions- och inkomsteffekten verkar således åt olika håll.

Framför allt vid ersättning efter åtgärd uppkommer flera ekonomiska incitament. Det kan därför finnas skäl att starta en analys med denna ersättningsmetod och därefter jämföra andra ersättningsmetoder med denna.

5.3.1 Ersättning efter åtgärd stimulerar till hög produktivitet men ger begränsad kostnadskontroll

Ersättning efter åtgärd fungerar i stor utsträckning som ett ackord för vårdgivaren – ju fler behandlingsåtgärder som utförs desto större blir intäkten. Detta ger produktivitetshöjande incitament. För en given åtgärd tjänar vårdgivaren på att den utförs till så liten resursåtgång som möjligt.

Avgörande för hur ersättningssystemet påverkar vårdgivarens beteende är vilket mål som vårdgivaren har. Om vårdgivaren styrs enbart av att maximera vinsten eller nettointäkten kommer såväl åtgärdsstrukturen som den totala mängden vård att påverkas. Inget säger att denna lösning sammanfaller med vad som är optimalt för patienten.

Ersättning efter åtgärd innebär att det förekommer relativpriser mellan olika åtgärder. Eftersom vissa åtgärder kommer att ersättas bättre än andra, med hänsyn tagen till arbetsinsats och övriga kostnader, kommer ett sådant system att ha vårdstyrande effekter.

Ersättning efter åtgärd ger inte bara incitament rörande vårdstrukturen utan också avseende den totala vårdvolymen. När ersättningsnivån i åtgärdestaxan höjs ger detta två effekter; dels lönar det sig bättre att arbeta mer på marginalen (fritiden blir dyrare), dels kan samma inkomst uppnås till en mindre arbetsinsats. Den första effekten – substitutionseffekten – stimulerar vårdgivaren att utöka den totala vårdinsatsen, den andra – inkomsteffekten – ger motsatt effekt. Vilken av dessa två effekter som dominerar går inte att uttala sig om på teoretiska grunder.

Vilka möjligheter ger ett ersättningssystem som baseras på ersättning efter åtgärd att nå de mål som beskrevs i det första avsnittet? Den största fördelen med ett sådant system är att det stimulerar till hög produktivitet. Vårdgivaren har incitament att öka produktionen av åtgärder, åtminstone så länge substitutionseffekten dominerar över inkomsteffekten, och att varje åtgärd produceras till så låg kostnad som möjligt. Centrala myndigheter ges också ett instrument att indirekt styra åtgärdsstrukturen via ekonomiska incitament.

Den styrande effekten på åtgärdsstrukturen har dock nackdelar som förmodligen överväger eventuella fördelar. Vissa åtgärder kommer att betala sig bättre än andra och inget säger att just de åtgärder som ekonomiskt favoriseras leder till bättre hälsa för patienten. Därvidlag

är det bättre att ha ett neutralt system som inte stimulerar att vissa åtgärder utförs på bekostnad av andra. Det är därför önskvärt att relativpriserna sätts så att de ekonomiska incitamenten är så neutrala som möjligt avseende olika åtgärder. I praktiken är det dock en svår uppgift att åstadkomma detta; dels måste åtgärderna definieras, dels måste relativpriserna mellan dessa bestämmas. Det finns dock metoder för detta. Exempelvis har en metod – the Resource-Based Relative Value Scale – tillämpats vid utformningen av det system som sedan 1992 används vid ersättning av läkare inom Medicare i USA (se kapitel 7). Att helt undvika att ersättning efter åtgärd ger styrande effekter är dock knappast möjligt.

Ett system som bygger på att renodlat ersätta efter utförd åtgärd ger små möjligheter att kontrollera de totala kostnaderna. Priserna kan kontrolleras, men inte kvantiteterna och därmed inte heller kostnaden. Erfarenheter från bland annat USA visar också att de totala utgifterna tenderar att öka över tiden i ett sådant system.

Analysen bygger på förenklade antaganden. Ett sådant är att vårdgivaren har som mål att maximera sin vinst. Även om vårdgivaren har ett vinstmål, så är naturligtvis detta inte det enda målet. Läkaryrket omgärdas t.ex. av professionella etiska koder som kan ges tolkningen att de ekonomiska incitamenten i liten utsträckning bör påverka läkarens val av behandlingsåtgärder. Även om ersättningssystemet ger ekonomiska incitament är det oklart i vilken utsträckning som vårdgivaren låter sig påverkas av dessa. För det andra är det inte säkert att vårdgivaren kan påverka vårdvolym och vårdstruktur även om viljan finns. För detta krävs det att utbudsstyrd efterfrågan råder. Det kan finnas efterfrågerestriktioner som försvårar detta.

Effekten av ett ersättningssystem är därmed inte bara en fråga om teoretisk analys, utan måste också bygga på empiriska erfarenheter. Resultaten från internationella studier som belyser sambandet mellan nyttjande av olika medicinska åtgärder och relativpriser ger en något splittrad bild. Hurley och Labell (1995) genomför en litteraturgenomgång och drar slutsatsen att enkla korrelationsstudier stöder hypotesen att det finns ett samband mellan relativpriset på en åtgärd och dess nyttjande. Exempelvis visade Escarce (1993a) att tillväxttakten i nyttjande av medicinska procedurer minskade i nio av 14 fall då Medicare sänkte relativpriserna 1987.

Resultaten från studier, där samtidig hänsyn tas också till andra faktorer än relativpriserna, är mer blandade (Hurley, Labell 1995). Exempelvis fann Tussing och Wojtowycz (1992) ett positivt

samband mellan andelen kejsarsnitt vid förlossningar i staten New York och relativpriset på kejsarsnitt. Däremot fann såväl Hurley et al (1990) som Escarce (1993b) en blandning av signifikanta och icke-signifikanta samband för olika medicinska procedurer. Likartat resultat uppvisade Hurley och Labell (1995) i en kanadensisk studie.

5.3.2 Ersättning efter resursåtgång – neutral men kostsam

Vid denna princip ersätts vårdgivaren efter den resursåtgång som används vid behandlingarna; metoden skulle också kunna benämnas ersättning efter "löpande räkning". En fördel med ett sådant system är att ersättningen blir neutral i den meningen att olika behandlingsåtgärder ger samma ersättning. Det betyder att ersättningssystemet inte ger några snedvridande incitament rörande behandlingsstrukturen.

Den stora nackdelen är att ersättningsprincipen inte ger några ekonomiska incitament att hushålla med resurser. Vårdgivaren kan höja sina intäkter antingen genom att sänka produktiviteten eller genom att behandla mer. Incitamenten att öka behandlingsvolymen kan i stort sett analyseras på likartat sätt som vid ersättning efter åtgärd. Att vårdgivaren kan öka sina intäkter genom att sänka produktiviteten ger incitament att producera sjukvård till hög kostnad. Ett system baserat på ersättning efter resursåtgång kan därför förväntas vara kostsam.

5.3.3 Ersättning efter budget innebär god kostnadskontroll men låg produktivitet

I detta fall tilldelas vårdgivaren en viss given mängd pengar. Metoden ger större möjligheter att begränsa den totala kostnaden jämfört med ersättning efter åtgärd och ersättning efter resursåtgång. Budgetstyrning ger heller inga incitament beträffande behandlingsstrukturen, vilket är en fördel jämfört med ersättning efter åtgärd.

Budgetprincipen stimulerar heller inte till vårdgivarstyrd efterfrågan och "överkonsumtion" på grund av att vårdgivaren inte får mer resurser genom att ge mer omfattande behandling.

Den stora nackdelen är bristen på ekonomiska incitament för insatser som höjer produktiviteten. En ren budgettilldelning riskerar därför att bli kostsam i förhållande till det "output" som produceras. Därför bör en tilldelning via budget kombineras av någon form av specifikation av vilka uppgifter som skall utföras för att inte ett sådant system skall bli alltför kostsam.

5.3.4 Ersättning per besök kan leda till hög produktivitet men "överkonsumtion"

Ersättning per besök ger incitament att utföra många besök till låg genomsnittskostnad. Kostnaden per besök kan påverkas på flera sätt. En möjlighet är att sänka tidsåtgången per besök. En viktig fråga i detta sammanhang är hur entydigt definierad ett besök är i relation till hela behandlingsepisoden som vårdgivaren utför.

Tiden per besök kan sänkas genom att vissa moment kortas eller tas bort. Om det visar sig att detta inte påverkar vårdkvaliteten innebär det en effektivisering av verksamheten; samma resultat åstadkoms till en lägre kostnad. Det finns dock en risk att den förkortade besökstiden leder till försämrad vårdkvalitet.

En annan möjlighet att minska besökstiden är att en behandlings-episod delas upp på flera besök än vad som annars skulle vara fallet. Identiska åtgärder kan därigenom utföras, men med hjälp av flera besök. Vårdgivaren erhåller därigenom högre intäkter medan vårdgivarens kostnad påverkas marginellt. Däremot kan ett sådant förfarande leda till ökade kostnader för patienten om varje besök är förknippad med en kostnad, t.ex. för resor och frånvaro från arbete.

Vårdgivaren ges också incitament att kalla till sådana besök där den förväntade kostnaden är låg, exempelvis ett extra besök för kontroll, även om det medicinska värdet är begränsat eller obefintligt. Detta är exempel på utbudsstyrd efterfrågan och innebär en "överkonsumtion".

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att ersättning per besök stimulerar till hög produktivitet, definierad som antal besök per insatta resurser. Eftersom det slutliga målet med sjukvård är hälsa – inte läkar- eller sjukgymnastbesök – kan effektiviteten dock

förväntas bli lägre. Möjligheterna att kontrollera de totala kostnaderna är små i och med att kvantiteterna inte kan styras.

5.3.5 Ersättning per behandlingsepisod – svår att praktiskt tillämpa

I stället för att ersätta per besök kan ersättningen avse en hel behandlingsepisod. Därigenom bortfaller incitamentet att dela upp en behandlingsepisod i flera, kanske onödigt många, besök. Inte heller tjänar vårdgivaren på att kalla till ett extra besök där det medicinska värdet är begränsat, där intäkten för vårdgivaren är hög, men där kostnaden för besöket är låg. När väl beslutet att behandla en patient, enligt en definierad behandlingsepisod, är fattat har vårdgivaren incitament att välja lösningar som ger låg kostnad. Denna ersättningsform används i begränsad utsträckning i vårdavtal mellan landsting och privata sjukgymnaster.

Problemen med att ersätta per behandlingsepisod, jämfört med besök, är i stor utsträckning praktiska. För det första gäller det att tydligt definiera en behandlingsepisod. I vissa fall sammanfaller episoden med ett besök, medan det för kroniska sjukdomar som kräver regelbundna kontroller kan vara svårt att definiera en behandlingsepisod. För att det skall vara möjligt att ersätta efter behandlingsepisod krävs det naturligtvis att denna entydigt går att definiera. För det andra får inte antalet definierade behandlingsepisoder bli alltför stora för att ett sådant system skall vara praktiskt hanterbart. För det tredje krävs det, om vi antar att behandlingsepisoden går att definiera, att en definierad behandlingsepisod är homogen i den meningen att den förväntade kostnaden för att utföra den inte varierar för kraftigt.

Liksom vid ersättning efter utförda åtgärder innebär ersättning efter utförda behandlingsepisoder att olika moment prissätts, vilket betyder att relativpriser konstrueras. De vårdstyrande effekter som detta ger är därmed relevanta också för ersättning efter behandlings-episod.

Klassificering enligt diagnosrelaterade grupper (DRG) ligger nära behandlingsepisod. DRG kan beskrivas som ett sätt att klassificera patienter genom att de delas in i kliniskt likartade grupper med likartad resursåtgång. Behandlingsepisod är i detta fall liktydigt med vårdtillfälle på sjukhus.

Amerikanska erfarenheter av ersättning enligt DRG inom sjukhusvård tyder på minskade vårdtider, ett minskat antal inskrivningar på sjukhus och därmed minskade kostnader jämfört med ersättning efter åtgärd. Ersättningsprincipen är emellertid inte oproblematis. Då vissa patienter ersätts enligt DRG och andra efter andra principer förs ofta kostnaderna över på andra aktörer (kostnadsövertäring). I de fall en DRG inte är given finns det också tendenser till diagnosglidning till de DRG som ger högst ersättning i förhållande till resursåtgången. För att ersättning efter DRG skall fungera tillfredsställande är det viktigt med korrekt diagnos.

5.3.6 Vid ersättning per individ (kapitation) överförs den ekonomiska risken på vårdgivaren

Vid denna princip ersätts vårdgivaren efter hur många individer denne tar ett vårdansvar för. Ersättningen är oberoende av vilka behandlingsåtgärder som utförs.

Principen innebär att vårdgivaren tar på sig en form av försäkringsansvar för de individer som ansluter sig till honom eller henne. Denna ersättningsform är därför tillämplig i de fall det finns en risk för sjukdom i en population och där preventiva åtgärder är relevanta. Ersättning till husläkare är ett sådant exempel. Ersättningsprincipen är också relevant vid kroniska sjukdomar. Vårdgivaren får ett vårdansvar under en definierad tidsperiod för en patient med en viss diagnos, t.ex. diabetiker. Ersättningen är därvid oberoende av de åtgärder som utförs under perioden i fråga. En fördel med ett sådant system är att de totala utgifterna är lättare att kontrollera jämfört med ersättning efter åtgärd eller besök, eftersom såväl antalet patienter som ersättningen per patient går att förutse. En annan fördel är att systemet inte stimulerar till "överkonsumtion". I vårdansvaret kan också inkluderas ett kostnadsansvar för mer än den privata läkarens eller sjukgymnastens egna åtgärder, t.ex. för läkemedel. Därigenom görs en automatisk avvägning mellan olika typer av behandlingsåtgärder och ersättningen blir inte styrande i detta avseende.

Ett problem med kapitationsersättning är att det finns en risk för "underkonsumtion" i och med att vårdgivaren har ekonomiska incitament att ge lite vård. Kapitationsersättning innebär att den

ekonomiska risken förs över på vårdsidan. Vårdgivaren bör därför ha tillräckligt många patienter så att riskerna utjämnas. Kapitationsersättning kan därmed stimulera till bildande av gruppraktiker.

5.3.7 Ersättning efter uppnådda hälsoeffekter är en oprövad metod

Eftersom det slutliga målet med hälso- och sjukvård är att åstadkomma god hälsa hos befolkningen borde en ersättning efter uppnådda hälsoeffekter vara den ideala ersättningsformen. I praktiken är denna väg inte framkomlig i och med att det inte finns en "marknad" för hälsa. Hälsa kan bara produceras indirekt via hälso- och sjukvård.

Att ersätta per uppnådda hälsoeffekter är därför inte möjligt. I bästa fall kan ersättningssystemet indirekt användas för att stimulera till god kvalitet i vården och goda hälsoeffekter. En möjlighet kan vara att ersätta vårdgivarna efter två (eller flera) tariffer: de vårdgivare som ger vård av "god kvalitet" ersätts efter en högre taxa än övriga. Därigenom ges ekonomiska incitament att tillhandahålla vård av "god kvalitet". Problemet är hur vård av "god kvalitet" skall definieras och mätas.

Medicinsk revision där indikatorer på goda vårdresultat används kan vara en möjlighet. De vårdgivare som bedöms ha en god vårdkvalitet enligt sådana indikatorer skulle i princip ersättas efter en högre taxa. En förutsättning är dock att det existerar indikatorer som är lätta att mäta och som också har ett starkt samband med patienternas hälsoeffekter.

I stället för att använda indikatorer på vårdresultat kan kvaliteten på använda resurser nyttjas. Utbildningsnivå hos vårdgivaren och kringpersonal, kvaliteten på utrustning och standarden på lokaler kan vara exempel. Tanken är att god kvalitet på "input" också innebär god kvalitet av "output". Ett sådant samband finns säkert också, men det finns en risk att resurserna blir onödigt dyra, om den förbättrade utbildningen och den mer avancerade utrustningen visar sig ge måttliga eller obefintliga effekter på patienternas hälsa. Kvaliteten skall vara på optimal nivå, inte nödvändigtvis på maximal nivå.

5.4 Olika risk för ”plocka russinen ur kakan”

Då den förväntade kostnaden per ersatt enhet skiljer sig mellan olika patientgrupper finns det en risk för ”cream skimming”. Vårdgivaren tjänar nämligen på att behandla patienter vars förväntade kostnader är lägre än genomsnittets. Genom att locka till sig sådana patienter och stöta bort patienter med förväntad hög kostnad – s.k. ”cream skimming”¹ – kan vårdgivaren göra betydande vinster. ”Cream skimming” behöver inte innebära att vårdgivaren uttryckligen annonserar om att nå patienter med förväntad låg kostnad, utan det kan ske på ett mer sofistikerat sätt genom att vårdgivaren erbjuder patientgrupper med förväntad låg kostnad extra god vård².

Det förefaller rimligt att möjligheten att bedriva ”cream skimming” är störst ju högre aggregeringsnivå som ersättningen avser. Spridningen i den förväntade kostnaden vid kapitationsersättning (ersättning per individ) kan förväntas vara större än vid ersättning per diagnos och spridningen i den förväntade kostnaden per behandlingsepisod större än per åtgärd.

5.5 Ju större kostnadsansvar desto mindre risk för kostnadsövertäring

Möjligheten att remittera patienten utan kostnadsansvar till annan vårdgivare kan vara ett sätt att bli av med fall vars förväntade kostnad överstiger ersättningen. Detta kan tolkas som ett sätt att ”plocka russinen ut kakan”; de olönsamma fallen övertärs helt enkelt på annan vårdgivare. De ekonomiska incitamenten för detta kan dock lätt ändras genom att den remitterande vårdgivaren, åtminstone delvis, får betala detta. Mot detta skall ställas risken att patienten inte remitteras trots att det är medicinskt motiverat.

¹ Cream skimming kan översättas till det svenska uttrycket ”plocka russinen ur kakan”.

² För en djupare analys av detta rörande tandvården, se Jönsson och Karlsson (1994), kap.4.

En annan fråga gäller kostandsansvaret för laboratorieprover och övrig diagnostik. Om vårdgivaren inte behöver betala för diagnostik finns en risk för ett överutnyttjande; för säkerhets skull tas ett diagnostiskt prov även om det medicinska värdet av detta är lågt.

Ju större kostnadsansvar, desto mindre risk för kostnadsövervältring, men samtidigt innebär det också större risk för vårdgivaren genom att denne i större utsträckning ikläds en försäkrarroll. Det medicinska behovet av remisser och diagnostik kan också variera inom en specialitet, varför en överföring av kostandsansvaret på den privata vårdgivaren kan slå olika mellan olika vårdgivare inom samma specialitet.

Generellt kan sägas att ju mindre spridningen i kostnader är för ett visst kostnadsslag, t.ex. diagnostik, desto större skäl finns det att inkludera den i såväl ersättningen som kostnadsansvaret för vårdgivaren.

5.6 Prisbildningen och ersättningsnivån

En viktig fråga vid konstruktionen av ersättningstaxan – oavsett efter vilken enhet som vårdgivaren ersätts – är hur priset bestäms. Vid samtliga ersättningssystem kommer en prisnivå att fastställas, vid vissa också relativpriser. I den mån relativpriser förekommer, t.ex. vid ersättning efter åtgärd eller behandlingsepisod, går det enligt tidigare analys knappast att undvika att vårdstyrande effekter mellan behandlingar uppkommer. Även prisnivån är av intresse vid taxans utformning.

Priset på en vara eller tjänst bestäms av det aggregerade utbudet och efterfrågan i en marknadsekonomi. Detta gäller som regel inte för hälso- och sjukvård, där priser ofta fastställs i en administrativ process eller via förhandlingar. Med hjälp av ekonomisk teori och några förenklade antaganden kan betydelsen av prisnivån för marknaderna för privata läkare och sjukgymnaster analyseras.

Utgångspunkten är att mottagningen bedrivs som ett företag där läkaren eller sjukgymnasten har två roller: dels som ägare till mottagningen, dels som arbetskraft. I egenskap av arbetskraft kräver vårdgivaren en lön motsvarande den som råder för anställda inom jämförbara yrkeskategorier inom landstinget. Denna lön tolkar vi som en kostnad för mottagningen. Till detta kommer kostnader för övrig personal, utrustning, lokaler och materiel. Skillnaden mellan

mottagningens totala intäkter och totala kostnader – inklusive lönen för läkaren eller sjukgymnasten – utgör vinsten. I egenskap av ägare tillfaller vinsten, eller förlusten, vårdgivaren. I den fortsatta analysen antar vi att vårdgivaren i egenskap av ägare har som mål att maximera vinsten. Observera att det vinstbegrepp som här används snarast är fråga om övervinst eller "ekonomisk ränta" som tillfaller ägaren av mottagningen; den egna lönen, pensionspremier och rimlig avkastning på det egna kapitalet ingår som en del av kostnaderna.

Vinster och förluster har i en marknadsekonomi en viktig funktion i det att de ger signaler om in- och utträde på marknaden i fråga. På en väl fungerande marknad kommer nya producenter att etableras vid förekomster av vinster. Detta leder till ett totalt ökat utbud och fallande priser så länge det finns möjligheter att göra vinster. Vid förluster kommer de existerande företagen att bedriva sin verksamhet så länge som de rörliga kostnaderna täcks, men när det är dags för reinvesteringar kommer många att lägga ned verksamheten; förluster stimulerar inte heller till nyetableringar. Detta leder till ett miskat utbud, vilket driver upp priset.

"Marknadstestet" är således en möjlighet att fastställa om prisnivån för privata läkare och sjukgymnaster är på lagom nivå. Så länge som dessa vårdgivare fortsätter att driva privata kliniker är prisnivån tillräckligt hög. Om inte nyetablering av nya privata vårdgivare är alltför stor är det ett tecken på att prisnivån inte är oskäligt hög.

Denna mekanism är av flera skäl satt ur spel beträffande hälso- och sjukvård. Etableringskontroll är ett exempel. Om prisnivån är satt högre än det långsiktiga jämviktspriset kan oskäliga överskott permanentas, eftersom någon korrigerande effekt via ökat utbud inte uppstår. De "övervinster", och därmed onödigt höga kostnader för hälso- och sjukvården, kan därmed bli inte bara ett kortsiktigt utan också ett långsiktigt problem.

Det finns dock två indikatorer på om prisnivåerna ligger på rimlig nivå. Den ena är att jämföra med offentliganställda läkare och sjukgymnaster. Den andra avser arbetsmarknaden och utbildning för dessa yrkeskategorier. Så länge som tillströmningen till utbildningsplatserna för dessa yrken är god är det ett tecken på att de förväntade kommande arbetsvillkoren, inklusive de ekonomiska villkoren, är tillräckligt goda jämfört med andra yrken.

5.7 Ersättning efter mottagningstyp kan vara styrande

En annan aspekt är om olika typer av mottagningar skall ha olika ersättningar. En mottagning kan nämligen organiseras på många sätt: som solo- eller grupp-mottagning, med lite eller mycket kringpersonal, med olika typer av utrustning etc. Finns det skäl att ersättningen differentieras på grund av de olika ekonomiska förutsättningar som olika lösningar innebär?

Om man bortser från att kvaliteten kan skilja sig mellan dessa, innebär det att de kvantiteter som produceras bör utföras så billigt som möjligt. Att då ersätta vissa mottagningar med ett högre pris, med motiveringen att sådan mottagningar är förknippade med en högre kostnad per producerad enhet, innebär att en ekonomisk ineffektiv struktur konserveras. Det är inte orimligt att en gruppraktik innebär att man kan ta tillvara stordriftsfördelar på så sätt att den ger en lägre kostnad per besök jämfört med en solopraktik. Om inte solomottagningen innebär en bättre vårdkvalitet är det snarast en fördel att sådana omvandlas till grupp-mottagningar, eftersom vården därigenom utförs till lägre kostnad.

En av poängerna med att det finns inslag av privat vård är förmodligen att den ger utrymme för entreprenörskap och att nya idéer inom vården lättare kan förverkligas än inom en stor organisation som landstingen. Det är då tveksamt om ersättningstaxan skall utformas på så sätt att vissa organisatoriska lösningar gynnas eller missgynnas. En marknad är ofta effektiv i den meningen att den sorterar bort långsiktigt ineffektiva organisationsformer och premierar effektiva. Endast om det finns goda skäl att tro att vårdkvaliteten förbättras genom differentierade ersättningar till olika typer av kliniker finns det ur ekonomisk synvinkel anledning att tillämpa olika ersättningsnivåer för olika typer av praktiker.

5.8 Kostnadskontroll och ersättning efter prestation är i konflikt

Som tidigare påpekats finns det svårigheter att kontrollera de totala utgifterna till de privata vårdgivarna om vårdgivaren ersätts per utförd prestation, t.ex. vid ersättning per åtgärd eller besök. De totala utgifterna bestäms av produkten mellan pris (p) och de totala kvantiteter (Q) som utförs under året. Erfarenheterna visar att det vid ett fastställt pris är svårt att kontrollera kvantiteterna, eftersom dessa i stället kan öka så att vissa intäktsmål nås. I detta avsnitt diskuteras etableringskontroll, ersättningstak för den enskilde vårdgivaren samt rörligt pris som metoder för att kunna kontrollera den totala kostnaden.

5.8.1 Etableringskontroll innebär en ofullständig totalkostnadskontroll

Etableringskontroll är ett sätt att minska osäkerheten rörande den totala utbudna kvantiteten. Eftersom det endast är antalet vårdgivare som kan kontrolleras på detta sätt innebär det inte någon fullständig kostnadskontroll, i och med att kvantiteten hos varje enskild vårdgivare inte kan kontrolleras. Samtidigt innebär etableringskontroll att de allokeringsmekanismer som inträde på marknaden innebär sätts ur spel. Problemet med "övervinster" och hur de kan kontrolleras blir därmed aktuellt. För närvarande sker detta på så sätt att nya vårdgivare endast har rätt att erhålla ersättning enligt den nationella taxan om det finns ett samverkansavtal med landstinget.

5.8.2 Ersättningstak för enskild vårdgivare kan leda till låg produktivitet

I Sverige tillämpas ersättningstak för den enskilde vårdgivaren. När vårdgivaren kommit upp till en viss sammanlagd ersättningsnivå sänks ersättningen per enhet. Ett sådant "tak" ger en viss möjlighet för landstinget att kontrollera sina kostnader för den enskilde

vårdgivaren. Kontrollen är dock ej fullständig. Den enskilde vårdgivaren kan utöka produktionen utöver taket och ändå erhålla en ersättning för produktionsökningen upp till Ersättningstak 2. För att inte slå ut vårdgivare med stora omkostnader måste taken läggas relativt högt. Det gör att vårdgivare med höga omkostnader och hög verksamhetsgrad omfattas av taket, medan andra inte gör detta vilket gör att det i förväg är omöjligt att helt förutsäga de totala utgifterna för samtliga vårdgivare.

Ersättningstak enligt denna modell minskar också incitamenten till att höja produktiviteten för de vårdgivare som nått taket. Då väl taket är nått påminner incitamenten om dem som gäller för budgettilldelning med de nackdelar rörande produktiviteten som detta ger. Styrkan i incitamenten avgörs av hur kraftigt ersättningen sänks när man passerat ett tak. I den mån det förekommer stordriftsfördelar t ex i form av gruppraktiker eller behandling av patienter i grupp, försvårar ett inkomsttak för varje enskild vårdgivare att tillvarata dessa. Ersättningstaken kan därför innebära att effektiva organisatoriska lösningar inte kommer till stånd.

5.8.3 Rörligt pris innebär god utgiftskontroll men osäkerhet för vårdgivarna

En annan möjlighet, som tillämpas i Tyskland (se nästa kapitel), är att priset per utförd prestation inte fastställs i förväg. I stället kan de totala utgifterna ($TU = p \times Q$) fastställas. I efterhand, då den totala produktionen (Q) är känd, sätts priset till $p = TU/Q$. Därigenom kan de totala utgifterna kontrolleras.

Priset kommer således att bestämmas av dels den fastställda nivån på de totala utgifterna, dels av den totala volymen (Q) som uppstår. Om varje vårdgivare står för en liten del av den totala produktionen kommer den enskilde vårdgivaren inte att kunna påverka priset. Den enskilde vårdgivaren ges därmed incitament till hög produktivitet. Metoden stimulerar således till hög produktivitet samtidigt som de totala utgifterna helt kan förutses.

Nackdelen är att den enskilde vårdgivaren inte vet vilket pris som kommer att gälla. Detta skapar osäkerhet för vilka förutsättningar som råder. Vårdgivaren måste göra en prognos över priset. Om prognosen skiljer sig kraftigt från utfallet kan många av produktionsbesluten visa sig vara felaktiga. Metoden innebär således att

osäkerheten överförs från huvudmannen till den enskilde vårdgivaren.

I USA tillämpas en form av kombinerad på förhand och i efterhand bestämd ersättning. Under en viss period gäller en på förhand bestämd prisnivå baserad på den fastställda totala utgiftsramen. När utfallet följs upp i efterhand justeras priset så att den totala utgiftsramen hålls.

5.9 Användning av flera ersättningsprinciper samtidigt bör övervägas

Ovanstående analys visar att det knappast finns ett ersättningssystem som i alla avseenden är överlägset alla andra. Det kan därför finnas skäl att överväga i vad mån man bör tillämpa olika ersättningsprinciper för olika specialiteter och diagnoser. Det är dock viktigt att den enhet som skall ersättas entydigt går att definiera och att det inte är alltför stor spridning i den förväntade kostnaden för enheten i fråga.

Ersättning efter åtgärd ger styrande incitament mellan olika typer av åtgärder. Vid ett på förhand fastställt pris är det dessutom svårt att kontrollera de totala utgifterna, något som gäller även vid ersättning per besök. För att undvika ökande utgifter över tiden är det därför nödvändigt att införa regler och åtgärder för att kontrollera utgifterna. Problemet är att sådana utgiftskontrollerande åtgärder ger andra icke önskvärda effekter. En lösning är att fastställa en utgiftsram och – när det totala antalet åtgärder eller besök för hela läkarkollektivet – är känt fastställs den prisnivå som är förenlig med utgiftsramen. En sådan lösning ger för att höja produktiviteten incitament och god utgiftskontroll.

Ett sätt att komma ifrån problemen med ökande utgifter, utan att tvingas tillgripa administrativa åtgärder, är att i större utsträckning ersätta efter kapitationsprincipen eller per behandlingsepisod. Erfarenheter från USA visar att detta ger lägre utgifter än ersättning efter åtgärd. Att ersätta privata läkare eller sjukgymnaster efter åtgärd eller besök innebär i viss utsträckning något av ett moment 22. För att kontrollera utgifterna krävs administrativa regler och kontroller. En sådan kontroll utförs förmodligen bäst om de privata

vårdgivarna i allt större utsträckning integreras i huvudmannens verksamhet, rent av som anställda. Men därigenom bortfaller poängen med att vara privat vårdgivare genom att möjligheterna till egna lösningar och innovationer försvåras. Det kan vara intressant att notera att USA, som har stor erfarenhet av ersättning efter åtgärd, allt mer går ifrån denna princip. Inom en stor s.k. Health Maintenance Organization i Detroit – Henry Ford Health System – ersätts läkarna helt via lön, samtidigt som informationssystemet är utformat så att det ger en förhållandevis stor kontroll över de åtgärder och behandlingar som den enskilde läkaren utför.

Det kan således finnas en poäng med att i stället för att ersätta den privata vårdgivaren per åtgärd eller besök, överföra ett vård- och kostnadsansvar till de privata läkarna och sjukgymnasterna. Innebörden är att ersättningen i större utsträckning ges per patient (kapitation) och per behandlingsepisod. Det betyder samtidigt att en större ekonomisk risk överförs från huvudmannen till den privata vårdgivaren. Eget företagande innebär å andra sidan såväl risker som möjligheter, varför det knappast kan vara en allvarlig invändning. Genom att överföra risker till den privata vårdgivaren gynnas förmodligen grupppraktiker, eftersom de ekonomiska riskerna minskas vid större volymer.

6 Principer och erfarenheter av att ersätta privata vårdgivare i Tyskland

I våra direktiv ingår att redovisa erfarenheter av principiellt alternativa sätt att ersätta privata läkare och sjukgymnaster. En stor erfarenhet från sådana system finns i Tyskland¹ och USA. Dessutom har ersättningssystemen reformerats under senare tid i båda dessa länder.

6.1 Lång tradition med obligatorisk sjukförsäkring

Socialförsäkringar har en lång tradition i Tyskland. Ungefär 90 procent av befolkningen har en obligatoriska sjukförsäkring, och de resterande 10 procent täcker sina sjukvårdskostnader med i huvudsak privata sjukförsäkringar. Privata sjukförsäkringar kan endast tecknas av höginkomsttagare som tjänar minst 5 850 DM i månaden.

Ansvaret för finansiering och produktion är decentraliserat till delstatsnivå. Hälso- och sjukvårdslagen understryker tydligt att varje delstat bär ansvaret för medborgarnas sjukvård. Finansiering sker till den största delen via obligatoriska försäkringar, varvid sjukförsäkringen kompletteras med pensions- och olyckfallsförsäkringar. Andra finansieringskällor är skatter, patientavgifter och privata sjukförsäkringar.

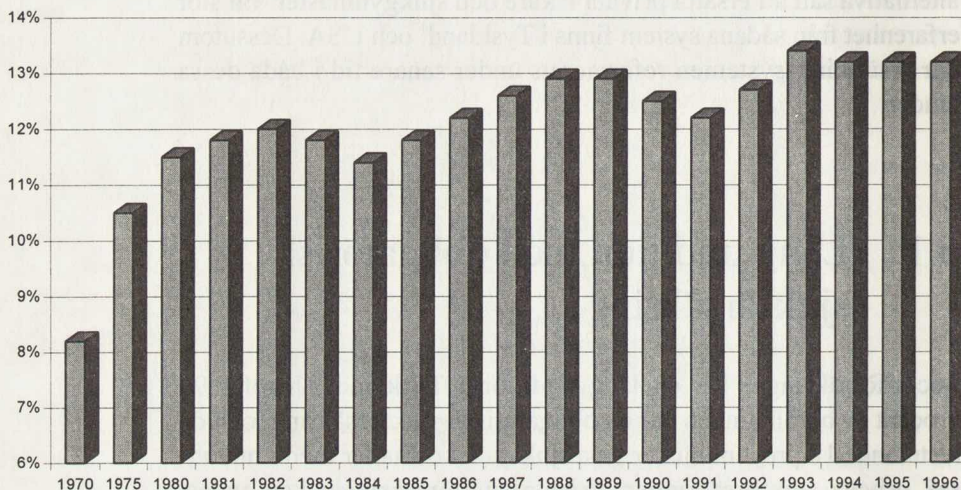
Den obligatoriska sjukförsäkringen administreras idag av ungefär 900 sjukkassor. Dessa är självständiga, men staten detaljreglerar deras verksamhet genom lagstiftning. Valfriheten att välja sjukkassa har tidigare varit begränsad. Sedan den 1 januari 1996 kan dock tyskarna välja vilken sjukkassa de vill tillhöra. För att undvika selek-

¹ För en mer utförlig beskrivning av det tyska systemet hänvisas till en separat underlagsrapport: Horgby Per-Johan, Ersättning av privatläkare och sjukgymnaster i Tyskland - en deskriptiv analys.

tion av försäkringstagare får inte försäkringskassorna neka någon medlemskap.

Den obligatoriska sjukförsäkringen betalas in av arbetstagare och arbetsgivare med lika stor andel. Premieavgiften är inkomstrelaterad och varierar beroende på vilken sjukkassa man tillhör. Sjukkassorna kan själva bestämma premieavgiften.

Diagram 5. Genomsnittlig premieavgift i den obligatoriska sjukförsäkringen i procent, 1970 – 1996², väst-Tyskland.



Källa: Bundesministerium für Gesundheit 1996.

Under 1995 varierade premieavgiften i de olika sjukkassorna mellan nio och 15,5 procent av bruttolönen upp till en högsta avgiftsgräns på 5 850 DM per månad (Östra Tyskland 4 800 DM). Genomsnittlig premieavgift låg under samma tidsperiod på 13,2 procent.

² Prognos för 1996.

6.2 Öppen sjukvård dominerad av privatläkare utanför sjukhusen

I organisatoriskt hänseende uppvisar vårdgivarna i Tyskland en heterogen bild. Privata och statliga vårdgivare representerar två renodlade former. Dessutom finns det en mängd olika blandade ägarformer på delstats- och kommunnivå, i stiftelser och andra i organisationsformer.

Den öppna läkarvården som i huvudsak sker utanför sjukhusen fungerar som en "grindvakt" för senare i vårdkedjan vård och domineras av privatpraktiserande läkare. 1994 fanns det ungefär 110 000 läkare inom öppenvården, vilket motsvarar ungefär 1,3 läkare per tusen invånare. Fördelning av resurser samt de grundläggande villkoren vid förhandlingar mellan representanter för sjukförsäkrarna och läkarkollektivet.

6.2.1 Skärpt etableringskontroll för läkare

Medborgare som är försäkrade i den obligatoriska sjukförsäkringen har rätt att fritt välja privatläkare. Det fria läkarvalet gäller för alla så kallade kontraktsläkare. För att bli en kontraktsläkare krävs läkarlegitimation samt medlemskap i Föreningen för kontraktsläkare. Innan 1993 års hälso- och sjukvårdslag började gälla kunde i princip varje legitimerad läkare öppna en egen mottagning och automatisk bli ansluten till Föreningen för kontraktsläkare. Antalet egenpraktiker har också ökat kraftigt under de senaste tjugo åren³. Med den nya hälso- och sjukvårdslagen begränsades dock möjligheterna till medlemskap i Föreningen för kontraktsläkare. I regioner som har ett större utbud av läkare än tio procent utöver den behovsprövade nivån tillåts inga nyetableringar. Dessutom tillåts inte läkare äldre än 68 år att vara anslutna till sjukförsäkringen.

I den öppna läkarvården bedrivs inte enbart allmänmedicin utan även kvalificerad specialistvård. Patienter har rätt att direkt uppsöka specialistvård utan att först behöva remitteras från en allmänprakti-

³ Mellan 1970 och 1990 nästan fördubblades antalet fripraktiserande läkare. 1970 fanns det 1,69 läkare per tusen invånare; 1990 hade antalet läkare per tusen invånare ökat till 3,11 (Henke et al., 1994a, s. 14).

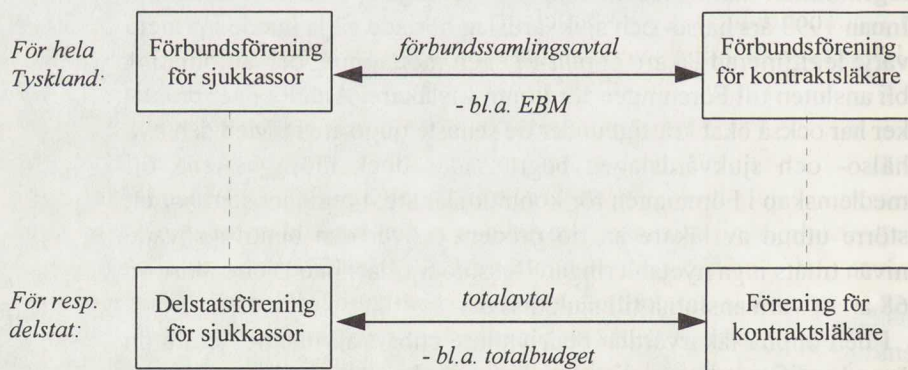
serande läkare. Läkarvård ges inte enbart vid läkarens egen mottagning, utan också vid hembesök och i förekommande fall även vid ambulantly behandling på sjukhus.

6.2.2 Ramavtal på förbunds nivå mellan sjukkassor och läkare styrande

Såväl sjukkassor som kontraktsläkare är enligt lag tvungna att vara organiserade i kollektivföreningar. Dessa är varandras motparter i förhandlingar om verksamhetens utformning och ersättning. Principen om självförvaltning gäller för dessa organisationer, vilket innebär att staten inte kan påverka hur läkarna utövar vården utöver vad som föreskrivs i lagtexten.

På förbunds nivå träffas ett förbundssamlingsavtal mellan förbunds föreningar för sjukkassor och förbunds föreningar för kontraktsläkare. Detta avtal berör allmänna regler för läkare och försäkringstagare, samt fastställer en enhetlig värderingsskala för sjukvårdstjänster som berättigar till ersättning.

Figur 1. Avtal om öppen läkarvård på förbunds- och delstatsnivå.



Den enhetliga värderingsskalan (EBM) som baseras på ersättning per åtgärd är av central betydelse för läkarnas arvodering. I EBM åsätts varje definierad medicinsk åtgärd ett kodnummer och ett punktvärde; t.ex. en intravenös injektion motsvarar 80 punkter och en meniskoperation 1700 punkter. Värderingsskalan avgränsar därmed inte bara enskilda sjukvårdstjänster från varandra utan anger också deras inbördes relation (relativa priser). Bestämning av ersättningens storlek av läkarnas arbetsinsatser görs emellertid inte i EBM utan bestäms i en särskild ordning.

I takt med den medicinska utvecklingen och andra förändringar omarbetas värderingsskalan regelbundet av ett värderingsutskott, som är partsammansatt med representanter från förbundsföreningar för sjukkassor och kontraktsläkare. Värderingsutskottet lägger nya förslag varje kvartal. Övergripande större reformer av EBM:s uppbyggnad sker ungefär vart fjärde år.

Ett bekant problem i den öppna läkarvården är den kontinuerliga ökningen av antalet utförda åtgärder. Genom att öka antalet åtgärder per patient kan läkaren öka rörelsens inkomst. Läkare, som kan utnyttja maskinella analyser, har större möjligheter att öka behandlingsvolymen, jämfört med läkare som inte behandlar med teknikintensiva metoder. Som ett svar på den kraftiga ökningen av antalet laboratorieanalyser har man i den senaste EBM-reformen, som trädde i kraft den 1 januari 1996, förändrat punktavräkningen för teknikintensiva åtgärder. För vissa t.ex. laboratorieanalyser, har det dessutom införts ett volymtak. För åtgärder som utförts utöver volymtaket reduceras punktantalet.

För att styra läkarnas verksamhet mot flera och längre personliga kontakter har rådgivning till patienter blivit uppgraderad i den nya EBM. Detta har gjorts genom att schablonmässigt ersätta åtgärder som förmedlas i mötet mellan läkare och patient. Vanliga basåtgärder, såsom allmän kroppsundersökning, uppläggning av behandlingsplan, receptföreskrivning etc, räknas in i en särskild ordinationsavgift som beräknas per behandlingsfall. Därutöver ersätts alla konsultationer i en klumpsumma per patientbesök. Det tyska ersättningssystemet är alltså ett blandsystem som har ersättning per åtgärd som huvudprincip och ersättning per behandlingsepisod och per patientbesök som komplementär ersättningsprinciper. Ersättningen för basåtgärder, ordination och konsultation, beräknas uppgå till 20–30 procent av läkarnas totala inkomster.

6.2.3 Totalkostnadskontroll med hjälp av rörligt pris

Varje delstat är skyldig att säkerhetställa att det finns ett tillräckligt utbud som svarar mot det egna behovet av läkarvård. Det sker genom ett så kallat *totalavtal* mellan delstatsföreningar för sjukkas-sor och Föreningen för kontraktsläkare. Detta totalavtal omfattar dels en förpliktelse att läkarna skall bistå med vård under avtals-tiden, dels stipulerar det vilka kontroll- och ersättningsklausuler som gäller. I synnerhet bestämmer Föreningen för kontraktsläkare den totala mängd vård som läkarna beräknas prestera och sjukkassorna erbjuder en total ersättning för denna vårdvolym. Denna totalbudget per kalenderår är central för resursfördelningen till sjukvården.

Genom totalavtalet överförs ansvaret för själva verkställandet av sjukvården från sjukkassorna till Föreningen för kontraktsläkare. Innebörden av sjukkassornas ansvarsbefrielse är att en läkare inte har något ersättningsanspråk på enskilda sjukkas-sor, utan skall vända sig till sin egen läkarorganisation för att erhålla sitt arvode.

Sedan 1993 års hälso- och sjukvårdslag har regeln om premiеста-bilitet tolkats strikt. Budgeten fastställs efter varje kvartal när man vet storleken på premieinbetalningarna. Därefter kan Föreningen för kontraktsläkare fördela budgeten på sina medlemmar. Denna ersättningsform innebär en god kontroll av totalutgifterna för läkarvården. Systemet, som till en början skulle användas mellan 1993 och 1995, har förlängts till att gälla under 1996 också. Läkarna är dock kritiska till att budgeten fastställs definitivt först i efterhand.

6.2.4 Ersättningen till enskilda läkare beräknas efter antalet punkter

För avräkning av behandlingskostnader använder sjukkassorna något olika värderingsskalor. I dessa skalor är varje åtgärd åsatt ett relativt pris uttryckt i punkter. För att få betalt sänder läkarna in sina arbets-rapporter till Föreningen för kontraktsläkare. Där fördelas totalbud-geten preliminärt på varje enskild läkare. Till detta ändamål används en särskild arvodesnyckel som bestämmer värdet av en punkt.

Som tidigare nämnts ersätts vissa basåtgärder enligt den nya Enhetliga värderingsskalan från den 1 januari 1996 med en klump-

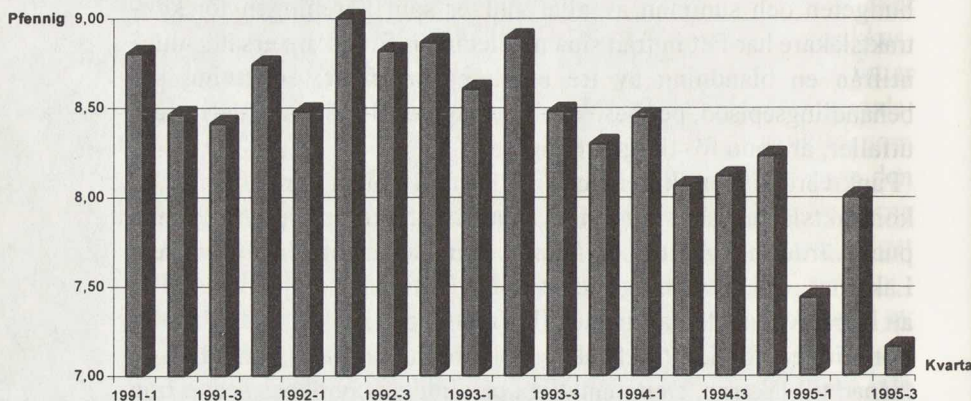
summa per fall. Dessutom ersätts konsultationer med en klumpsumma per patientbesök.

För alla andra åtgärder beräknas ett gemensamt punktvärde som multipliceras med antalet punkter som en åtgärd erhåller. Den enklaste punktvärderingen beräknas som kvoten mellan den totala budgeten och summan av alla punkter som Föreningen för kontraktsläkare har fått in från sina medlemmar. En läkare ersätts alltså utifrån en blandning av tre betalningsprinciper: ersättning per behandlingsepisod, per besök och per åtgärd. Hur detta blandsystem utfaller, är ännu för tidigt att avgöra.

Punktvärderingen skiljer sig åt mellan de 18 olika Föreningarna för kontraktsläkare som finns i Tyskland. Ett exempel på hur denna punktvärdering går till är hämtat från delstaten Niedersachsen. Läkarnas punktavräkning sker även här i efterhand varje kvartal. För att klara av löneutbetalningar till personal och omkostnader betalar Föreningen för kontraktsläkare en preliminär fast summa varje månad till läkarna. Den månatliga betalningen avräknas sedan från den slutgiltiga ersättningen efter varje kvartal. Några drastiska avvikelser från föregående kvartal är det dock inte frågan om. När systemet infördes 1978 värderades en punkt till ca. 10 Pfennig. Om denna punktvärdering skulle följt normalt prisindex, vore en punkt idag ungefär värd 15 Pfennig.

I diagram 6 nedan kan man se hur det genomsnittliga punktvärdet, uttryckt i Pfennig, i primärkassorna i Niedersachsen har förändrats från 1991 till 1995 per kvartal. Ur diagrammet framkommer det tydligt att förändringarna mellan olika kvartal, liksom mellan olika år, är markanta. Under den femårsperiod som studerats kan också en fallande trend skönjas.

Diagram 6. Genomsnittligt punktvärde i primärkassorna, genomsnitt över alla ersättningsgrupper, Niedersachsen, 1991-1995.



Källa: Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, 1996.

Orsaker bakom denna negativa utveckling av punktvärdet är en kombination av fast budget och ökat antal läkare samt ökat antal åtgärder per patient, inte minst på grund av nya behandlingsteknologier. Den ökade produktiviteten har dock inte legat i paritet med den försämrade punktvärderingen, vilket har lett till försämrade relativinkomster för läkare.

6.2.5 Erfarenheter av kostnadskontroll genom rörligt pris

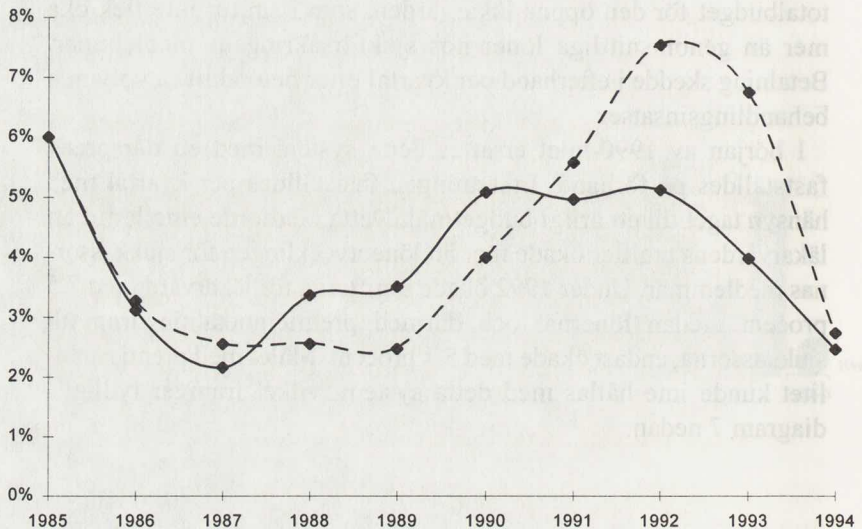
Under de senaste 20 åren har flera lagar införts för att bromsa kostnadsutvecklingen i den öppna läkarvården. Den övergripande principen har varit att styra totala utgifter genom prissättning och inte avgränsa läkarnas yrkesutövning genom direktstyrning av behandlingsutgifter.

I 1977 års lag om kostnadsbegränsning bestämdes en övergripande kostnadsram för sjukförsäkringssystemet. En totalbudget, som baserades på tidigare utgifter och gångna årets inflations- och löneökningar, fastställdes för all öppen läkarvård.

Under 1980-talet knöts arvoderingen av läkare tättare till en totalbudget för den öppna läkarvården, som i sin tur inte fick öka mer än genomsnittliga löner hos sjukförsäkringens medlemmar. Betalning skedde i efterhand per kvartal efter den faktiska volymen behandlingsinsatser.

I början av 1990-talet ersattes detta system med ett där priset fastställdes på förhand. Ersättningen fastställdes per kvartal med hänsyn taget till ett årligt budgetmål. Detta medförde emellertid att läkarvårdens utgifter ökade mer än löneutvecklingen för sjukkassornas medlemmar. Under 1992 ökade utgifterna för läkarvård med 7,5 procent medan lönerna, och därmed premieinbetalningarna till sjukkassorna, endast ökade med 5,1 procent. Målet med premiestabilitet kunde inte hållas med detta system, vilket framgår tydligt i diagram 7 nedan.

Diagram 7. Förhållandet mellan ökningar av premiegrundande löner bland försäkringstagare (heldragen linje) och kostnadsökningar i den öppna läkarvården (streckad linje), 1985-1994.



Källa: Bundesministerium für Gesundheit 1996

Fram till 1991 höll sig utgifterna inom föreskrivna ramar. Med övergången från en retrospektiv till en prospektiv arvodering under början av 90-talet ökade emellertid utgifterna avsevärt. Som ett svar därpå genomfördes 1993 en grundläggande sjukvårdsreform, 1993 års hälso- och sjukvårdslag. Denna reform innebar genomgripande strukturella förändring för såväl den öppna läkarvården som i den stationära sjukhusvården. Beträffande utgiftskontroll har den visat sig vara framgångsrik, framför allt i den öppna läkarvården.

6.2.6 Systemtillsyn av ett årligt stickprov av läkare

Den starka betoningen på övergripande utgiftskontroll har i viss mån överskuggat utvecklingen av andra kontrollmekanismer. Angående läkarvårdens ekonomiska effektivitet, så åligger det Föreningen för kontraktsläkare att tillsammans med sjukförsäkringen kontrollera läkarnas verksamheter. Dessa kontroller görs dels med riktvärden, dels med hjälp av relativ bedömningar av enskilda läkare. Om en läkares inkomster överstiger den genomsnittliga inkomsten med 50 procent, så underställs han ekonomisk granskning. Kritiker menar att dessa kontroller av enskilda läkare mot genomsnittet är missvisande, eftersom de inte tar fasta på sjukvårdens ändamålsenlighet, utan snarast på läkares relativa hushållning.

Varje år görs dessutom stickprov om två procent av samtliga läkare. Då undersöks om läkaren uppfyller lagstiftarens krav på "tillräcklig, ändamålsenlig och ekonomisk" sjukvårdsförsörjning. Därutöver är det Föreningen för kontraktsläkares uppgift att kontrollera kvaliteten av den vård som läkarna ger.

6.3 Ersättning till privata sjukgymnaster

6.3.1 Sjukgymnastik som en del av fysioterapi

Liksom i andra länder har sjukgymnasternas yrkesroll under senare år blivit mera sammansatt än vad som traditionellt sett uppfattas under begreppet *sjukgymnastik*. Sjukgymnastik har kompletterats med massage, bad, elektroterapi, ergoterapi med flera behandlingsmetoder. Denna verksamhetsutvidgning har föranlett namnbyte till 'fysioterapi' och omfattar i Tyskland förutom sjukgymnastik, massage och medicinsk badterapi. I dagligt tal används dock fortfarande ofta begreppet *sjukgymnastik* medan rapporteras för samtliga fysioterapeutiska åtgärder.

Det finns omkring 100 000 vårdgivare som arbetar med fysioterapi i Tyskland, därav har omkring 30 000 en egen mottagning. Det motsvarar ungefär en halv fysioterapeut per tusen invånare i öppen vård utanför sjukhusen. Fysioterapi utgör ungefär två procent av totala

hälso- och sjukvården i Tyskland. Av utgifterna för fysioterapi beräknas 50 procent hänföras till traditionell sjukgymnastik.

6.3.2 Läkarestyrd fysioterapi

En försäkringstagare har inte rätt att få fysioterapeutisk vård utan en *remiss från en privatläkare*. Med en remiss kan patienten *fritt välja* vilken *fysioterapeut* han/hon vill bli behandlad av. Förutom att läkare remitterar, föreskriver de också vilka fysioterapeutiska åtgärder som skall utföras i ett särskilt behandlingsrecept. Receptet innehåller en beskrivning av slag och antal behandlingsepisoder läkaren anser patienten behöva. Receptet eller remissen är giltig i tio dagar. Efter varje behandlingstillfälle kvitterar patienten receptet och godkänner därmed att han erhållit behandling. När behandlingen är färdig, enligt de åtgärder samt antal som receptet föreskriver, kan fysioterapeuten skicka in en räkning till den sjukkassan som patienten tillhör. Vanligtvis görs dessa avräkningar varje månad eller kvartalsvis. Om patienten önskar ytterligare behandlingar, krävs en ny läkarremiss.

6.3.3 Fri etablering tillåts om vissa krav är uppfyllda

För att bli berättigad till ersättning från sjukkassorna måste vårdgivaren enligt lag uppfylla tre villkor; terapeuten måste ha

1. fysioterapeutisk utbildning (sjukgymnastik),
2. minst två års yrkeserfarenhet,
3. ändamålsenlig utrustning och mottagningsutrymme.

Uppfyller fysioterapeuten dessa villkor finns det inga hinder att öppna en egen mottagning.

På likande sätt som i den öppna läkarvården har fysioterapeuterna organiserat sig i intresseföreningar, Föreningar för fysioterapeuter, i varje delstat. Föreningen för fysioterapeuter skall tillvarata medlemmarnas intressen samt förhandla fram en prislista för behandlingsåtgärder med respektive delstatsförening för sjukkassor.

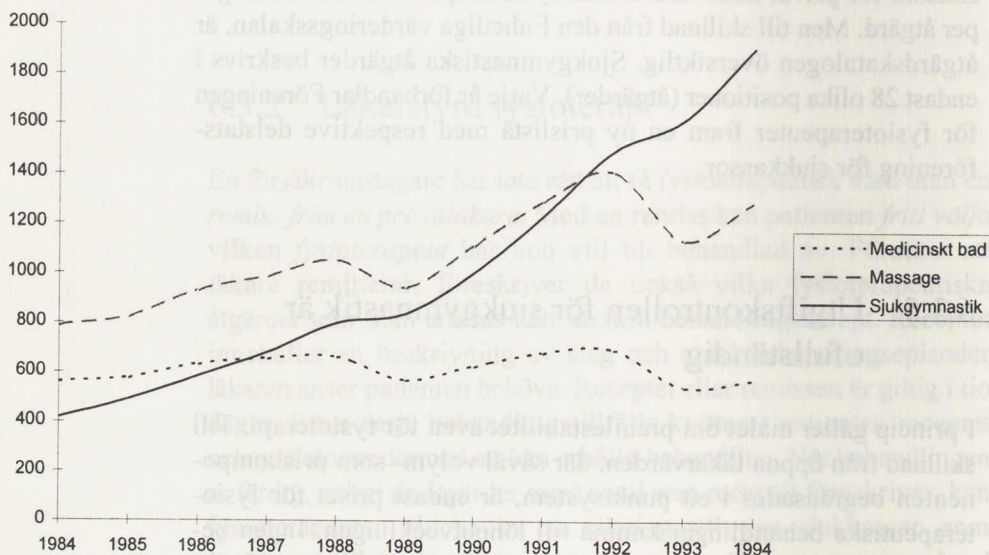
6.3.4 Ersättning efter antalet åtgärder

Liksom för privat läkarvård ersätts fysioterapeutiska behandlingar per åtgärd. Men till skillnad från den Enhetliga värderingsskalan, är åtgärds katalogen översiktlig. Sjukgymnastiska åtgärder beskrivs i endast 28 olika positioner (åtgärder). Varje år förhandlar Föreningen för fysioterapeuter fram en ny prislista med respektive delstatsförening för sjukkassor.

6.3.5 Utgiftskontrollen för sjukgymnastik är ofullständig

I princip gäller målet om premiestabilitet även för fysioterapi. Till skillnad från öppna läkarvården, där såväl volym- som priskomponenten begränsades i ett punktsystem, är endast priset för fysioterapeutiska behandlingar knutna till löneutvecklingen. Ingen begränsning av volymen sker, vilket har resulterat i högre utgiftsökningar än vad löneökningarna i befolkningen har tillåtit. I nedanstående figur framkommer det tydligt hur framför allt utgifterna för sjukgymnastik stadigt har stigit under den senaste tioårsperioden. Från att i början av 1980-talet ha varit den minsta utgiftsposten inom fysioterapi, har sjukgymnastiska behandlingar blivit den dominerade behandlingsformen.

Diagram 8. Totala utgifter i västra Tyskland för medicinskt bad, massage och sjukgymnastik, miljarder DM, 1984-1994.



Källa: Verband Physikalische Therapie 1996

Trots att antalet medicinska bad- och massageverksamheter inte ökat nämnvärt har de totala utgifterna för fysioterapi ökat mer än premieinbetalningarna. Mellan 1993 och 1994 steg t.ex. utgifter för fysioterapi med 14 procent, medan löneökningarna endast uppgick till 2,5 procent. Enligt prognosen för 1995 beräknas dock utgiftsökningarna stanna på drygt fem procent.

Det bör påpekas att en av huvudorsakerna till de stora kostnadsökningarna i fysioterapi är läkarnas ökade benägenhet att remittera till denna behandlingsform. Antalet remisser till sjukgymnastiska behandlingar har ökat med 36 procent sedan 1991. En ökad kostnadsmedvetenhet bland läkarna kan bidra till färre antal remisser och därmed färre antal behandlingar. Att styra läkarnas beteende i denna riktning har dock sina begränsningar.

En förklaring till att inga större reformer hittills har genomförts för att begränsa utgifterna är, förutom fysioterapins relativt ringa andel av totalkostnaderna för hälso- och sjukvården, att fysioterapi anses minska samhällets kostnader i andra sektorer.

6.4 Separering av värdering av relativa priser och fastställande av ersättningsnivån

Det finns likheter mellan ersättningssystemet i Tyskland och utformningen av den nationella taxan i Sverige. Införandet av individuella tak med en reducerad ersättning för vissa åtgärder är ett exempel. Ett annat är önskan att styra läkarna mot längre personliga kontakter med hjälp av en högre ersättning för sådana besök.

Exempel på intressanta skillnader är att man i Tyskland separerat värderingen av de relativa priserna för åtgärderna (punktskattning) och fastställande av ersättningsnivån. Ansvar för utformning av åtgärdslista samt värdering av relativa priser ligger på vårdgivarna. Åtgärdslistan är mer detaljerad i Tyskland. Taxan fastställs efter förhandlingar mellan parterna utifrån tydliga spelregler som upprättats av regeringen.

Totalkostnadskontrollen har getts en hög prioritet och kopplats till den samhällsekonomiska utvecklingen. Systemet med rörligt pris där nivån fastställs i efterhand utifrån producerad volym skiljer sig från ersättningssystemen i de flesta andra länder.

Den ekonomiska styrningen av sjukgymnastik skiljer sig på flera punkter mellan länderna. Motsvarande genomtänkta system för total utgiftskontroll som finns för läkarvården saknas för sjukgymnastik.

7 Erfarenheter från USA av ersättning efter åtgärd

Utredningen har också tagit del av de erfarenheter som finns i USA vid reformering av ersättningssystemet inom Medicare. Det är särskilt utvecklingen av metoder för värdering av arvodesnivåer för olika åtgärder som stått i fokus för vårt intresse.

7.1 Resource based relative value scale – ett alternativt sätt att beräkna resursåtgång för läkarvård

Resource based relative value scale (RBRVS) är en resursbaserad relativ värdeskala för åtgärder (operationer, laboratorieanalyser, undersökningar m.m.) som utförs i sjukvården. RBRVS-systemet utvecklades under 1980-talet på uppdrag av den amerikanska regeringen. Det har sedan 1992 bildat ett av flera underlag för den ersättning som utgår till läkare från den nationella sjukförsäkringen för äldre, Medicare. De grundläggande principerna utvecklades av en forskargrupp vid University School of Public Health och Department of Psychology vid Harvard University, under ledning av professor William Hsiao. Resultatet av detta omfattande arbete finns bland annat dokumenterat i en slutrapport som presenterades för Health Care Financing and Administration (HCFA) 1988, samt i ett stort antal artiklar i vetenskapliga tidskrifter. Utgångspunkten var att utforma ett system där utgifterna kunde kontrolleras med bibehållen hög kvalitet och med enkel administration.

Utvecklingen av en resursbaserad värdeskala är komplex av två anledningar. För det första är metoderna att mäta resursinsatser i läkarnas arbete inte väl etablerade, och för det andra kan åtgärder som läkare utför variera mycket, från en enkel konsultation till organtransplantation. American Board of Medical Specialties er-

känner 23 specialiteter och Physicians' Current Procedural Terminology (CPT-4) definierar cirka 8 000 åtgärder som läkarna utför. Idag används RBRVS vid värdering av läkarnas arbetsinsats för cirka 3 100 av åtgärderna.

7.2 Värdeskalans beståndsdelar

Den resursbaserade värdeskalan har konstruerats genom en formel där tre huvudsakliga resursinsatser inom vården mäts:

Total Work (TW) = läkarens totala arbetsinsats, dvs arbetsinsatsen före, under och efter en viss åtgärd.

Relative Practise Cost (RPC) = kostnader för mottagningen, dvs. omkostnader för lokaler, kringpersonal, försäkringspremier etc.

Alternative cost for Specialist Training (AST) = alternativkostnaden för läkarens specialist- och vidareutbildning, vilket mäts som läkarnas inkomstbortfall under utbildningstiden.

Läkarens totala arbetsinsats multipliceras med den relativa kostnaden för mottagningen samt alternativkostnaden för läkarens specialistutbildning (i genomsnitt per specialitet) vilket ger ett resursbaserat relativt värde, RBRV, för en given medicinsk åtgärd:

$$\text{RBRV} = (\text{TW}) (1 + \text{RPC}) (1 + \text{AST})$$

Metoden mäter resursinsatsen men tar t.ex. inte hänsyn till det medicinska resultatet vid en behandling/åtgärd. I metoden tas heller inte någon hänsyn till kvaliteten på den åtgärd som utförs.

Utvecklingen av RBRVS görs i flera steg med i sig olika antaganden och metoder. Arbetsinsatsen skall mätas på ett relevant sätt, liksom arbetsinsatsen före och efter en åtgärd och läkarens mottagningskostnad. Nedan följer en kortfattad beskrivning av de olika komponenterna och hur man har gått tillväga för att beräkna dem.

7.2.1 Läkarens arbetsinsats (TW)

Den totala arbetsinsatsen delades upp i tre faser; tiden före, under och efter respektive åtgärd. Det som i USA kallas för intraservice

work motsvaras i Sverige av läkarens arbetsinsats under tiden då denne har direktkontakt med patienten, antingen i samband med t.ex. ett kirurgiskt ingrepp eller vid ett samtal på mottagningen.

De viktigaste dimensionerna för att beskriva arbetsinsatsen

Vid utvecklingen av RBRVS utgick forskarna från tre frågeställningar:

1. Vilka dimensioner består läkarens arbetsinsats av?
2. Kan arbetsinsatsen mätas tillförlitligt och säkert, dvs med hög reliabilitet och validitet?
3. Vilken betydelse har olika dimensioner i arbetsinsatsen för varje åtgärd, och i vilken relation står dessa till den totala arbetsinsatsen?

Studien inleddes med intervjuer med 20 läkare för att fastställa viktiga dimensioner i arbetet.

Efter bearbetning och analys fann man att dessa var:

1. tid,
2. mental ansträngning och bedömningsförmåga,
3. teknisk skicklighet och fysisk ansträngning,
4. psykisk stress.

Arbetsinsatsen består således av arbetstiden, men också av arbetsintensiteten under den arbetade tiden.

Specialstudier av åtgärder

Åtgärderna klassificerades och beskrevs efter kodningssystemet CPT-4. Med hjälp av s.k. Technical Consulting Groups (med 100 involverade läkare) valdes 23 åtgärder ut inom varje specialitet för att studeras i detalj. En RBRV utvecklades för varje av dessa åtgärder. De 23 åtgärderna fick sedan forma basen för en extrapolering av andra tjänster inom respektive specialitet.

Typåtgärderna var sådana som var relevanta, vanligt förekommande och kunde tjäna som bas vid korsjämförelser.

En av de utvalda åtgärderna inom varje specialitet sattes som referensåtgärd och tilldelades värdet 100. En panel av bedömare värderade sedan arbetsinsatserna för övriga åtgärder i förhållande till

typåtgärden. T.ex. i allmänkirurgi valdes en okomplicerad bräckoperation som typåtgärd och tilldelades värdet 100. Resektion vid rektalcancer värderades till 4,5 gånger arbetsinsatsen vid en bräckoperation och fick därmed vikten 450. Detta förfarande betecknas "magnitude estimation".

En pilotstudie genomfördes per telefon för fyra representativa specialiteter (internmedicin, radiologi, allmänkirurgi och anestesi). Inom dessa medicinska områden valdes 90 specialister ut slumpmässigt. Efter de 90 testintervjuerna kontaktades 3 164 läkare varav 1 977 fullföljde intervjun.

En modell utvecklades för att utvärdera relationen mellan värderingen av arbete och dess fyra dimensioner. Man fann att läkare tillförlitligt och säkert kan värdera arbetsinsatsen för åtgärder inom sin egen specialitet. Man fann också att förhållandet mellan skattningarna av den totala arbetsinsatsen och övriga dimensioner inte skiljer sig mycket åt mellan olika specialiteter, dock finns det små, statistiskt signifikanta skillnader.

Läkarens arbete före och efter en åtgärd

I läkarens totala arbete ingår också en viss mängd arbete före och efter en åtgärd (läkaren läser patientjournaler, talar med kolleger och med anhöriga, förbereder åtgärder tillsammans med personalen, dokumenterar observationer, diagnoser och behandlingsplaner). Dessa tider undersöktes, liksom mängden arbete per tidsenhet.

Läkare ombads skatta tiden för arbetet före och efter för var och en av de 373 åtgärder som ingick i den nationella studien. Med hjälp av bland annat regressionsanalys beräknades arbetet per tidsenhet.

Den indirekta patienttiden som andel av den totala tiden varierade mellan 36 och 68 procent och representerar alltså en stor del av det totala arbetet.

Extrapolering nödvändigt för att hålla nere kostnaden

Det är mycket kostsamt att mäta arbetsinsatsen för alla åtgärder inom en specialitet. Därför har forskarna utvecklat en extrapoleringsmetod för att utifrån de mätta typåtgärderna beräkna värden för alla åtgärder inom specialiteten som finns upptagna i kodsystemet CPT-4. Mindre grupper av läkare bestående av 2-5 medlemmar inom varje specialitet konsulterades för att övervaka rimligheten i antagandena och resultatet av arbetet.

Länkningen mellan olika specialiteter är komplicerad

I den här delen av studien utvecklas en metod för att jämföra arbetsinsatsen av läkare *mellan* olika specialiteter. Detta görs genom att kombinera värden från separata specialiteter på medicinska åtgärder som förekommer inom flera specialiteter. Nyckeln till den gemensamma skalan är att identifiera par/länkar av åtgärder i olika specialiteter som kräver ungefär samma mängd arbete. Två typer av länkar användes: åtgärder som ansågs vara "desamma" och åtgärder som ansågs vara "likvärdiga". Varje specialitet knöts till andra med minst fyra länkar. Arbetet skedde i nära samarbete med läkare inom varje specialitet.

7.2.2 Mottagningskostnad (RPC)

Läkare har olika stora kostnader för mottagningsverksamheten. Mottagningskostnader inkluderar försäkringspremier, lokaler, kringpersonal etc, men exkluderar läkarens egen tid och annan uppoffring. År 1986 utgjorde den genomsnittliga mottagningskostnaden för ensampraktiserande läkare i USA cirka 50 procent av läkarens bruttoinkomst. Mottagningskostnaderna kan variera mycket beroende på vilken typ av åtgärder läkaren utför (telefonkontakter jämfört med mottagningsbesök), det geografiska läget (lokaler och löner) samt specialitet (t.ex. allmänläkare jämfört med patolog). Det finns också olika sätt att organisera sin mottagning på. En del läkare är mer benägna att slå sig ihop i grupper, t.ex. radiologer, medan andra föredrar att arbeta ensamma, t.ex. familje-/allmänläkare.

Målet i den här delen av studien var att utveckla ett relativt index som bara tar hänsyn till specialitetsspecifika kostnadsskillnader. Detta skedde genom att fördela mottagningskostnader på varje åtgärd i proportion till den totala arbetsinsatsen som den åtgärden kräver. Fasta kostnader fördelades med hjälp av kostnaden för basinsatsen, dvs. läkarens arbete. Man antog att åtgärder som hör samman med en större insats av läkare generellt också kräver en större mängd av andra resurser t. ex. kringpersonal.

Mottagningskostnadsindex

För att konstruera ett mottagningskostnadsindex användes läkarens mottagningskostnad som en procentsats av läkarens bruttoinkomst. Vid utvecklingen av ett mottagningskostnadsindex användes data från en stor omkostnadsundersökning i vilken sammantaget 4 729 läkare intervjuades.

Allmänkirurgi sattes som standardspecialitet. Den relativa mottagningskostnadsfaktorn representerar den procentuella skillnaden i mottagningskostnadsfaktor mellan varje specialitet och den specialitet som används som standard.

Mottagningskostnadsindexet tar bara hänsyn till specialitetsspecifika skillnader i mottagningskostnader. Åtgärdsspecifika skillnader, eller skillnader som beror på andra faktorer (t.ex. geografisk variation) fångas inte i detta mått. Geografiska variationer i omkostnader löses genom att den monetära konverteringsfaktorn varierar (dollar per poäng).

7.3 Införande av RBRVS i USA och aktuella erfarenheter

Harvardgruppens förslag till förändringar i Medicare har med vissa modifieringar successivt införts. Emellertid togs AST komponenten, dvs i utbildningskostnader bort medan man behöll geografiska skillnader i omkostnader som funnits sedan tidigare. Den omkostnadsberäkningsmetod som Harvardgruppen rekommenderat som bygger på resursförbrukningen byttes ut mot en metod baserad på

historiska debiteringar. Sannolikt kommer dock en resursbaserad metod att införas under 1997.

Ersättningsnivåerna för åtgärder inom "Evaluation and Management" ökade med i genomsnitt 5,7 procent årligen mellan 1991 och 1994, medan utnyttjandet av dessa åtgärder ökade med 3,6 procent. För kirurgiska åtgärder ökade utnyttjandet med 3,1 procent. Den årliga volymökningen på i medeltal 3,8 procent för alla åtgärder under tre år till och med 1994 är lägre än den trend som sågs innan det nya ersättningssystemet introducerades 1992. Om den relativt låga volymökningen representerar ett trendbrott är oklart, då värdet växlat år från år.

Vid intervjuer med patienter 1993 uppgav 97 procent att de inte upplevt en minskad tillgänglighet under det senaste året. Frågor som kopplade tillfredsställelse/belåtenhet till tillgången på vård besvarades positivt av 93 procent.

Utöver de förändringar som införts för att beräkna de relativa priserna för åtgärder har man infört förändringar som syftar till att kontrollera den totala kostnaden för Medicare.

Kostnadsökningar uppstår antingen som en effekt av högre priser, större volym eller ändrad åtgärdssammansättning (intensitet). Under perioden 1986 till 1992 medan arvodesnivån i taxan höjdes med två procent årligen ökade volymen och intensiteten sammanlagt med åtta procent årligen.

Nya budgetregler i USA tillåter inte utgiftsökningar utan att dessa i förväg är finansierade. Detta har resulterat i ett system som i korthet går ut på att priset per åtgärd fastställs årligen efter att utfallet från tidigare år analyserats. Vid denna justering görs läkarna ansvariga för eventuella ökningar i volym och intensitet i vården. Andra utgiftsökningar som en följd av demografiska förändringar, allmänna prisförändringar, ändringar i lagar och förordningar kompenserar man för vid uppräknig av en årlig totalkostnadsram.

I ett nyligen framlagt förslag av den granskningskommitté som följer reformerna i Medicare förordar den ett system där utgiftsramen baseras på det senaste årets ökning av volym och intensitet och skall gälla högst ett år. Till detta vill man koppla utvecklingen av BNP per capita samt en årlig uppräknig på en till två procent för att ge utrymme för investeringar i ny medicinsk teknologi.

7.4 RBRVS sprids till andra program i USA och till andra länder

RBRVS används även av andra offentliga och privata "health plans" i USA. Flera Medicaid-program (offentligt administrerade "health plans" för fattiga) och privata "health plans" baserar sin ersättning på RBRVS. Nästan 40 procent av Medicaid-programmen använder RBRVS för att ersätta läkare.

Även andra offentligt finansierade program använder idag RBRVS, t. ex. Washington State och West Virginia. Genom att använda RBRVS hoppas finansiärerna kunna reducera de skevheter i olika taxor som finns. Detta skall t.ex. ske genom att omfördela ersättning från laboratorieverksamhet till direkt patientarbete. Användningen av RBRVS tillåter försäkringsgivarna att enkelt uppdatera sina taxor genom att utnyttja HCFAs årliga revidering av RBRVS.

Flera "private health plans" använder RBRVS för andra syften än till ersättning per åtgärd. RBRVS används för att fastställa och identifiera skillnader i utbudet av vård. Avvikande läkare eller områden där granskningen av utnyttjandet kan förbättras kan också identifieras.

Minst två provinser i Kanada har använt RBRVS vid förhandlingar mellan finansiär och producenter vid fastställande av ersättningsnivåer. I Kanada förhandlar "provincial health plan" med "medical association" om en global budget för läkares åtgärder. Man fann att RBRVS kan fungera som ett användbart verktyg genom att det erbjuder en mer vetenskaplig plattform från vilken parterna kan förhandla från.

Den australiska regeringen har finansierat flera studier om RBRVS och reviderat de relativa värdena för att passa nationella förhållanden. Avsikten är att reformera ersättningen till allmänläkare och specialister.

7.5 Slutsatser

Vi anser att det är viktigt att särskilja beräkningen av de relativa priserna och fastställande av ersättningsnivån i taxan, vilket inte sker idag. Det innebär att utformningen av den relativa ersättningen mellan specialiteter liksom åtgärder inom respektive specialitet i stor

utsträckning kan överlämnas till den medicinska professionen medan ersättningsnivåer lämpligast bestäms vid förhandlingar mellan finansär och producenter. Där har parterna tillgång till makroekonomiska förutsättningar och politiska överväganden kan göras. Värderingen av relativa priser bör ske med hjälp av en systematisk och tidsbesparande metodik.

RBRVS-metoden kan för svenska förhållanden vid ett första påseende te sig komplicerad och resurskrävande. Erfarenheterna i USA har visat att läkarna uppnår en hög grad av överensstämmelse vid viktningen av arbetet av en åtgärd inom sin specialitet. Dessa viktningar stämmer väl med värderingen av viktiga dimensioner i arbetet (tid, mental ansträngning och bedömningsförmåga, teknisk skicklighet och fysisk ansträngning samt stress). Värderingen av arbetsinsatsen inom olika specialiteter överensstämmer med varandra och kan sättas samman till en gemensam skala.

RBRVS erbjuder därför ett nytt och t.o.m. förenklat sätt att beräkna ersättningen för ett stort antal åtgärder som läkare utför, dock har systemet begränsningar. RBRVS mäter bara resursinsatser och tar inte hänsyn till hälsovinster, t.ex. förbättrad livskvalitet eller förlängt liv, av en utförd åtgärd. Det tar heller inte hänsyn till kvalitetsskillnader i åtgärder som utförs av olika läkare, dvs. läkarens kvalitet. Systematiska skillnader i patienters svårighetsgrad när de behandlas av olika läkare tas ej heller med.

Det fanns en rädsla i USA för att vissa läkare skulle minska sin service till Medicare-patienter när ersättningen minskade som en följd av reformen. Uppföljningar har hittills inte kunnat påvisa några negativa konsekvenser för patienterna.

8 Principiella utgångspunkter vid utformning av utredningens förslag

Genom en analys utifrån ekonomisk teori av det nuvarande ersättningsystemet och erfarenheter från system i andra länder har vi kommit fram till följande principiella utgångspunkter vid utformning av våra specificerade förslag:

- Den privata specialistläkarvården och privat sjukgymnastik skall vidmakthållas och utvecklas som ett betydelsefullt komplement till den offentligt administrerade sjukvården. Det är dock eftersträfvansvärt att förhållandena mellan landstingen och privata vårdgivare fortsättningsvis regleras i avtal. I första hand skall vårdavtal väljas. Samverkansavtal är ett annat sätt.
- Det har fortfarande gått en kort tid sedan de nu gällande ersättningsreglerna infördes, vilket inte tillåter en fullständig utvärdering av effekterna. Emellertid har flera problem identifierats som behöver lösas.
- En fråga gäller de ekonomiska konsekvenserna av den nationella taxan för landstingen. Vi har funnit att landstingens totala utgifter för den privata vården har ökat kraftigt. Utgiftsökningen har uppstått både som en effekt av den fria etableringen, som inneburit ett nettotillskott av vårdgivare, och förändringar i taxan.
- De problem som hittills framkommit rörande konsekvenser av det nya ersättningssystemet är mindre allvarliga. Sammantaget med den korta uppföljningstiden utgör de inte grund för att rekommendera omedelbara stora förändringar. Emellertid är vissa av de gällande reglerna svårtolkade. De kan klargöras med mindre förändringar på kort och medellång sikt. En viss avreglering kan förmodligen underlätta samarbetet mellan landsting och enskilda privata rådgivare.

- Uppföljning och kvalitetssäkring av den privata vården är viktiga aspekter som behöver förbättras och samordnas med den offentliga vården. Ett ökat samarbete mellan landstingen, de privata vårdgivarna och Socialstyrelsen är angeläget på detta område.
- Effektiviteten i det nuvarande ersättningssystemet kan antagligen förbättras genom ett långsiktigt utvecklingsarbete. Utformningen av ett system för resursbaserad värdering av sjukvårdstjänster i öppen vård bör därför samordnas med pågående utvecklingsarbeten i den offentliga vården. Ett gemensamt nationellt värderingssystem av medicinska åtgärder skulle underlätta jämförelser av kostnaderna. Den metodik som utvecklats i USA (RBRVS) är ett av flera intressanta alternativ i ett sådant arbete.

Viktiga utgångspunkter vid föreslagna förändringar av taxans utformning och fastställande av ersättningsnivåer är:

- Taxan skall ge vårdgivarna en rimlig ersättning och främja god kvalitet, hög produktivitet och effektivitet.
- Ersättningssystemet skall utformas så att utgifterna för sjukvårdshuvudmännen på förhand och med stor säkerhet kan fastställas och kontrolleras.
- Systemet skall vara neutralt, dvs. ersättningen för enskilda tjänster/åtgärder skall i så liten utsträckning som möjligt påverka medicinska ställningstaganden. Detta system förutsätter kontinuerliga revisioner för att anpassa ersättningen till de snabba förändringarna av medicinska metoder och i sjukvårdens organisation.
- Relativa ersättningar för vårdtjänster (besök, åtgärder) bör fastställas separat från arvodesnivåer. Den medicinska professionen bör ges ett ökat ansvar för detta.
- Varken den lämpliga utgiftsramen eller arvodesnivåer kan definitivt fastställas på vetenskaplig väg eller utredas fram. De kan endast fastställas genom politiska ställningstaganden utifrån samhällsekonomiska avvägningar och i förhandling mellan parterna. Det krävs tydligare regler för hur en sådan förhandlingsprocess, inklusive gemensamma principer för beräkning av utgiftsramen och revidering av taxan, skall genomföras. Målet bör vara att parterna självständigt svarar för verkställandet av lagen om läkarvårdsersättning och ersättning för sjukgymnastik i förhandlingar. De nuvarande förordningarna om den nationella taxan bör ersättas av ett mer flexibelt styrinstrument.

9 Kostnadskontroll och metoder för att beräkna en ersättningsram

9.1 Kostnadskontrollen bör skärpas

En viktig utgångspunkt vid utformning av ersättningssystem för hälso- och sjukvård är att finansiären skall kunna kontrollera den totala kostnaden. När sjukvård ersätts via anslag är denna kontroll i allmänhet god. I verksamheter med prestationsersättning som stimulerar till hög aktivitet och med många oberoende vårdgivare är det svårare att uppnå kostnadskontroll. Det förhållande som gäller för den nationella taxan med en part (staten), som fastställer ersättningsnivåerna, och 26 sjukvårdshuvudmän som är ansvariga för finansieringen komplicerar kontrollen ytterligare.

Regeringen uttalade målet att utgifterna för den privata vården inte skulle öka för landstingen när det nya ersättningssystemet infördes 1994. "Utgångspunkten är att denna (den nya nationella taxan, vår anm.) skall utformas inom en oförändrad kostnadsram i förhållande till den ersättning som de privatpraktiserande läkarna och sjukgymnasterna idag uppbär från försäkringskassan" (prop. 1993/94:75).

Idag kontrolleras den totala kostnaden med hjälp av individuella ersättningstak, kompletterade med begränsningar i tillträdet på marknaden. Numera tillåts en vårdgivare att etablera sig och erhålla ersättning från den nationella taxan endast om denne har ett samverkansavtal med den lokala sjukvårdshuvudmannen.

Erfarenheterna visar dock att utgiftskontrollen inte fungerat tillfredsställande. De totala utgifterna har ökat kraftigt och landstingen har saknat valid information om vilka faktorer som legat bakom denna ökning.

Då det även under de närmaste åren kommer att finnas en osäkerhet kring effekterna av taxans konstruktion, ersättningstaken och antalet vårdgivare som kommer att erhålla ersättning från den nationella taxan föreslår vi att totalkostnadskontrollen skärps. Samtidigt föreslår vi att de individuella taken görs mindre styrande. Det kan ske efter en överenskommelse mellan parterna om en årlig kostnadsram. Efter uppräknig av ramen med hjälp av förutbestämda kriterier och

justering för ändringar i antal vårdgivare och volymer fastställs arvodet. Ett alternativt sätt är att fastställa ett preliminärt arvode på förhand som justeras i efterhand när uppgifter om volymer och vårdens sammansättning föreligger enligt den tyska modellen.

9.2 Olika principer för beräkning av en kostnadsram

Den gällande policyn att privata vårdgivare och landsting bör eftersträva att sluta vårdavtal kan komma att minska landstingens utgifter för den nationella taxan, men knappast utgifterna för privat vård. Införande av 65 årsgränsen och borttagandet av det fem-procentiga tillägget för vissa vårdgivare kommer ytterligare att minska landstingens utgifter. I förhållande till utgifterna 1995 kommer borttagande av det fem procentiga tillägget innebära en reduktion på 56 miljoner kronor. Om samtliga vårdgivare som uppnått 65 år under 1997 slutar kommer utgifterna att reduceras med ytterligare 230 miljoner för läkarvården. Från och med 1996 skall nya vårdgivare ta samma patientavgift som gamla. Det innebär en utgiftsökning för landstingen på cirka 11 miljoner kronor.

Å andra sidan kan det inte uteslutas att sjukvårdshuvudmännens större erfarenhet från samarbetet med privata vårdgivare kan bidra till en ökad benägenhet att sluta samverkansavtal och på så sätt tillföra nya vårdgivare till den nationella taxan. Inte desto mindre finns det ett nationellt intresse av att utgifterna för hela den privata sektorn kan följas upp och kontrolleras. Framtida osäkerheter om antalet vårdgivare försvårar utarbetande av stabila regler för justering av arvodesnivåer för den grupp som av olika skäl väljer att erhålla sin ersättning från den nationella taxan.

Utgifterna i försäkringssystemet 1993 togs som utgångspunkt när arvodet i den nuvarande taxan utformades. I vår översyn av utgifter och arvodesnivåer har vi utgått från denna referenspunkt för att kunna värdera de totala kostnaderna och lämna förslag till en metod för justering av arvodesnivåer.

I det följande avsnittet presenteras en modell för beräkning av arvodesnivåer i den nationella taxan där hänsyn tas till förändringar i volymer och intensitet i vården. Vi tror inte det är möjligt att uppnå en 100-procentig kostnadskontroll varje år utan anvisar en metod där

man kan undvika att kostnaderna ökar på ett okontrollerat sätt över flera år.

Det finns olika principer för en årlig justering av ersättningsramen och arvodesnivåer. Vårdgivarnas organisationer har tagit fasta på omkostnadsökningar och den allmänna prisutvecklingen i samhället. Läkarförbundet förordar en justering av arvodesnivåer på basis av förväntade kostnadsökningar i samhället uppdelat i allmänna kostnadsökningar (praktikkostnader) och lönekostnader (läkarlön + sociala avgifter + pensionsavsättningar). Praktikkostnaderna för läkare utgör cirka 60 procent av den totala kostnaden. De beräknade kostnadsökningarna under 1995 och 1996 var sex procent.

LSR har använt samma angreppssätt i sina yrkanden om justering av ersättningsnivåer. Utifrån en prognos över utvecklingen av löner och konsumentpriser kom LSR fram till att ersättningen borde justeras med 4,8 procent från och med 1996.

Landstingsförbundet har istället utgått från den samhällsekonomiska utvecklingen och de besparingskrav som den offentliga sjukvården har fått vidkännas under senare år. Förbundet yrkade att utgiftsramen och därmed arvodesnivåerna för privata vårdgivare borde minskas med fyra procent.

Utöver dessa principer finns det andra:

- Faktiska kostnadsökningar på basis av den allmänna prisutvecklingen i samhället.
- Ekonomisk tillväxt inom hälso- och sjukvårdssektorn.
- Ekonomisk tillväxt inom den offentliga hälso- och sjukvårdssektorn.
- Kostnadsjämförelser inom privat och offentlig vård.
- Produktivitetsutveckling.
- Omkostnadsökningar utifrån kostnadsstudier.
- En på förhand fastställd procentuell uppräknings baserad på kostnadsutvecklingen i den privata sjukvårdssektorn under flera år.
- Via förhandlingar utan på förhand fastställda beräkningsgrunder, dvs den ordning som i praktiken gäller idag.

Två eller flera av dessa metoder kan kombineras.

9.3 Ett förslag till beräkning av ersättningsram

Vi har tidigare betonat vikten av att kunna kontrollera de totala kostnaderna för all hälso- och sjukvård. Vidare anser vi att det är en stor fördel att ha en given ram vid justering av arvodesnivåer.

En viss vägledning hur en sådan modell har utredningen inhämtat från en promemoria som utarbetats inom Socialdepartementet (1994-04-27). I denna har den totala ersättningen för den privata läkarvården respektive sjukgymnastik beräknats, dvs. den omfattar både läkarvårdsersättningen från landstingen och patientavgifterna.

9.3.1 Ersättningsram för läkarvård

Vid beräkning av ramen för läkarvårdstaxan utgick man från följande:

- Den utbetalade ersättningen 1993 inklusive födelsekontrollerande åtgärder enligt Riksförsäkringsverkets beräkningar.
- Den totala utgiften var 1277¹ mkr, dvs. en ökning med 2,5 procent jämfört med 1992.
- Ersättningsramen skall även inkludera patientavgifterna. Efter frånräkning av det skattade antalet frikortsbesök och grupp 1 besök (knappt 1 miljon) uppgick antalet till 2,8 miljoner besök. Den sammanvägda patientavgiften var 161 kronor, dvs. totalt 451 miljoner kronor.
- Summan av försäkringsutgifter och patientavgifter beräknades till 1728 miljoner kronor.
- Uppräkning har gjorts utifrån antaganden om omkostnadsökningar med lika stor andel löner och övriga kostnader (KPI). Sammanlagt under 1994 och 1995 beräknades omkostnaderna öka med 46 miljoner kronor medan rationaliseringskravet var 35 miljoner (2 procent).
- Med hänsyn tagen till att de särskilda arvoden inte skulle ingå avräknades de från ramen med totalt 150 miljoner kronor.

¹ Läkarförbundet hävdar att jämförelsen bör gälla kostnaden den tidpunkt då systemförändringen skedde, dvs 1 juli 1994. Det saknas tillförlitliga kostnadsdata från denna period vilket talar för att den är olämplig att använda som bas.

- Ramen exklusive särskilda åtgärder var 1589 mkr för andra halvåret 1994 och första halvåret 1995

9.3.2 Ersättningsram för sjukgymnastik

- Samma beräkningsprinciper har använts för sjukgymnastik som för läkarvård.
- Utgifterna 1993 uppgick till 506 miljoner kronor, vilket var en ökning med 7 procent i förhållande till 1992.
- Den genomsnittliga patientavgiften skattades till 59 kronor och 2.1 miljoner besök resulterade i patientavgifter på 124 miljoner kronor.
- Efter avdrag för frikortsbesök m.m. uppgick ersättningen till 630 miljoner kronor.
- Beräknade omkostnadsökningar andra halvåret 1994 och första halvåret 1995 uppskattades till 18 miljoner kronor.
- Efter avdrag för rationaliseringskravet på 13 miljoner kronor blev den slutliga ramen exklusive särskilda åtgärder 605 miljoner kronor.

9.3.3 Beräkning av ersättningsram för 1995 utifrån faktiska utfall

Vi har valt att använda samma modell för att i efterhand beräkna en utgiftsram för år 1995. Beräkningen utgår från faktiska data för år 1993 och kostnadsförändringar mellan åren. För läkare uppgick den faktiska ersättningen år 1993 till 1 654 miljoner och för sjukgymnaster till 640 miljoner. Detta skall enligt förslaget uppräknas med lika stor del KPI och lönekostnadsförändring.

Tabell 24. Beräkning av avvikelsen mellan uppdaterad ram för och totala kostnader för läkare och sjukgymnast, 1995, (mkr) .

	Läkare	Sjukgymnast
Total ersättning 1993	1 654	640
Prisutveckling(KPI+lön)	103	32
Rationaliseringskrav	-66	-26
<u>Ram för särskilda åtgärder</u>	<u>-150</u>	<u>-30</u>
Ny ram för 1995	1 541	616
Faktisk total ersättning 1995	2 137	989
Särskilda åtgärder	-254	-92
<u>Tillskott av vårdgivare</u>	<u>-207</u>	<u>-233</u>
Justerad ersättning för 1995	1 676	664
Underskott 1993-1995	-135	-48

Den totala ersättningen för 1993 har räknats upp med lika delar allmän prisutveckling och lönekostnader. Läkarlönerna höjdes enligt data från Landstingsförbundet med 7,5 procent medan sjukgymnasternas löner ökade med fem procent. Ett rationaliseringskrav på fyra procent har dragits bort. Likaså har ramen minskats med den förväntade ersättningen för särskilda åtgärder då dessa inte skulle ingå i ramen. Den uppdaterade ramen för 1995 är 1 541 för läkare och 616 miljoner kronor för sjukgymnaster.

Därefter har vi räknat fram den verkliga justerade totala ersättningen till vårdgivarna under 1995. Det har gjorts genom att från den totala ersättningen ta bort arvudet för särskilda åtgärder och därefter den andel som tillkommande läkare svarade för under året. I vilken utsträckning förändringen i antalet vårdgivare skall beaktas vid uppföljningen av ramen kan diskuteras och är ytterst en politisk fråga. Vi har utgått från samma princip, som bland annat används av den amerikanska staten, nämligen att vårdgivarna får ta ansvar för kostnadsökningar på grund av ändringar i volym och intensitet i vården medan finansiären tar ansvar för kostnadsökningar på grund av den allmänna prisutvecklingen, demografi och ändringar i lagar. Om vi tillämpar denna princip i detta fall finner vi det rimligt att avräkna kostnader som uppstått en följd av antalet vårdgivare ökade under tiden då det var fritt att etablera sig som privatpraktiker. Det är givetvis svårt att beräkna denna andel exakt. Vi har valt en enkel beräkningsprincip. Tillskottet av läkare mellan 1993 och 1995 repre-

senterade 11 procent av samtliga läkare verksamma under 1995. Dessa antas ha erhållit en genomsnittlig ersättning (exklusive särskilda åtgärder) som sammanlagt uppgick till 207 miljoner kronor. Ersättningen till nytillkommande sjukgymnaster uppgick enligt samma beräkningssätt till 233 miljoner kronor. Den justerade totala ersättningen för 1995 var för läkare 1 676 miljoner kronor och 664 miljoner kronor för sjukgymnasterna.

Det innebär att den faktiska ersättningen översteg den nya ramen för läkare med 110 miljoner kronor (7 procent) och för sjukgymnastik 48 miljoner kronor (8 procent).

9.4 Förslag till modell för kostnadskontroll

Vi har tidigare redovisat våra motiv till varför vi föreslår att totalkostnadskontrollen bör skärpas och att det lämligast sker med hjälp av en total kostnadsram. Vi föreslår att den modell som använts för avstämningen av utfallet för 1995 i sina huvudrag används även för att räkna fram ramen inför kommande år.

Vid beräkning av en kostnadsram för 1997 ingår följande komponenter för läkarvård respektive sjukgymnastik:

- Lönekostnader för läkare baserat på Landstingsförbundets beräkningar av effekterna av redan ingångna avtal. För läkare kommer det innebära en löneökning på 7,2 procent under 1996 och 1997.
- Praktikkostnader för läkare. Kostnadsförändringar beräknas med hjälp av en sammanvägning av en tredjedel lönekostnadsökningar på 11,4 procent för assisterande personal (sjuksköterskor) och två tredjedelar allmän prisutveckling ger en förväntad kostnadsökning på 6,6 procent.
- Beräkningarna görs på samma sätt för sjukgymnasterna. Lönekostnader förväntas öka med 7,5 procent. Lönerna för assisterande personal och allmän prisutveckling beräknas till 5,3 procent på två år.
- För båda grupperna minskas ramen med rationaliseringskravet på två procent per år.

Då det inte går att förutse förändringen i antalet vårdgivare tas inte hänsyn till denna komponent vid beräkning av den preliminära ramen.

Utifrån dessa komponenter har en preliminär ersättningsram beräknats för 1997. Till skillnad från tidigare beräkningar bör ersättningen för särskilda åtgärder ingå i ramen från och med 1997. Den mest rimliga utgångspunkten är att respektive ram höjs med 1995 års ersättning för särskilda åtgärder inklusive patientavgifter. För att räkna ut en ram för 1997 har utfallet 1995 (1 883 respektive 883 mkr) minskats med underskottet i tabell 24 (135 mkr för läkare och 48 mkr för sjukgymnaster). Denna siffra har sedan räknats upp med hjälp av beräknade lönekostnadsökningar, förväntade allmänna prisökningar enligt Finansdepartementet och rationaliseringskravet på två procent per år har dragits ifrån. Enligt denna beräkningsmetod skulle en preliminär ram inklusive särskilda åtgärder bli 2 060 miljoner kronor för läkarvård och 964 miljoner kronor för sjukgymnastik.

Tabell 25. Beräkning av preliminär ersättningsram för 1997 (mkr).

	Sjukgymnastik	Läkarvård
Total ersättning 1995 exkl. arvode för särskilda åtgärder	1 883	897
Underskott	- 135	-48
<u>Särskilda åtgärder</u>	<u>254</u>	<u>92</u>
Bas för beräkning av ny ram	2 002	941
<i>Kostnadsförändring för 1996</i>		
Beräknade praktikkostnadsökn. *0,5	32	14
Löner (läkare 4,0; sjukgymn. 4,8) * 0,5	40	23
Rationaliseringskrav	-40	-19
<u>Summa 1996</u>	<u>32</u>	<u>18</u>
<i>Kostnadsförändring för 1997</i>		
Beräknade praktikkostnadsökn. * 0,5	34	11
Löner (läkare 3,2, sjukgymn. 2,7) * 0,5	32	13
Rationaliseringskrav	-40	-19
<u>Summa 1997</u>	<u>26</u>	<u>5</u>
Preliminär ersättningsram för 1997	2 060	964

På samma sätt som 1995 års ram stämde av mot faktiska kostnadsökningar och förändringen i antalet vårdgivare kan sedan 1997 års ram stämmas av. Vid årsskiftet 1996/97 kan t.ex. 18 procent av läkarna komma att sluta på grund av åldersskäl. År 1997 når 2,1 procent av läkarna 65 års ålder. Under de kommande fyra åren 1998-2001 beräknas i genomsnitt 2,0 procent av läkarna sluta av åldersskäl. Effekterna av ingångna vårdavtal kan inte beaktas då vi inte känner denna siffra. Sammantaget tyder planerade förändringar på att totalkostnaderna för privata vårdgivare kommer att minska.

10 Utformning av taxorna och fastställande av arvodesnivåer

10.1 Arvoden och ersättningstak

Utredningen har gjort en samlad bedömning av framförda synpunkter och förslag till förändringar av taxornas åtgärder, arvodesnivåer och ersättningstak. Vi har utgått från kravet att en taxa skall vara så neutral som möjligt för att minimera dess styrande effekter på medicinska beslut. Dessutom skall taxan ge en rimlig ersättning till vårdgivarna. Arvodet skall vidare ge förutsättningar att bedriva en kvalificerad specialistvård. Ett grundproblem med dagens taxa är att omkostnaderna varierar stort mellan läkarna även inom samma specialitetsgrupp, medan ersättningstaken är gemensamma. Vid inordnande av de särskilda åtgärderna under ersättningstaken accentueras detta problem. En generell höjning av taken skulle sannolikt resultera i stora överskott för vårdgivare som har låga omkostnader. Utgiftsramarna skulle riskera att överskridas och komma i konflikt med ett annat viktigt grundkrav, nämligen totalkostnadskontroll.

Vi föreslår följande lösningar på detta dilemma:

1. Alla typer av besök, åtgärder, rådgivning som berättigar till ersättning enligt den nationella taxan skall så långt som möjligt likställas och relateras till varandra. Det innebär att särskilda åtgärder, samtalsterapi, åtgärder i födelsekontrollerande syfte m.m., som idag inte ingår vid beräkningar av den sammanlagda ersättningen, bör ingå i denna beräkning. Likaså skall alla besök ersättas med ett reducerat arvode över Ersättningstak 1 så att den relativa ersättningsnivån för olika besökstyper och åtgärder bibehålls upp till Ersättningstak 2.

2. Arvodet för respektive besökstyp, åtgärd m.m. skall inkludera ersättning för vårdgivarens kostnader för den egna insatsen och mottagningskostnad (assisterande personal, lokaler, material och utrustning).

3. Ersättning skall utformas så att de relativa priserna i så hög utsträckning som möjligt speglar den faktiska kostnaden för vårdgivaren för respektive besökstyp alternativt åtgärd.

4. För att mildra effekterna av inordning av arvodet för särskilda åtgärder under ersättningstaken föreslår vi en modifiering av taxan så att en viss differentiering av ersättningsnivåer möjliggörs. Vårdgivare med höga omkostnader i form av avancerad utrustning och eller assisterande personal har större förutsättningar än andra att nå upp till Ersättningstak 1 och erhålla reducerat arvode. Genom att höja det reducerade arvodet mellan tak 1 och tak 2 i förhållande till normalarvodet ökas differentieringen.

5. Ersättningstak 1 justeras specialitetsvis i enlighet med aktuella omkostnadsberäkningar. I dessa beräkningar tas hänsyn till både förändringar i omkostnadsstruktur, prisförändringar och lönekostnadsförändringar. Utöver dessa principiella ändringsförslag redovisas också ett antal detaljerade förslag.

10.2 Införande av en ny specialitet i den nationella taxan

Vid upprepade tillfällen har önskemål framförts från Sveriges Läkarförbund och från Svenska Privatpraktiserande Reumatologer att reumatologi skall införas som egen specialitet i den nationella taxan. Detta för att möjliggöra längre besökstider än vad som gäller för invärtesmedicin i övrigt. Vidare önskar man avgiftsbefrielse för särskilda blodprovskontroller på grund av den vanligt förekommande och kostsamma cellgiftbehandlingen. Kostnadstaket föreslås vara oförändrat, dvs detsamma som för invärtesmedicin.

Följande motivering ligger till grund för förslaget: En reumatiker är en kroniskt sjuk människa vars omhändertagande i regel kräver åtgärder som tar lång tid, klinisk undersökning av patienten, behandling med tunga antireumatiska medel som av medicinska säkerhetsskäl kräver omfattande blodprovstagningar (3–4 gånger före ett återbesök), remittering till fysikalisk behandling, arbetsterapi, kurator, reumakirurgi, frekvent intygsskrivning m.m.

Till utredningen har också redovisats nackdelar med att tillskapa nya specialiteter i den nationella taxan. Landstingsförbundets expert i utredningen har anfört principiella invändningar mot att bryta ut en grupp läkare då detta kan få prejudicerande konsekvenser. Sammantaget med de höga kostnaderna för laboratorieanalyser skulle detta tala för att välja vårdavtalslösningar mellan reumatologer och

aktuella landsting. Dessutom skall tilläggas att det rör sig om en liten grupp av läkare.

Vi anser att de fördelar som en viss höjning av arvudet för den aktuella läkargruppen skulle få överväger de eventuella nackdelar som en ytterligare specialitet riskerar att medföra i form av en ökad administration av taxan. Etablering av nya specialiteter i framtiden bör prövas förutsättningslöst i varje enskilt fall.

Förutom propåerna angående ändrad tid från reumatologerna har Läkarförbundet yrkat en längre genomsnittstid inom anesthesiologi och intensivvård. Önskemålet har inte beaktats i vårt förslag med hänvisning till de höga ersättningsnivåer som utbetalats till denna specialitet under 1995. Den förändring av taxan som kan bli aktuell inför 1997 kan på nytt aktualisera detta önskemål. Förnyad prövning bör då ske.

10.3 Kravet på en genomsnittlig minimitid per besök

Det finns goda skäl att ifrågasätta om kravet på en minsta genomsnittlig beökstid per månad skall bibehållas i lagen. Grundtanken i specialisttaxeutredningen att en mer frikostig ersättning skall ge bättre förutsättningar för privatläkarna att bedriva och utveckla vården mot hög kvalitet är principiellt riktig. Möjligheterna att använda ett exakt tidskrav för att styra de vårdgivare som inte själva är angelägna eller saknar förmåga att bedriva vården med god kvalitet kan dock överskattas. Det är bland annat svårt att på förhand fastställa det korrekta tidskravet för varje specialitetsgrupp. De stora variationer i antalet besök per vårdgivare som kommit fram i våra analyser visar att den privata vården trots denna regel bedrivs på mycket olika sätt. Landstingens förutsättningar att kontrollera efterlevnaden är också mycket begränsade.

Ett principiellt skäl som talar mot att behålla denna regel är att sambandet mellan tid och kvalitet i det enskilda fallet är osäkert. Inte sällan kan det omvända förhållandet gälla. Det är till och med troligt att en vårdgivare med hög kompetens och lång erfarenhet arbetar snabbare och med bättre kvalitet än den som har en kortare utbildning och är mindre erfaren. En kraftig styrning genom ett

formellt tidskrav skulle kunna leda till att man motverkar ett gott syfte.

Såväl representanter för vårdgivare och landsting önskar behålla tidskravet i någon form. Vi menar att de angivna genomsnittstiderna möjligen kan fungera som ett riktmärke. Landstingen har genom dessa riktmärken ett visst stöd för att ta initiativ till revision när antalet besök eller storleken på utbetalningarna avviker kraftigt från det förväntade. Uppföljning och styrning av vårdens kvalitet bör i första hand ske med reguljär kvalitetssäkring och medicinsk revision av sakkunniga på respektive område.

10.4 Särskilda åtgärder skall inordnas under ersättningstaken

De olika typerna av besök som berättigar till normalarvode, enkelt arvode respektive särskilda åtgärder liksom samtalsterapi och födelsekontrollerande åtgärder bör jämföras. Om vissa åtgärder särbehandlas ur ersättningssynpunkt finns det risk för felaktig styrning av de medicinska avvägningarna. Inordnandet av de särskilda åtgärderna under ersättningstaken bidrar till en sådan likriktning och neutraliseringen av taxan. Det innebär också att särskilda åtgärder bör ersättas med ett reducerat arvode ovanför Ersättningstak 1. I de fall särskilda åtgärder kräver en dyr utrustning eller krav på andra typer av fasta kostnader, t.ex. lokaler, bör detta i första hand avspeglas i ersättningen för åtgärden.

Ersättningen till vårdgivare som använder en stor del särskilda åtgärder som är ovanliga och kräver en mycket unik kompetens eller en mycket dyr utrustning bör i första hand bestämmas via lokala vårdavtal där hänsyn kan tas till särskilda förhållanden. Utredningen har inte funnit tillräckliga skäl för att rekommendera regeringen att ändra den lagparagraf som träder i kraft 1 januari 1997 rörande inordning av särskilda åtgärder.

De negativa konsekvenser inordningen av de särskilda åtgärderna under taken förväntas få bör minskas genom att anpassa arvodesnivåerna för dessa åtgärder. Ett första underlag för fastställande av särskilda åtgärder har utredningen dokumenterat i en arbetspromemoria. Här redovisas endast ett exempel hämtat från den invärtesmedicinska specialiteten för att beskriva arbetsmetodiken.

Vi föreslår att även födelsekontrollerande åtgärder inordnas under ersättningstaken och att man definierar både ett normalarvode och reducerat arvode. En komplikation uppstår när vårdgivarna når upp till Ersättningstak 2 och normalt erhåller patientavgiften i arvode. Eftersom läkaren inte har rätt att ta ut avgift i detta fall blir det styrande. Situationen kommer att vara ovanlig men kan behöva en separat lösning.

10.4.1 Ett förslag till metod för att fastställa arvodesnivåer

Den invärtesmedicinska specialiteten tillsammans med övriga specialiteter och landstingsrepresentanter har getts tillfälle att lämna synpunkter till utredningen på den nuvarande förteckningen och de aktuella arvodesnivåerna. De ombads att föreslå tillägg, omdefinitioner och strykningar i förteckningen med utgångspunkt från dagens praxis och åtgärdernas ändamålsenlighet. Inkomna förslag från specialitetsföreträdarna innehåller främst tillägg. Detta gäller även för invärtesmedicin. Specialistföreträdarna har bl.a. föreslagit att *medicinskt arbetsprov med digital lagring och medelvärdesbildning* respektive *andningsfunktionsundersökning genom spirometri inklusive diffusionskapacitetsbestämning* skall bli införda som nya särskilda åtgärder.

Det datoriserade medicinska arbetsprovet utförs med datoriserad kontroll avseende belastnings-nivåer på ergometercykel, armcykel eller rullande matta där simultan insamling av tolv EKG-avledningar med medelvärdesbildning av EKG-komplexen genomförs. Det datoriserade medicinska arbetsprovet kan entydigt särskiljas från det tidigare enkla arbetsprovet. Det har påtagligt kunnat öka känsligheten och precisionen av EKG-informationen med förbättrade tolkningsmöjligheter såsom rytmanalys och analys av deformation hos EKG-komplexet – speciellt dess ST-nivåer. Det medelvärdesbildande EKG-resultatet eliminerar i allt väsentligt muskel- och baslinjestörningar.

Dessutom har den invärtesmedicinska specialiteten föreslagit att *ambulatorisk blodtrycksmätning (långtidsblodtryck)*, liksom tre typer av skopier med video, införs som en särskild åtgärd.

Värdering av arbetsinsats

Varje specialitet har blivit ombedd att värdera resursinsatsen för varje redan förekommande och eventuellt nya åtgärder. Detta har gått till på så sätt att man skattat läkartid och tid för assisterande personal i minuter. Vidare har relativa kostnader för lokaler och utrustning skattats. Slutligen har en sammanvägning av den totala resursinsatsen gjorts i förhållande till ett normalbesök.

Tabell 26. Sammanvägd genomsnittlig resursinsats vid normalbesök och exempel på särskilda åtgärder inom invärtesmedicin.

Åtgärd	Läkar- tid min	Övr perso- nal min	Lokaler	Utrust- ning	För brukn. mtrl.	Samman- vägd res- ursinsats
Normalbesök						100
202 Ultraljud, duplex carotis	40	50	80	500	600	250
204 Duplex artär omfattande	50	50	80	500	100	250
105 Venös ins. duplex bilat.	50	50	80	500	100	250
208 Arteriell utredning, omfattande	15	50	80	500	100	250
210 Gastroskopi	20	40	300	767	100	300 ¹
212 Sigmoidoskopi	40	60	600	655	160	400
213 Koloskopi	60	80	900	655	60	500
214 Eko-doppler, färgdoppler	25	50	80	500	100	300
215 Bandspelar-EKG	25	50	80	250	100	200
216 Oesophagus-eko, ssk omfattande	60	50	80	700	100	400
217 Stress-eko, ssk omfattande	60	50	80	500	100	400
218 Datoriserat medicinskt arbetsprov	25	50	80	250	100	250
220 Gastroskopi, video	20	40	300	1336	100	400 ¹
221 Videosigmoidoskopi	40	60	600	1204	60	500
222 Videocoloskopi	60	80	900	1204	60	600

1) Vid 500 us/år.

Det framgår av tabellen att den samlade resursinsatsen för de olika särskilda åtgärderna värderas till mellan 2 och 6 gånger ett normalbesök.

10.4.2 Utredningens förslag till handläggning av förteckning över särskilda åtgärder

Analysen av särskilda åtgärder i denna utredning har visat att det saknats en enhetlig metodik för att skatta resursbehovet för dessa åtgärder. Det är angeläget att en sådan utarbetas. Vidare krävs ett omsorgsfullt arbete för att definiera nuvarande och nya åtgärder och värdera deras ändamålsenlighet – något som inte varit möjligt att hinna med inom ramen för denna utredning. Vi har valt att avgränsa vårt arbete till att föreslå en *metod* som kan användas på kort sikt för beräkning av arvodet för särskilda åtgärder. Sammanfattningsvis innebär metoden att det relativa priset för varje åtgärd beräknas som en vikt. Som underlag för denna viktning bör läkartid, tid för assisterande personal, lokaler, utrustning och material utnyttjas. Viktningen kan sedan harmoniseras mellan specialiteterna.

Utredningen föreslår att förteckningen över särskilda åtgärder fastställs på följande sätt:

1. Nuvarande definition och kriterier för särskilda åtgärder bör modifieras.
2. Synpunkter på de särskilda åtgärdernas definitioner och ändamålsenlighet bör inhämtas hos sakkunniga inom respektive specialitet och från sjukvårdshuvudmännen.
3. Fastställande av de åtgärder som skall tas upp i förteckningen.
4. Fastställande av definitiva relativa priser inom respektive specialitet enligt den metodik som föreslagits.
5. Avstämning av arvodesnivåerna mellan specialiteter.
6. Beräkning av volymer på basis av 1995 års verksamhet.
7. Fastställande av arvodesnivåer sker i förhandlingar mellan parterna med hänsyn tagen till ersättningsramen för respektive specialitet och nivån på övriga arvodestyper (se avsnitt 10.5).

10.5 Ny profil på taxan

En av utgångspunkterna vid utarbetande av förslaget till förändringar i taxan är att definitiva arvoden inte kan fastställas på vetenskaplig väg eller utredas fram. Detta bör istället ske genom politiska överväganden och/eller förhandlingar mellan parterna.

Utredningens uppgift är att anvisa en metod för att beräkna arvodesnivåer och föreslå förändringar i taxans konstruktionen så att måluppfyllelsen ökar. Motiven bakom våra detaljerade förslag sammanfattas nedan:

- Ersättningen per besök ökade kraftigt mellan 1993 och 1995. Hög ersättning ger goda *förutsättningar* men är inte tillräckligt för att uppnå vård med god kvalitet. Den nuvarande konstruktionen av taxan ger inte vårdgivarna *incitament* till ”behandling av god kvalitet i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet”.
- Antalet besök per vårdgivare har minskat med 14 respektive 18 procent. Relativt få vårdgivare nådde över Ersättningstak 1 och endast enstaka procent av dessa nådde Ersättningstak 2. Detta kan vara ett uttryck för att en del av ersättningsförstärkningen resulterat i minskad arbetstid eller i ett större engagemang inom alternativa sysslor.
- En ökad differentiering av de totala ersättningarna mellan vårdgivarna bör eftersträvas så att de med höga omkostnader ska ges möjlighet att upparbeta en högre total ersättning än de som har en mindre verksamhet och lägre omkostnader.
- Det reducerade arvodet är idag avsevärt lägre än normalarvodet. Det är därför inte uteslutet att en del vårdgivare anpassat storleken på sin verksamhet till detta, vilket också styrks av verksamhetsstatistiken. Jmf. diskussion om substitutionseffekten i kapitel 5. Sammantaget indikerar dessa iakttagelser att produktiviteten minskat, vilket skulle tala för att man bör eftersträva en minskad skillnad mellan de arvoden som utgår enligt Ersättningstak 1 och reducerade arvoden mellan Ersättningstak 1 och 2.
- Förändrade relativa omkostnader mellan specialiteterna och inordnandet av särskilda åtgärder under ersättningstaken talar för att nivån på ersättningstaken bör justeras.

10.5.1 Omkostnadsberäkningar

Vi har valt att använda samma beräkningsmodell som användes av Specialisttaxeutredningen för att skatta eventuella omkostnadsökningar och bedöma behovet av att justera ersättningstaken i allmänhet och mellan specialiteterna.

Underlaget till arvodesnivåerna (normalarvode och reducerat arvode) i den nuvarande taxan beräknades av Specialisttaxeutredningen (1992) med utgångspunkt "från den mottagningsstandard som bedömts vara nödvändig för att en läkare skall kunna bedriva en kvalificerad mottagningsverksamhet som är inriktad mot åtgärder och behandlingar som ligger inom läkarens specialistkompetens". Normalarvodena beräknades utifrån en sammanvägning av mottagningskostnader, läkarlönkostnad och besöksvolym som S-SPLF (StorStockholms PrivatLäkarförening) ansåg som rimlig för respektive specialitet.

Mottagningskostnaden baserades på kalkyler gjorda av Praktikertjänst AB, som utgått från kostnaderna att driva en nyetablerad kvalificerad mottagning. Personaldimensionering och utrustning baserades på typmottagningar inom Praktikertjänst AB. Till mottagningskostnaden adderades medellönen för en heltidsverksam specialistläkare inom offentlig vård inklusive lagstadgade sociala avgifter och pensionsavsättningar.

Specialisttaxeutredningen reducerade den av Praktikertjänst AB beräknade mottagningskostnaden med cirka 25 procent. Med undantag av öron-, näs- och halsspecialiteten sänktes specialisttaxeutredningens förslag med cirka 15 procent vid fastställandet av Ersättningstak 1 i den nuvarande taxan.

Denna utredning har med hjälp av Praktikertjänst AB upprepat omkostnadsberäkningarna. beräknats utifrån genomsnittslönen för en specialistläkare under 1994.

De förnyade beräkningarna visar på skillnader i kostnadsökningar mellan specialiteterna på grund av ändringar i både struktur och pris. Kostnaderna för förbrukningsartiklar har inom någon specialitet minskat med 10 procent och inom en annan ökat med 25 procent. Personalkostnader exklusive läkare har ökat med mellan 6 och 25 procent. Kostnadsökningen för inventarier är genomgående störst (32-89 procent). Sammanlagt varierar kostnadsökningarna inom olika specialiteter mellan 8 och 35 procent.

Tabell 27. Procentuell förändring av omkostnader mellan 1992 och 1996 för en typmottagning inom olika specialiteter.

Specialitetsgrupp*	Personal	Lokaler	Inventarier	Förbrukn. art	Utbildning	Övrigt	Totalt
Vissa opererande specialiteter							
– Kirurgi	9	-14	84	13	100	10	22
– Ortopedi	9	-20	47	9	100	29	18
Obstetrik och gynekologi	7	-7	54	22	100	29	23
Ögonsjukdomar	9	2	43	0	25	27	20
Öron-, näs- och halssjukdomar	25	-19	89	9	100	33	35
Invärtesmedicinska specialiteter	6	-7	57	25	100	37	22
Barnmedicinska specialiteter	11	-14	36	8	100	23	15
Allmänmedicin	11	23	32	-10	25	32	20
Hud- och könssjukdomar	11	-15	34	10	100	25	17
Neurologi	14	-12	33	13	25	9	15
Psykiatriska specialiteter	18	-13	28	20	100	9	14
Grovt medelvärde	12	-9	49	11	80	24	20

*Anestesi och intensivvård och onkologi är inte representerade i Praktikertjänst ABs undersökning.

Sammanställningen visar att kostnaderna för läkares vidareutbildning och inventarier ökat relativt sett mest. Utbildning är i absoluta tal en liten kostnad i förhållande till kostnader för inventarier. Lokal-kostnaden har minskat med 9 procent. En delförklaring är att hyreskostnaderna minskat från kalkylerade 1700/ m² till 1300/m². Kostnaderna för inventarier beräknas något olika mellan åren. Internräntan beräknades lägre 1996 samtidigt som avskrivningsperioden minskats från 7 till 5 år. Sammanfattningsvis visar data att omkostnaderna under perioden 1992 till 1996 för läkare ökat med i genomsnitt 5 procent per år. Ett vägt medelvärde för hela perioden var 19.6 procent.

Tabell 28. Procentuell förändring av omkostnader mellan 1992 och 1996 för en sjukgymnastisk typmottagning uppdelade på arvodeskategori A och B.

Arvodeskategori	Perso- nal	Lokaler	Inven- tarier	För- brukn. art	Utbild- ning	Övrigt	Totalt
Kategori A	-	4	8	9	20	26	11
Kategori B	4	2	13	27	-20	29	8
Grovt medelvärde	-	3	11	18	0	42	10

Omkostnadsökningen inom sjukgymnastik var i genomsnitt 10 procent. Förbrukningsartiklar och övrigt står för de största ökningarna.

10.5.2 Justering av ersättningstak 1

Vi föreslår att Ersättningstak 1 justeras med hjälp av de förnyade omkostnadsberäkningarna. I tabell 29 har andelen omkostnader i det nuvarande Ersättningstak 1 räknats fram genom att dra bort den kalkylerade vårdargivarlönen. Därefter har omkostnaderna räknats upp från 1994 till 1997 års nivå specialitetsvis utifrån tabell 27 och 28. Slutligen har den beräknade vårdgivarlönen för 1997 lagts ihop med den uppräknade omkostnaden.

Tabell 29. Justering av nuvarande Ersättningstak 1 med hänsyn tagen till förändrade omkostnader i läkarlön exklusive pensionsavsättning.

	Nuvarande Ersätt- nings-tak	Därav ¹ omkostnad	Omkostnads- uppräknings ³	Genom- snittskostnad inkl. läkarlön ⁵
Vissa opererande spec.	1647	1035	1190	1853
Anestesi – intensiv-vård ²⁾	1604	992	1141	1804
Obstetrik – gyneko- logi	1634	1022	1196	1859
Ögonsjukdomar	1567	995	1098	1761
Öron-, näsa- halssjuk- domar	1647	1035	1304	1967
Invärtesmedicin	1401	789	923	1586
Barnmedicinska specialiteter	1373	761	845	1508
Allmänmedicin	1363	751	864	1527
Hud- och könssjuk- domar	1589	977	1104	1767
Neurologi	1529	917	1018	1681
Onkologi mm ³⁾	1401	784	923	1586
Psykiatriska speciali- teter	1155	543	603	1266
Utan specialistkompe- tens ⁴⁾	902	290	334	997

¹⁾ Exkl. läkarlön på 612 000 kronor, enligt specialisttaxeutredningen, men exkl. semesterersättning.

²⁾ Samma ökning av omkostnaderna som för vissa opererande spec.

³⁾ Samma ökning av omkostnaderna som för invärtesmedicin.

⁴⁾ Omkostnadsökning som genomsnittet (15 procent).

⁵⁾ Specialistläkare 1995 (412 200:-) + planerade löneökningar på 7,2 procent + sociala avgifter pensionsavsättning (50 procent) = 663 000 kronor.

Beräknade praktikkostnader och läkarlön i tabell 29 (kolumn 4) föreslås som nivå för 1997 års Ersättningstak 1. Ersättningstak 1 för sjukgymnastik föreslås justeras enligt samma metodik som för läkarvård.

Tabell 30. Beräkning av Ersättningstak 1 för sjukgymnastikr med hänsyn tagen till omkostnadsförändringar och löneökningar.

	Nuva- rande ersätt- ningstak ¹⁾	Därav omkostnad	Omkostnads- uppräknig	Genomsnitts- kostnad inkl. sjukgymnast- lön 1997 ²⁾
Arvodeskategori A	501	213	231	545
Arvodeskategori B	695	407	431	745

1) Lön 1:e sjukgymnast 1994: 288 000 inkl. sociala avgifter och pensioner.

2) Lön 1:e sjukgymnast 1997: 314 000 inkl. sociala avgifter och pensioner.

10.5.3 Justering av ersättningstak 2

Målet är att föreslå en metod för beräkning av Ersättningstak 2 så att vårdgivare med en stor andel särskilda åtgärder och relativt stora omkostnader inom specialiteten skall ha en rimlig möjlighet att nå upp till en inkomst av samma storleksordning som under 1995. Då det inte är möjligt att ta hänsyn till extremvärden föreslår vi att Ersättningstak 2 läggs på en nivå som minst motsvarar ersättningsnivån för 90 procent av vårdgivarna inom specialiteten under 1995. Om detta inte är fallet skall nivån anpassas till det nya Ersättningstak 1 och läggas 20 procent högre. Det enda undantaget från denna regel föreslås gälla för anesthesi och intensivvård. Dels är antalet observationer inom denna specialitet få, dels är standardavvikelsen stor. Istället har samma nivå som för opererande specialiteter valts.

Tabell 31. Nuvarande Ersättningstak 2 för respektive specialitet har justerast efter nytt Ersättningstak 1 och med hänsyn till faktiska ersättningsnivåer under 1995 (tkr).

Specialitet	Nuvarande Ersättningstak 2	1.2 x nytt tak 1	90:e persen- tilen	Prel. förslag till nytt Ersättningstak 2
Vissa opererande spec.	2007	2224	2557	2557
Anestesi-intensiv- vård	1969	2165	3158	2557
Obstetrik-gyneko- logi	1972	2231	2091	2231
Ögonsjukdomar	1866	2113	2225	2225
Öron-näsa-hals	2007	2360	2032	2360
Invärtesmedicin	1705	1903	1764	1903
Barnmedicin	1673	1810	1486	1810
Allmänmedicin	1657	1832	1575	1832
Hudsjukdomar	1907	2120	2178	2178
Neurologi	1840	2017	1650	2017
Onkologi	1705	1903	754	1903
Psykiatri	1404	1519	1278	1519
Utan specialist- kompetens	1096	1196	1069	1196

10.5.4 Kommentar

Den självkostnadsmodell för arvodesberäkning i den nationella taxan som tidigare använts innehåller ett stort mått av osäkerhet. De av Praktikertjänst AB utförda beräkningarna ger ett trovärdigt intryck när det gäller att bedöma kostnadsökningar mellan åren och för att bedöma kostnadsförändringarna mellan olika specialistgrupper respektive arvodeskategorier inom sjukgymnastik.

Det är rimligt att omkostnaderna för läkarvårdsmottagningar har ökat i storleksordningen fem procent per år under perioden 1992 till 1996. Motsvarande kostnadsökningar för sjukgymnaster var cirka 2,5 procent per år. Däremot är de beräknade genomsnittliga omkostnadsnivåerna för respektive specialitet svårare att värdera. Inte minst tyder en jämförelse av det faktiska utnyttjandet av assisterande personal i Malmöhus läns landsting på detta.

10.6 Bestämning av arvodesnivåer

Vi föreslår att arvodet beräknas utifrån den avtalade ersättningsramen och de relativa priserna som kan beräknas enligt den metod som presenterats i avsnitt 10.4.

Med hjälp av uppgifter om volymer för olika besökstyper och åtgärder under 1995 och skattningar av volymer för nya åtgärder fastställs arvodesnivåerna. En målsättning bör vara att skillnaden görs mindre mellan det arvode som utgår under Ersättningstak 1 och det reducerade arvode som skall gälla mellan Ersättningstak 1 och 2.

10.7 Ersättning för laboratorieundersökningar

Vi anser att landstingen har rätt att debitera privata läkare för provtagningskostnaden likaväl som kostnaden för själva undersökningen för analyser som finns med i den särskilda förteckningen. I övriga fall när *undersökningen* skall betalas av landstingen bör även kostnaden för själva *provtagningen* betalas av landstinget när *det är medicinskt motiverat att provtagningen utförs av den offentliga vårdens laboratorium eller motsvarande*. När det är frågan om t.ex. ett enkelt blodprov som med fördel kan skickas till laboratoriet har inte läkaren rätt att utnyttja denna möjlighet.

Vi föreslår följande tillägg i 16 § 2:a stycket, FOL:

Läkarvårdsersättningen innefattar också betalning för de kliniska laboratorieundersökningar som anges i bilaga 2 och för provtagning för sådan laboratorieundersökning oavsett om provtagningen eller undersökningen utförs av läkaren eller av laboratorium anvisat av sjukvårdshuvudmannen. I det fall provtagning är medicinskt motiverat att ske vid av sjukvårdshuvudmannen anvisat laboratorium och på läkarens remiss sådan laboratorieundersökning begärs som ej anges i bilaga 2, svarar sjukvårdshuvudmannen för såväl provtagningskostnaden som för kostnaden för sådan laboratorieundersökning.

Den lista över laboratorieundersökningar som preciserar tillämpningen av 16 § FOL är inaktuell. En grupp med representanter från Landstingsförbundet och Läkarförbundet arbetade med att aktua-

lisera förteckningen under hösten 1995 och uppnådde samstämmighet om vilka undersökningar som bör finnas i bilagan. Av olika skäl har frågan om att ändra denna bilaga aldrig närmare behandlats. Utredningen stödjer nedanstående förslag:

Förteckning över kliniska laboratorieundersökningar enligt 16 § FOL:

U-Bakterier (typ dis-slide eller kemisk metod)

B-C-reaktivt protein (CRP)

B-Glukos (semikvantitativ eller kvantitativ)

B-Hemoglobin

F-Hemoglobin

U-Koriongonadotropin (U-HCG, kvalitativ)

S-Mononukleosreaktion (kvalitativ)

Pt-Streptokocker (direkttest)

B, Ery-Sänkningsreaktion (B-SR)

U-Testremsa (kval. analys av albumin, glukos, hemoglobin, leukocyter m fl)

10.7.1 Kostnadsansvaret bör läggas på vårdgivaren

Frågan om de privata vårdgivarna skall ha tillgång till fria nyttigheter eller ej har utredningen funnit relevant. Vi anser att de undersökningar som en privatläkare beställer som ett led i sin egen handläggning av ett patientfall också betalas av denne. Den som beställer en tjänst bör rimligen också ha kostnadsansvaret. De administrativa kostnaderna för att driva ett sådant system riskerar dock att bli högre än vad man vinner i effektivitet. En begränsad kartläggning av privatläkarnas användning av laboratorieundersökningar i Stockholm visar att de 30 mest kostsamma laboratorieanalyserna totalt representerar cirka 70–80 procent av hela kostnaden. Förhållandet mellan för- och nackdelar är för närvarande oklart. Vi föreslår att man särskilt utreder förutsättningarna att inkludera hela kostnaden för laboratorieundersökningar i läkarnas arvoden och att utveckla kostnadseffektiva debiteringsrutiner mellan läkarna och laboratorierna.

10.8 Sammanslagning av arvodeskategorier för sjukgymnaster avråds på kort sikt

Vi föreslår att uppdelningen av sjukgymnaster i två arvodeskategorier bör avskaffas på längre sikt. En konsekvens av detta skulle antagligen bli att ett nytt ersättningstak införs på en lägre nivå än det nu föreslagna tak 1 för kategori B. I stället bör sjukgymnaster som har höga omkostnader ges särskilda möjligheter att nå upp till inkomster som täcker omkostnader och egen lön med hjälp av arvodes förbesök och särskilda åtgärder. En dellösning är att normalarvodet sänks och det reducerade arvodet höjs. Då detta antagligen skulle kräva ett omfattande utvecklingsarbete avstår utredningen från att lägga detta förslag. I stället föreslår vi att förtydliganden görs i 3 § FOS.

Arvodeskategori A bör definieras som övriga sjukgymnaster dvs. sådana som inte uppfyller kraven på kategori B. Vidare bör det klargöras att inte sjukgymnasten själv bestämmer vilken kategori han/hon skall tillhöra. Vidare är det oklart vad som avses med assisterande personal. Därför bör ett krav på den assisterande personalens minimitjänstgöring i förhållande till sjukgymnasternas tjänstgöring införas.

11 Övriga förslag till åtgärder i ett kort tidsperspektiv

I detta avsnitt redovisas övriga förslag till förändringar i Förordningen om läkarvårdsersättning (1994:1121) och Förordning om ersättning för sjukgymnastik (1994:1120). I andra hand föreslås även vissa förändringar på medellång sikt i Lag om läkarvårdsersättning (SFS 1993:1651) och Lag om ersättning för sjukgymnastik (SFS 1993:1652).

11.1 Företagshälsovård – kontra den nationella taxan

Renodlad företagshälsovård (FHV) såsom hälsokontroller och verksamhet enligt arbetsmiljölagen berättigar inte till ersättning från den nationella taxan. Läkare som är verksamma både inom FHV och enligt lagen om läkarvårdsersättning skapar ett gränsdragningsproblem som är svårt att kontrollera för landstingen. En möjlig lösning vore att skärpa kraven i 9 § LOL genom att där ange att vårdgivare verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning inte samtidigt tillåts arbeta med FHV alternativt inte ha bisysslor överhuvudtaget för att ha rätt till ersättning enligt denna lag. Ett sådant förslag kan innebära en kännbar inskränkning för berörda individer.

Ett annat alternativ är att införa ett förtydligande av 3 § LOL enligt följande: "Med vård avses i denna lag läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av en läkare eller under en läkares överinseende samt rådgivning som lämnas av en läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering. *Hit räknas inte företagshälsovårdsinsatser.*" Avsaknaden av en juridiskt hållbar definition av företagshälsovård skulle dock tala mot att göra detta tillägg. Detta är också anledningen till

att regeringen inte tidigare (prop. 1994/95) har föreslagit en sådan lösning.

Mot denna bakgrund anser vi dock att det bör anges i lagen att företagshälsovård ej berättigar till ersättning. Detta är en förutsättning och ett stöd för landstingen vid kontroll av vårdgivare eller när det finns indikationer på överträdelse. Dessutom bör landstingen ha rätt att kräva att de privata vårdgivarna deklarerar vilka övriga engagemang de har i närliggande områden vid sidan av den nationella taxan. Till att börja med bör landstingen i samarbete med Socialstyrelsen utnyttja och vidareutveckla rapporteringen i verksamhetsbeskrivningarna för detta ändamål.

11.2 Den privata vårdens ändamålsenlighet

Frågan om vilken typ av vård som berättigar till ersättning enligt den nationella taxan är av stort intresse. Det är angeläget att den vård som ges är av god kvalitet men också ändamålsenlig och kostnads-effektiv. Detta framgår av en rad utredningar under senare år, t.ex. i Prioriteringsutredningens slutbetänkande.

I de nuvarande lagarna och förordningarna som reglerar ersättningen till privata vårdgivare finns flera detaljerade regler som indirekt syftar till att styra vården i denna riktning. I t.ex. 3 § LOS anges att ersättningen omfattar sjukgymnastikbehandling som är föranledd av skada eller sjukdom. I motsvarande paragraf i LOL anges att all läkarvård och annan medicinsk behandling eller undersökning som ges av läkare eller under läkares överinseende samt rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering berättigar till ersättning. Motsvarande tillägg som för sjukgymnastik, dvs. att läkarvården skall vara föranledd av skada eller sjukdom finns inte i lagen om läkarvårdsersättning.

En stor del av sjukvården, t.ex. behandling av asymtomatiskt högt blodtryck eller förstadier av cancer, är i förebyggande syfte i en gråzon mellan åtgärder direkt föranledda av sjukdom, skada och renodlad hälsovård. Det är antagligen omöjligt att åstadkomma en entydig gränsdragning mellan sjukvård och hälsovård som enkelt kan följas upp och kontrolleras. Inte desto mindre finns det ett behov av ett klarläggande om vilken typ av vård som berättigar till er-

sättning enligt den nationella taxan som ett stöd vid uppföljning av den privata vården.

Ett landsting föreslår att till sjukvård räkna sådana insatser som syftar till att förebygga komplikationer eller återfall i en sjukdom. Av detta följer att kontroller eller behandling av patienter med asymptomatisk diabetes eller hypertoni (sekundär prevention) bör räknas till sjukvård. Likaså skulle kontrollen av "friska" patienter som ligger på gränsen till högt blodtryck berättiga till ersättning då detta enligt denna definition skulle betraktas som sjukvård. Däremot skulle inte ospecifika hälsokontroller eller s.k. opportunistisk screening av individer för olika sjukdomar ingå.

Ur samhällets synpunkt är en sådan uppdelning mellan hälsovård och sjukvård förmodligen inadekvat. Relationen mellan resursinsats och hälsoeffekt för olika åtgärder är mer intressant ur folkhälsosynpunkt och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Om hälsoeffekten uppnås genom en förebyggande, kurativ, rehabiliterande eller diagnostisk insats är egentligen av underordnad betydelse. Samtidigt som renodlad hälsovård traditionellt exkluderats från ersättning enligt LOL så har födelsekontrollerande åtgärder berättigat till ersättning då detta varit ett av samhället högt prioriterad verksamhet.

Förebyggande insatser i allmänhet är av samhället prioriterade områden. Problemet är snarare att vissa preventiva metoder är dåligt utvecklade men framför allt är det i regel svårt att vetenskapligt bevisa effekterna på hälsan av specifika preventiva interventioner. Med andra ord råder det en stor osäkerhet om hälsovårdande insatser är ändamålsenliga.

Det är antagligen mer relevant att ställa sig frågan om den givna vården är ändamålsenlig eller ej vid en bedömning om den skall berättiga till ersättning enligt LOL.

Om en åtgärd är ändamålsenlig eller ej är situationsberoende och förändras med tiden i takt med den medicinska utvecklingen. Det innebär att frågan om åtgärdens ändamålsenlighet endast kan fastställas vid varje tidpunkt i ljuset av aktuellt kunskapsläge och etablerad praxis. Detta synsätt gäller i andra sammanhang, t.ex. vid bedömning av anmälningsärenden inom sjukvården. Det är rimligt att kravet på ändamålsenlighet tydliggörs i LOL. Därför föreslår vi att 3 § ändras till "Med vård avses i denna lag ändamålsenlig hälso- och sjukvård som utförs av läkare eller under läkares överinseende. Hit hör rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering".

11.3 Anskaffning av vikarier bör underlättas

Privata vårdgivares svårigheter att skaffa vikarier bör avhjälpas. För det första vill vi peka på den möjlighet som finns att som vikarier utnyttja vårdgivare som tjänstgör på lärtjänster. Vidare har läkare och sjukgymnaster som är anställda av landstingen rätt att vikariera vid tjänstledighet och efter inhämtande av arbetsgivarens tillstånd. Vidare föreslår vi att läkare som fyllt 65 år, i samråd med sjukvårdshuvudmannen, tillåts att vikariera under en begränsad period förslagsvis fyra år efter sin aktiva tjänstgöring.

Även frågan om privata vårdgivare skall tillåtas vikariera för varandra har prövats av utredningen. Det finns landsting som inte tillåter privatläkare att vikariera för varandra. Eftersom läkare och sjukgymnaster etablerade efter 1993 förutsätts arbeta heltid på sin egen mottagning talar detta mot att de samtidigt skall kunna fungera som vikarier. Ett annat argument mot detta är att vårdgivare som nått ersättningstaket har fungerat som "vikarier" för kollegor som haft en lägre sammanlagd inkomst. Vid en samlad bedömning har vi valt att rekommendera att läkare som är verksamma enligt lagen skall tillåtas att vikariera efter överenskommelse med representanter för det landsting vårdgivaren tjänstgör i. Den ersättning som utgår enligt taxan under vikariatet skall räknas in i den egna sammanlagda ersättningen för "takberäkningen".

11.4 Rapporteringsskyldighet för vårdgivare som tjänstgör i mer än ett landsting

I lag och förordning talas det om "den läkarvårdsersättning som lämnats till läkaren" vid fastställandet av taken. Detta innebär den sammanlagda ersättning som läkare och sjukgymnaster får med stöd av LOL/LOS kan utgå från två eller flera landsting.

Frågan om denna rätt till tjänstgöring i mer än ett landsting har prövats i domstol. Domslutet pekar på att privatläkarverksamhet som bedrivs inom flera landsting är förenligt med den nuvarande

lagen. Från vårdgivarhåll är man angelägen att denna rättighet behålls även i framtiden.

Ett sätt att underlätta kontrollen av ersättningstak är att ett av landstingen tar på sig ett administrativt huvudansvar. Ett annat förslag är att landstingen och vårdgivaren på förhand kommer överens om ett "delat tak". Det förra alternativet ter sig mest tilltalande. En ökad rapporteringsskyldighet med uppgift om den årliga omfattningen skulle också kunna underlätta för landstingen.

Vi förordar i första hand att 17 § FOL och 16 § FOS kompletteras med att vårdgivaren är skyldig att rapportera till respektive landsting om denne tjänstgör i två eller flera huvudmannaområden och skall ange omfattningen i respektive landstingsområde. Vidare bör det framgå att vårdgivaren är skyldig att själv bevaka när denne når Ersättningstak 1 eller Ersättningstak 2. Vid underlåtenhet eller slarv på denna punkt är vårdgivaren skyldig att skyndsamt återbetala det aktuella beloppet till sjukvårdshuvudmannen.

11.5 Heltidskrav och krav på oförändrad tjänstgöring

Kravet på att vårdgivarna skall vara heltidsverksamma infördes i samband med att rätten till fri etablering infördes. Regeringen önskade genom denna paragraf reglera etableringen av nya privata vårdgivare. Syftet med att kräva heltidsverksamhet var dels att stödja utvecklingen av hög kompetens, god kontinuitet och tillgänglighet inom denna sektor, dels att underlätta för landstinget att utöva sitt planeringsansvar enligt Hälso- och sjukvårdslagen..

Vi har utgått från att kravet på 35-timmarsarbete avser den genomsnittliga tid som vårdgivaren är verksam på mottagningen per vecka. Det enda praktiska sätt för landstingen att följa upp vårdgivarnas genomsnittliga tjänstgöring är antagligen att utgå från deras ersättningskrav och skatta en genomsnittlig tid för normala besök plus en rimlig andel administrativ tid.

Nackdelarna med regeln är betydande. Den leder till en detaljreglering som i enskilda fall uppfattas omotiverad och är svårkontrollerad. Dessutom kan kravet på heltid vara i konflikt med andra mål, t.ex. att kontrollera den totala kostnaden och kostnadseffektiviteten. Sedan den fria etableringen upphört att gälla styrs etablering av nya

privata vårdgivare genom samverkansavtal mellan dessa och sjukvårdshuvudmannen.

Vidare är sambandet mellan tjänstgöringsgrad och vårdkvalitet oklart. Vi hänvisar till de åtgärdsförslag som presenteras i avsnittet om uppföljning och kvalitetssäkring. För att undvika komplikationer på grund av alltför detaljerade regler och högt ställda krav vore det bättre att stipulera ett minsta antal besök per vårdgivare som en sorts garanti för att vidmakthålla kompetensen och svara för god kontinuitet och tillgänglighet.

En vårdgivare har i ett antal situationer rätt att under kortare eller längre tid göra uppehåll i sin verksamheten. Om en läkare på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare som har samma specialitet eller en annan specialitet inom samma grupp av specialiteter och som uppfyller villkoren enligt 7 och 9 §§ för läkarvårdsersättning, vikariera under frånvaron. Andra stycket i 8 § i lagen bör kompletteras med de frånvaroanledningar som räknas upp i § 10. Så har skett i förarbeten till lagen men måste för tydlighetens skull även framgå av lagtexten.

11.6 Justering av ersättningstak bör användas vid längre tids nedsatt tjänstgöring

Vi bedömer att problemen vid tillämpningen av regeln med nedsatta ersättningstak är övergående. Vi har tolkat att regeln skall användas vid planerad permanent och långsiktig deltidsverksamhet som sträcker sig över flera månader och detta borde vara möjligt att komma överens om mellan vårdgivarna och landsting.

11.7 Tillfälliga avtal om tillägg eller avsteg från den nationella taxan

De vårdgivare och sjukvårdshuvudmän som önskar göra tillägg eller avsteg från taxan kan sluta ett vårdavtal. Utformningen av sådana vårdavtal är inte reglerad i lagen utan de kan se ut på många sätt. I princip skulle de lokala parterna i ett sådant avtal kunna garantera att vårdgivaren till fullo behåller rätten att återgå till att vara verksam på den nationella taxan efter avtalsperiodens slut. Avtalsperioden kan variera från enstaka månader till flera år.

Förutsättningarna att tillmötesgå önskemålet om särskilda avtal mellan vårdgivare och sjukvårdshuvudman har prövats. Vi har funnit att vårdavtal är den bästa formen. Eftersom denna möjlighet redan finns och inte kräver några förändringar i nu gällande regler kan vi hänvisa till de goda exempel som finns. Kravet på upphandling vid överenskommelser via vårdavtal hämmar denna utveckling. Denna fråga bereds i andra sammanhang. Kravet på upphandling är det samma som för vårdavtal även vid andra liknande avtalskonstruktioner.

Vår slutsats är att parterna uppmanas att utarbeta förslag till standardiserade vårdavtal i vilka t.ex. vårdgivarnas möjlighet att gå tillbaka till den nationella taxan vid avtalstidens slut med samverkansavtal finns angiven. Vi bedömer att den administrativa tungroddhet som är förbundet med vårdavtal borde kunna vara av övergående natur.

11.8 Landstingens tillgång på information för uppföljning

Landstingen har ett utökat behov av information för att kunna kontrollera riktigheten i inkomna krav på ersättning från läkare och sjukgymnaster. Landstingens krav på ökad insyn kommer dock i konflikt med bland annat kravet på skyddande av patienternas integritet. Med tanke på att den privata vården för många patienter är ett alternativ, till den landstingsdrivna som man aktivt valt, är det olämpligt att landstinget skall ha rutinmässig tillgång på journalinformation i enskilda fall.

På basis av aggregerad information om respektive vårdgivare borde landstingen redan idag ha tillräckliga förutsättningar att analysera produktionsmönster och ta initiativ till fördjupade utredningar när sådana anses påkallade (se nedan).

11.9 Förstärkt ekonomisk revision och kvalitetssäkring

Det är av yttersta vikt att även den privata sjukvården bedrivs med en hög kvalitet. Åtgärder för att följa upp och utvärdera kvaliteten bedrivs både lokalt av vårdgivarna själva och nationellt genom den verksamhetsuppföljning som Socialstyrelsen genomför. Sjukvårdshuvudmännen har fört fram önskemål om ökade möjligheter att granska privata vårdgivare.

Vårdgivarna å sin sida menar att det är fel att försöka reglera fram en hög kvalitet. Ett bättre alternativ är att stimulera vårdgivarna att prestera en hög kvalitet med hjälp av ekonomiska incitament dvs. en högre ersättning till dem som uppfyller vissa kvalitetskrav. För övrigt föreslås att kvalitetskontrollen i första hand skall ske med hjälp av inomprofessionell granskning (peer review). I de fall landstingen har speciella krav på verksamheten borde dessa kunna utvecklas inom ramen för olika avtal med enskilda eller grupper av vårdgivare. Det finns även förslag att man skall skicka ut enkäter rörande vårdens kvalitet till ett urval av patienter.

Enligt vår bedömning är det inte möjligt att tillförsäkra patienterna en hög kvalitet i vården varken via detaljregler i lagen eller genom att använda ekonomiska incitament via auktorisation av vårdgivare (med högre arvoden). Det är antagligen bättre att så långt det är möjligt inordna den privata vården i samma regelverk och arbetsformer som gäller för den offentliga sjukvården. I första hand avses de allmänna bestämmelser som finns i HSL och de föreskrifter om kvalitetsarbete som utarbetats för hälso- och sjukvården samt en ny och mer detaljerad föreskrift om kvalitetsarbete som kan bli följden av 31 § HSL. Vidare framgår det av ett nytt lagförslag om verksamhetstillsyn att Socialstyrelsen kommer att få större befogenheter när det gäller kontrollen av medicinsk kvalitet. Vi bedömer att en bättre lösning vore att landstingen och de privata vårdgivarna

tillsammans med Socialstyrelsen får i uppdrag att utveckla verksamhetstillsynen.

Däremot framtagningen av helt *nya arbetsformer* för resultat- och kvalitetsuppföljning hos vårdgivarna skulle kunna stimuleras med hjälp av ekonomiska incitament. En annan åtgärd för att utveckla kvalitetssystemen hos privata vårdgivare är att landstingen ställer tydliga och realistiska krav på rapporteringen från dessa.

Det pågår flera förändringar som vi försökt att beakta i nedanstående förslag till kontroller av kvalitet. En sådan är att Socialstyrelsen kommer att få ett utökat mandat och landstingen kommer att växa i sin nya roll som betalningsansvariga för den privata vården. När landstingen upphandlar vården kan de själva ställa krav på vårdgivarna. Nedan följer en skiss till struktur för tillsyn och uppföljning av den privata vården:

Nivå 1. Reguljär kvalitetssäkring

Landstingen, liksom vårdgivarnas egna organisationer och professionella sammanslutningar, bör på olika sätt stödja och uppmuntra privata vårdgivare att själva utveckla eller ansluta sig till program för kvalitetsarbete, t.ex. Kvalprakt och andra aktuella initiativ. Uppföljning av kvalitet är en naturlig del i sjukvårdsarbetet och blir stadfäst som en skyldighet för vårdpersonalen i den föreslagna föreskriften som tas fram som en följd av den nya 31§ i HSL om kvalitetssäkring. De metoder som används är företrädesvis inom professionella, dvs. kollegial granskning och samarbetsavtal m.m. Vi tror att det snabbaste sättet att få i gång framgångsrika utvecklingsprojekt är med hjälp av riktade ekonomiska stöd till vårdgivarna.

Huvudmannen bör i samverkansavtal eller vårdavtal fastställa sina krav på rapportering. Här kan man exempelvis ange vilka åtaganden vårdgivaren gör och ange de kvalitetsindikatorer som skall rapporteras. Vidare kan också anges hur eventuella avvikelser från fastställda åtaganden skall rapporteras.

Nivå 2. Kontroll av riktigheten i ekonomiska underlag, debiteringar m.m.

Många privata läkare/sjukgymnaster är anställda i olika företag. Över 500 vårdgivare är anställda av Praktikertjänst AB medan flertalet är anställda i egna företag. Ansvar för kontrollen av kvaliteten i bokföring, ekonomiska system och rutiner åligger därför auktoriserade eller godkända revisorer. Denna granskning görs huvudsakligen utifrån oidentifierade data och ingår som ett moment i sedvanlig företagsrevision en gång om året. I aktiebolagslagen kap 10 § 8 fastslås att revisorer (auktoriserad eller godkänd) har rätt att granska ett aktiebolags *samtliga* handlingar. Skickade fakturor torde exempelvis ej kunna revideras om revisorn inte kan stämma av mot motagningslista/journal med patientdata. Genom att upprätta revisionsberättelsen påtar sig revisorn ett ansvar för att verksamheten bedrivs på ett ekonomiskt acceptabelt sätt och att man följer de lagar och förordningar som reglerar de ekonomiska delarna. Detta förhållande gäller dock inte vårdgivare som bedriver verksamheten i enskild firma då kravet på revisor inte finns.

Nivå 3. Riktad tillsyn av medicinsk kvalitet (systemtillsyn)

Som ett komplement till vårdgivarnas egen uppföljning av medicinsk kvalitet föreslår vi att resurser avsätts för granskning av ett mindre urval av vårdgivare på samma sätt som redan sker i Tyskland där två procent av vårdgivarna granskas varje år. I en sådan genomgång förutsätts att man studerar om den givna vården i alla avseenden varit ändamålsenlig. Granskningen förutsätts resultera i ett officiellt utlåtande som är den egentliga sanktionen. Denna granskningsform som närmast kan karaktäriseras som systemtillsyn kan utformas på litet olika sätt. En urvalsmetod, som redan använts i Stockholm, är att granska samtliga läkare inom en specialitet. En annan är att välja ut patienter med en viss sjukdom eller som behandlats med en viss åtgärd hos vårdgivare inom en viss specialitet. Granskningen kan omfatta ett urval av både privata och offentliga vårdgivare.

Nivå 4. När sjukvårdshuvudmannen uppmärksammat brister

När sjukvårdshuvudmannen bedömer att det finns ett behov av att granska en enskild eller grupp av vårdgivare skall denne kunna vända sig till Socialstyrelsen. Vid en sådan fördjupad granskning med beaktande av patientintegritet m.m. bör Socialstyrelsen kunna bemyndiga en auktoriserad revisor att genomföra granskningen med hjälp av medicinska experter. Granskningen som kan avse både medicinska och ekonomiska aspekter förutsätts ske under sekretess. Det avidentifierade resultatet kan sedan ligga till underlag för sjukvårdshuvudmannens ställningstagande av eventuella fortsatta åtgärder. Sjukvårdshuvudmannen svarar för kostnader för preliminära utredningar av detta slag.

Om det framkommer misstanke om brott förutsätts att ärendet anmäls av landstinget till polisen. Vid misstanke om grov oskicklighet eller uppenbar olämplighet överlämnas ärendet till Socialstyrelsen som efter kompletterande utredning prövar om det finns grund för anmälan till HSAN eller om ärendet skall tas upp för prövning av deslegitimering.

Nivå 5. Vid misstanke om grov oskicklighet eller uppenbar olämplighet

När det finns misstanke om att vårdgivare uppträder grovt oskickligt eller visar en uppenbar olämplighet skall anmälan ske till Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet.

12 Förslag till utveckling av ersättningssystemet på längre sikt

12.1 Förslag till utveckling av den nationella taxan

Det har ingått i vårt uppdrag att redovisa principiellt alternativa sätt att ersätta privata vårdgivare. Sådana alternativa ersättningsprinciper har presenterats i kapitel 5. Beskrivningar från ersättningssystemen i Tyskland (kapitel 6) och RBRVS-systemet i USA (kapitel 7) adderar ytterligare alternativ till denna bild. Även om det finns stora skillnader mellan sjukvårdssystemen i Sverige och dessa två länder finns det intressanta egenskaper hos ersättningssystemen som skulle kunna överföras till svenska förhållanden.

I såväl USA som Tyskland dominerar prestationsersättning. I Tyskland kombineras ersättning per åtgärd med ersättning per värdepisod. Ersättningen för en tjänst bör i så stor utsträckning som möjligt spegla den faktiska arbetsinsatsen (volym och intensitet). Detta har också varit ledstjärnan vid utformningen av RBRVS-systemet i USA. I båda länderna har man förstärkt totalkostnadskontrollen under senare år.

Vi har funnit RBRVS-systemet särskilt intressant för Sverige. Dels är metodiken så pass generell att den till och med skulle kunna tillämpas med den besöks- och åtgärdsstruktur som redan finns i dagens nationella taxa, dels är den kostnadseffektiv och skulle kunna användas även inom den offentliga vården.

12.2 Acceptoras principerna i RBRVS-systemet bland svenska läkare?

Med syfte att försöka besvara frågan om det skulle vara möjligt att använda samma metodik för värdering av resursinsatsen av åtgärder i Sverige som används i USA (RBRVS-systemet) genomförde vi ett seminarium tillsammans med privat-praktiserande läkare från flera specialiteter.

Inför detta tillfälle upprättade utredningens sekretariat en lista av åtgärder som skulle kunna vara aktuella för en värdering. Denna lista baserades på olika typer av tjänster (olika typer av besök) och åtgärder, valda företrädesvis bland de särskilda åtgärderna i den nationella taxan. Sammantaget listades cirka 20 åtgärder/besökstyper. Dessa hämtades i huvudsak från opererande specialiteter.

Vasectomi, en procedur som alla kirurger är bekanta med och som är väl definierad, valdes som typåtgärd. I steg 2 presenterades uppgiften för de deltagande läkarna. Två grupper skattade den direkta patienttiden och dess andel av den totala tiden som också omfattar för- och efterarbete för varje åtgärd. I steg 4 värderades arbetsinsatsen för varje åtgärd, dvs. en sammanvägning av de fyra komponenter som ingår i RBRVS-systemet (se kapitel 7).

Eftersom värderingen har gjorts av några få läkare skall värdena i tabellen endast uppfattas som illustrativa exempel.

Tabell 31. Exempel på värdering av relativa priser för besök och åtgärder.

Åtgärd	Läkartid			Teknisk skicklighet/fysisk anstr.	Psykisk stress	Total arbetsinsats
	Direkt pat.tid	Före efter pättid	- Klinisk skicklighet			
1. Nybesök, utan remiss	20	5	175	65	85	160
2. Dorsal tenosynovektomi handled	50	40	250	290	150	325
3. Vasectomi (referensåtgärd)	25	15	100	100	100	100
4. Jourbesök, ny patient	20	5	240	90	175	200
5. Caput ulnaresektion	45	45	250	290	150	300
6. Återbesök, utan större åtgärd	10	5	90	35	60	60
7. Op av tumör i bröstvävnad (inkl gyneco masti)	25	10	100	100	100	100
8. Extirpation av större underhudstumörer, inkl tumörer i ben och brosk > 5 cm i diameter	25	20	85	85	100	130
9. Nybesök, remiss	25	10	150	65	85	175
10. Jourbesök (känd pat - återbesök)	25	5	165	125	140	150
11. Phimosis (circumciso)	35	25	150	150	100	130
12. Ljumsckbräck	40	25	175	225	115	275
13. Gastroskopi	25	25	150	190	240	250
14. Nervsutur	45	10	275	275	215	325
15. Appendectomi	40	30	150	175	225	250
16. Op av utbredda varicer innebärande minst 4 hudincisioner eller minst 2 perforantligaturer eller stripping av saphena magna	60	40	125	150	125	265
17. Enkelt arvode, sjv behandling	10	5	35	15	30	35
18. Extirpation av handledsganglion dorsalt och volart	45	25	200	240	225	250
19. Sigmoidescopi	30	25	165	225	240	325

Notera: Detta är endast ett räkneexempel som används för att beskriva metoden.

När den uppskattade läkartiden, klinisk skicklighet, teknisk skicklighet/fysisk ansträngning och psykisk stress vägts samman och

värderats till en total arbetsinsats erhöles ett värde för total arbetsinsats. Till exempel värderades en appendectomioperation till 2,5 gånger så omfattande som arbetsinsatsen för en vasectomioperation. Vid en framräkning av åtgärdernas vikt bör även mottagningskostnaden och eventuellt utbildningskostnaden beaktas genom att multiplicera arbetsinsatsen med den relativa kostnaden för mottagningen och utbildningskostnad.

Deltagarna ansåg att principerna för värdering av relativpriser överensstämmer till vissa delar med de som använts vid tidigare tillfällen då ersättningen för särskilda åtgärder beräknats. Metoden erbjuder dock en bättre systematik vid dessa värderingar. Man är överens om att metoden kan fungera i Sverige men att den kräver givetvis att ett större antal vårdgivare involveras. När väl RBRVS-metoden anpassats till svenska förhållanden bör den vara tidsbesparande vid beräkning av relativa priser då den är enklare än andra metoder.

12.3 RBRVS-metodik bör prövas i Sverige

Vid ersättning per åtgärd eller behandlingsepisod måste relativpriset fastställas. För detta har det amerikanska RBRVS-systemet många tilltalande egenskaper. Vi föreslår att denna metodik prövas i begränsad skala i Sverige med målsättning att undersöka förutsättningarna att utveckla ett gemensamt värderings-/beskrivningssystem för offentlig och privat administrerad öppen vård.

Det är värt att notera att RBRVS redan har överförts till andra försäkringssystem än Medicare i USA och utanför USA till t ex Kanada, Frankrike och Australien medan Japan och Singapore studerar systemet. I Kanada används RBRVS som beskrivningssystem vid förhandlingar mellan finansiärer och vårdgivare. Flera HMOs som arbetar med fast månadslön till kontrakterade läkare utnyttjar RBRVS för att beräkna en bonus till sina läkare. Med andra ord är det möjligt att anpassa systemet till varje organisations eller lands speciella villkor.

Vid överföring av modellen till andra förhållanden har man gått tillväga på litet olika sätt. Erfarenheter tyder på att arbetsinsatsen varit måttlig och att det finns stora likheter i angreppssättet mellan länderna, t.ex. man har funnit att värdering av arbetsintensitet är likartad i USA och Kanada.

Forskargruppen vid Harvard School of Public Health har under senare år utvecklat en särskild metodik för att kunna göra värderingen av de relativa vikterna till en låg kostnad. En s.k. smågruppsmetodik som involverar 10–12 läkare i bedömningarna inom respektive specialitet har visat sig ge värden med hög reliabilitet.

Vi föreslår därför att en långsiktig utveckling av nationella taxan initieras med målsättningen att utarbeta ett gemensamt system för att klassificera och beräkna relativa priser med den offentliga vården. Ett sådant projekt skulle lämpligen kunna genomföras gemensamt av Läkarförbundet, Landstingsförbundet i samarbete med intresserade landsting och Socialstyrelsen. En viktig uppgift för ett sådant projekt är att definiera en åtgärdslista som är lämplig för svenska förhållanden.

12.4 Nya ersättningsprinciper bör prövas i begränsad skala

För vissa specialiteter är ersättning per individ (kapitationsersättning) möjlig även för privata läkare och sjukgymnaster. Exempelvis kan läkaren eller sjukgymnasten få ett vårdansvar för patienter med vissa kroniska sjukdomar under en given tidsperiod, t.ex. ett år. Vår analys har t.ex. visat att såväl antalet besök som ersättningen per besök har ökat inom den psykiatriska specialiteten. Där är en övergång till kapitationsersättning, åtminstone för vissa diagnoser, möjlig. Även för andra kroniska sjukdomar såsom diabetes, reumatoid artrit och grön starr kan detta vara möjligt. Fördelarna med detta är flera. Vårdgivaren ges inte ekonomiska incitament att kalla till "onödigt" många besök. Kapitationsersättning ger också bättre möjligheter att genomföra nya idéer inom vården.

Ett vårdansvar kan med fördel utvidgas till att gälla inte bara läkarens egna insatser utan också för andra åtgärder, såsom förskrivning och kostnadsansvar för läkemedel och även vissa övriga behandlingar. Exakt vilka behandlingsåtgärder som skall inkluderas i ett sådant vård- och kostnadsansvar kan variera mellan diagnoser och måste naturligtvis noga övervägas.

Kapitationsersättning är främst användbar då en mer långsiktig relation mellan patient och läkare eller sjukgymnast är aktuell. Vid kirurgisk behandling kan ersättning per behandlingsepisod, inklusive

åtgärder för kontroller och komplikationer, vara en mer ändamålsenlig princip.

Ersättning per patient och per behandlingsepisod är förmodligen inte tillämplig i alla fall. Det betyder att ersättning per besök och per åtgärd fortfarande är en relevant ersättningsprincip. Den grundläggande idén är att anpassa principen efter vad som är lämpligt för den enskilda specialiteten. Principen är att den privata läkaren och sjukgymnasten får ett så stort vård- och kostnadsansvar som möjligt och själv väljer vilka och hur olika resurser skall användas. I de fall vårdgivaren ersätts per besök eller åtgärd krävs regler för kontroll av de totala utgifterna.

13 Konsekvenser av utredningens framlagda förslag

En central utgångspunkt vid utarbetandet av utredningens olika förslag har varit landstingens behov av att kunna kontrollera de totala utgifterna för vårdgivare verksamma med ersättning enligt den nationella taxan.

Vi bedömer att de framlagda förslagen kommer att rymmas inom nuvarande ramar. Förslaget till frekventa revisioner av den nationella taxan kan medföra små tillkommande kostnader för staten. Vidare torde den föreslagna förstärkta systemtillsynen av privata vårdgivare resultera i vissa merkostnader för staten. En granskning av cirka två procent av vårdgivarna skulle antagligen kräva resurser i storleksordningen tre miljoner kronor per år.

Vi har även prövat om de framlagda förslagen kan få regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50) och jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124) utan att ha funnit detta.

Referenser

- Arrow, KJ. 1963: Uncertainty and welfare economics of medical care. *American Economic Review*, 53: 941-973.
- Bundesministerium für Gesundheit 1996: Gesetzliche Krankenversicherung, Rechnungsergebnisse 1994/1993.
- Dir 1995:150. *Kommittédirektiv. Översyn av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik.*
- Escarce J. 1993a: Medicare patient's use of overpriced procedures before and after the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987. *American Journal of Public Health*, 83:349-355.
- Escarce J. 1993b: Effects of the relative fee structure on the use of surgical operations. *Health Services Research*, 28: 479-502.
- Folland S, Goodman AC, Stano M. 1993: *The Economics of Health and Health Care*. Macmillan Publishing Company, New York.
- Henke KD, Ade C, Murray MM, 1994: Global Budgeting in Germany: Lessons for the United States. *Health Affairs*, 13:7-21.
- Hsiao WC, Braun P, Dunn DL, Becker ER, Yntema D, Verilli DK, Stamenovic E, Chen S-P. 1992: An Overview of the Development and Refinement of the Resource-Based Relative Value Scale. The Foundation for Reform of U.S. Physician Payment. *Medical Care*, 30:NS1-NS12.
- Hurley J, Labelle R. 1995: Relative fees and the utilization of physician's services in Canada. *Health Economics*, 4: 419-438.
- Hurley J, Labell R, Rice T. 1990: The relationship of medical services in Ontario. In: Scheffler R, Rossiter L. (eds): *Advances in health economics and health services research*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Jönsson B, Karlsson G. 1994: *Tandvården - en ekonomisk analys*. SNS Förlag, Stockholm.
- Jönsson B, Rehnberg C. 1987: *Effektivare sjukvård*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.
- Landstingsförbundet, 1994: *Sammanställning av enkätsvar av privata vårdgivares etablering m.m. 1/1-31/8 - 1994*. Stockholm.

- Landstingsförbundet, 1995: *Sammanställning av enkätsvar av privata vårdgivares etablering m.m. år 1994*. Stockholm.
- Landstingsförbundet, 1995: *Offentlig finansierad privat öppen vård. Omfattning och inriktning*. Stockholm.
- Landstingsförbundet, 1996: Opublicerad material från en enkät till samtliga landsting under våren 1996.
- Riksförsäkringsverket, 1995: *Privatläkarvård 1989-juni 1994*. RFV informerar. Statistik Rapport Is-R. 1995:4. Stockholm.
- Socialdepartementet, 1992: *Arvoden för vård hos privatpraktiserande läkare*. Betänkande av specialisttaxeutredningen. SOU 1992:1188. Stockholm.
- Tussing D, Wojtowycz M. 1992: The cesarian decision in New York State, 1986: economic and non-economimc aspects. *Medical Care*, 30: 529-540.

Tabellbilaga 1 Antal läkare 1993 och 1995 fördelat på landsting, gamla och nya

Huvudman		1995				1993	För- ändr totalt	%	Förändr gamla	%
		Gamla	Nya	Summa	Andel nya %	Gamla				
AB	Stockholm	723	210	933	23	800	133	17	-77	-10
AC	Västerbotten	13	1	14	7	23	-9	-39	-10	-43
BD	Norrbottn	37	9	46	20	44	2	5	-7	-16
C	Uppsala	52	22	74	30	63	11	17	-11	-17
D	Sörmland	29	15	44	34	39	5	13	-10	-26
E	Östergötland	30	14	44	32	39	5	13	-9	-23
F	Jönköping	24	6	30	20	28	2	7	-4	-14
G	Kronoberg	18	6	24	25	20	4	20	-2	-10
H	Kalmar	10	2	12	17	14	-2	-14	-4	-29
I	Gotland	13	3	16	19	16	0	0	-3	-19
K	Blekinge	14	0	14	-	13	1	8	1	8
L	Kristianstad	29	14	43	33	31	12	39	-2	-6
M	Malmöhus	111	33	144	23	134	10	7	-23	-17
MM	Malmö	98	38	136	28	118	18	15	-20	-17
N	Halland	26	15	41	37	35	6	17	-9	-26
O	Bohus	18	7	25	28	24	1	4	-6	-25
OG	Göteborg	129	64	193	33	160	33	21	-31	-19
P	Älvsborg	24	7	31	23	37	-6	-16	-13	-35
R	Skaraborg	15	5	20	25	19	1	5	-4	-21
S	Värmland	36	3	39	8	50	-11	-22	-14	-28
T	Örebro	17	6	23	26	21	2	10	-4	-19
U	Västmanland	16	13	29	45	26	3	12	-10	-38
W	Dalarna	17	6	23	26	22	1	5	-5	-23
X	Gävleborg	30	6	36	17	43	-7	-16	-13	-30
Y	Västernorr- land	10	4	14	29	11	3	27	-1	-9
Z	Jämtland	14	3	17	18	14	3	21	0	0
Summa		1 553	512	2 065	25	184		221	12	-291-16

Källa: Landstingsförbundet 1994 och 1996

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

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

Statens offentliga utredningar 1996

Kronologisk förteckning

59. Europapolitikens kunskapsgrund.
En principdiskussion utifrån
EU 96-kommitténs erfarenheter. UD.
 60. Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och
utvidgningens effekter på den gemensamma
jordbrukspolitiken. UD.
 61. Olika länder – olika takt. Om flexibel integration
och förhållandet mellan stora och små stater i EU.
UD.
 62. EU, konsumenterna och maten
– Förväntningar och verklighet. Jo.
 63. Medicinska undersökningar i arbetslivet. A.
 64. Försäkringskassan Sverige – Översyn av
socialförsäkringens administration. S.
 65. Administrationen av EU:s jordbrukspolitik
i Sverige. Jo.
 66. Utvärderat personval. Ju.
 67. Medborgarlig insyn i kommunala entreprenader.
Fi.
 68. Några folkbokföringsfrågor. Fi.
 69. Kompetens och kapital + bilaga. N.
 70. Samverkan mellan högskolan och näringslivet. N.
 71. Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer
och landsbygd. In.
 72. Rättspsykiatriskt forskningsregister. S.
 73. Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. M.
 74. Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. M.
 75. Värden i folkhögskolevärlden. U.
 76. EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer,
formalia. Sammanfattning av ett seminarium i
april 1996. UD.
 77. Utländska försäkringsgivare med verksamhet i
Sverige. Fi.
 78. Elberedskapen. Organisation, ansvarsfördelning
och finansiering. N.
 79. Översyn av revisionsreglerna. Fi.
 80. Viktigt meddelande.
Radio och TV i Kris och Krig. Ku.
 81. Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. Fi.
 82. En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens
tillsynsmyndigheter. K.
 83. Allmänt pensionssparande APS. S.
 84. Ekobrottsforskning. Ju.
 85. Egon Jönsson – en kartläggning av lokala sam-
verkanprojekt inom rehabiliteringsområdet. S.
 86. Utvecklad samordning inom det civila försvaret
och freds räddningstjänsten. Kartläggning,
överväganden och förslag. Fö.
 87. Tredimensionell fastighetsindelning. Ju.
 88. Kameraövervakning. Ju.
 89. Samverkan mellan högskolan och de små och
medelstora företagen. N.
 90. Sammanhållet studiestöd. U.
 91. Den privata vårdens omfattning och framtida
ersättningsformer – En översyn av de nationella
taxorna för läkare och sjukgymnaster. S.
-

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Statsrådsberedningen

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

Justitiedepartementet

Kriminalunderrättelseregister
DNA-register. [35]
Elektronisk dokumenthantering. [40]
Presumptionsregeln i expropriationslagen. [45]
Förbud mot vapen på allmän plats m.m. [50]
Utvärderat personval. [66]
Ekobrottsforskning. [84]
Tredimensionell fastighetsindelning. [87]
Kameraövervakning. [88]

Utrikesdepartementet

Vem bestämmer vad? EU:s interna spelregler inför regeringskonferensen 1996. [4]
Politikområden under lupp. Frågor om EU:s första pelare inför regeringskonferensen 1996. [5]
Ett år med EU. Svenska statstjänstemäns erfarenheter av arbetet i EU. [6]
Av vitalt intresse. EU:s utrikes- och säkerhetspolitik inför regeringskonferensen. [7]
Union för både öst och väst. Politiska, rättsliga och ekonomiska aspekter av EU:s sjätte utvidgning. [15]
Förankring och rättigheter. Om folkomröstningar, utträdesrätt, medborgarskap och mänskliga rättigheter i EU. [16]
Sverige, EU och framtiden. EU 96-kommitténs bedömningar inför regeringskonferensen 1996. [19]
Från Maastricht till Turin. Bakgrund och övriga EU-länders förslag och debatt inför regeringskonferensen 1996. [24]
Demokrati och öppenhet. Om folkvalda parlament och offentlighet i EU. [42]
Jämställdheten i EU. Spelregler och verklighetsbilder. [43]
Europapolitikens kunskapsgrund. En principdiskussion utifrån EU 96-kommitténs erfarenheter. [59]
Miljö och jordbruk. Om EU:s miljöregler och utvidgningens effekter på den gemensamma jordbrukspolitiken. [60]
Olika länder – olika takt. Om flexibel integration och förhållandet mellan stora och små stater i EU. [61]
EU:s regeringskonferens – procedurer, aktörer, formalia. Sammanfattning av ett seminarium i april 1996. [76]

Försvarsdepartementet

Totalförsvarspliktiga m95. Förslag om jobb/studier efter muck, bostadsbidrag, dagpenning, försäkringar. [18]
Statens maritima verksamhet. [41]
Finansieringen av det civila försvaret. [58]
Utvecklad samordning inom det civila försvaret och freds räddningstjänsten. Kartläggning, överväganden och förslag. [86]

Socialdepartementet

Sveriges medverkan i FN:s familjeår. [37]
Kooperativa möjligheter i storstadsområden. [54]
Försäkringskassan Sverige – Översyn av socialförsäkringens administration. [64]
Rättspsykiatriskt forskningsregister. [72]
Allmänt pensionssparande APS. [83]
Egon Jönsson – en kartläggning av lokala samverkansprojekt inom rehabiliteringsområdet. [85]
Den privata vårdens omfattning och framtida ersättningsformer – En översyn av de nationella taxorna för läkare och sjukgymnaster. [91]

Kommunikationsdepartementet

Om järnvägens trafikledning m.m. [9]
EU-mopeden. Ålders- och behörighetskrav för två- och trehjuliga motorfordon. [11]
Bättre trafik med väginformatik. [17]
Ny kurs i trafikpolitiken + Bilagor. [26]
Banverkets myndighetsroll m.m. [33]
Enskilda vägar. [46]
En översyn av luft- sjö- och spårtrafikens tillsynsmyndigheter. [82]

Finansdepartementet

Kommuner och landsting med betalnings-svårigheter. [12]
Budgetlag – regeringens befogenheter på finansmaktens område. [14]
Borgenärsbrotten – en översyn av 11 kap. brottsbalken. [30]
Översyn av skatteflyktslagen. [44]
Reformerat förhandsbesked. [44]
Pensionssamordning för svenskar i EU-tjänst. [57]
Medborgerlig insyn i kommunala entreprenader. [67]
Några folkbokföringsfrågor. [68]
Utländska försäkringsgivare med verksamhet i Sverige. [77]
Översyn av revisionsreglerna. [79]
Skydd för sparande i sparkasseverksamhet. [81]

Statens offentliga utredningar 1996

Systematisk förteckning

Utbildningsdepartementet

Den nya gymnasieskolan – hur går det? [1]
Samverkansmönster i svensk forskningsfinansiering. [2]
Samordnad rollfördelning inom teknisk forskning. [20]
Reform och förändring. Organisation och verksamhet vid universitet och högskolor efter 1993 års universitets- och högskolereform. [21]
Inflytande på riktigt – Om elevers rätt till inflytande, delaktighet och ansvar. [22]
En strategi för kunskapslyft och livslångt lärande. [27]
Det forskningspolitiska landskapet i Norden på 1990-talet. [28]
Forskning och Pengar. [29]
Högskola i Malmö. [36]
Cirkelsamhället. Studiecirkelars betydelser för individ och lokalsamhälle. [47]
Värden i folkhögskolevärlden. [75]
Sammanhållet studiestöd. [90]

Jordbruksdepartementet

Offentlig djurskyddstillsyn. [13]
EU, konsumenterna och maten
– Förväntningar och verklighet. [62]
Administrationen av EU:s jordbrukspolitik i Sverige. [65]

Arbetsmarknadsdepartementet

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

Kulturdepartementet

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

Näringsdepartementet

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

Civildepartementet

Fritid i förändring.
Om kön och fördelning av fritidsresurser. [3]
Forskning för vår vardag. [10]
Attityder och lagstiftning i samverkan + bilagedel. [31]

Inrikesdepartementet

Lokal demokrati och delaktighet i Sveriges städer och landsbygd. [71]

Miljödepartementet

Batterierna – en laddad fråga. [8]
Nationalstadsparker. [38]
Rapport från klimatdelegationen 1995.
Klimatrelaterad forskning. [39]
Precisering av handelsändamålet i detaljplan. [52]
Kalkning av sjöar och vattendrag [53]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 1 – An Assessment. [73]
Swedish Nuclear Regulatory Activities.
Volume 2 – Descriptions. [74]

FRITZES

POSTADRESS: 106 47 STOCKHOLM
FAX 08-20 50 21, TELEFON 08-690 91 90

ISBN 91-38-20295-6
ISSN 0375-250X