

Regeringens proposition

1985/86: 42

om försöksverksamhet inom hälso- och
sjukvårdens område



Prop.
1985/86: 42

Regeringen föreslår riksdagen att anta det förslag som har tagits upp i
bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 17 oktober 1985.

På regeringens vägnar

Ingvar Carlsson

G. Sigurdson

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram ett lagförslag som öppnar möjlighet för en försöksverksamhet med viss hälso- och sjukvård i de kommuner som ingår i det s.k. frikommunförsöket. Förslaget innebär att en landstingskommun och en kommun kan träffa avtal om att kommunen på försök får bedriva primärvård. Landstingskommunens huvudmannaskap för den överlåtna verksamheten kvarstår dock.

Försöksverksamheten får pågå till utgången av år 1991.

Lag om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område

Härigenom föreskrivs följande.

Om regeringen för ett särskilt fall medger det får Ale, Bräcke, Gnosjö, Haninge, Helsingborgs, Sandvikens, Tyresö, Varbergs och Örebro kommuner på försök helt eller delvis bedriva viss hälso- och sjukvård (primärvård) i kommunen under förutsättning att landstingskommunen och kommunen har kommit överens om det. Regeringen får bestämma de villkor som skall gälla för försöksverksamheten.

Denna lag träder i kraft fyra veckor efter den dag då lagen enligt uppgift på den utkom från trycket i Svensk författningssamling och gäller till utgången av år 1991.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 17 oktober 1985

Närvarande: statsrådet I. Carlsson, ordförande, och statsråden Lundkvist, Feldt, Sigurdsen, Gustafsson, Leijon, Hjelm-Wallén, Peterson, Bodström, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Holmberg, Hellström, Thunborg, Wickbom, Johansson

Föredragande: statsrådet Sigurdsen

Proposition om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område

1 Inledning

Riksdagen har beslutat att en försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse skall bedrivas till utgången av år 1988 (prop. 1983/84:152, KU 32, rskr 368). Regeringen har utsett de kommuner och landstingskommuner (de s.k. frikommunerna) som skall ingå i försöket. Dessa är Haninge, Tyresö, Gnosjö, Helsingborgs, Varbergs, Ale, Örebro, Sandvikens och Bräcke kommuner samt Göteborgs och Bohus, Örebro och Jämtlands läns landstingskommuner.

Försöksverksamheten innebär att de deltagande kommunerna och landstingskommunerna skall kunna få dispens från statliga regler som verkar onödigt styrande på den kommunala verksamheten. Försöksverksamheten kan också gälla att utveckla former för en bättre samverkan mellan kommunerna och landstingskommunerna liksom mellan kommunala och statliga organ.

Några av frikommunerna har hos regeringen väckt förslag om en ökad samverkan mellan kommun och landstingskommun inom hälso- och sjukvårdens område, närmare bestämt i fråga om primärvården. För att kunna tillgodose önskemålen behövs särskilda lagstiftningsåtgärder. Jag vill därför *nu efter samråd* med chefen för civildepartementet ta upp dessa förslag.

2 Föredragandens överväganden

2.1 Behovet av ökad samverkan mellan kommuner och landstingskommuner

Mitt förslag: En möjlighet öppnas till ökad samverkan mellan främst socialtjänsten och primärvården.

Bakgrunden till mitt förslag: Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL, ändrad senast 1985:570) har landstingskommunen det övergripande ansvaret för all hälso- och sjukvård inom landstingsområdet. De kommuner som inte ingår i en landstingskommun har samma ansvar inom sina områden. När jag i det följande talar om landstingskommuner avser jag också dessa kommuner.

Ansvar innebär en skyldighet för landstingskommunen att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla som är bosatta i landstingskommunen samt akut hälso- och sjukvård åt dem som vistas i landstingskommunen utan att vara bosatta där. Landstingskommunen skall även i övrigt verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

HSL innehåller inte någon uttrycklig bestämmelse om att landstingskommunen själv är skyldig att med egna resurser bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet. Det förutsätts dock att landstingskommunen bedriver sådan verksamhet av betydande omfattning. Att landstingskommunen är den ojämförligt största vårdgivaren i landstingsområdet är i själva verket en förutsättning för landstingskommunens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården. Det övergripande ansvaret innefattar bl.a. ett ansvar att följa utvecklingen vad gäller hälsa, hälsorisker och vårdverksamheter samt ett planerings- och samordningsansvar beträffande all hälso- och sjukvårdsverksamhet inom landstingskommunen.

HSL ger landstingskommunerna stort utrymme att själva utforma hälso- och sjukvården efter lokala och regionala behov och förutsättningar. Former för verksamhetens bedrivande regleras således inte närmare i lagen. En betydande del av hälso- och sjukvården bedrivs utanför de stora sjukhusen. Det kan vara verksamhet vid vårdcentraler och sjukhem, mödra- och barnavård, hemsjukvård och liknande verksamheter. Denna del av hälso- och sjukvården benämns ofta primärvård.

Enligt socialtjänstlagen (1980:620, ändrad senast 1985:395) har kommunen det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver. Ansvar innebär bl.a. att kommunen skall ge den enskilde det stöd han behöver i den mån åtgärderna inte ankommer på annan huvudman. I propositionen om socialtjänsten (prop. 1979/80:1 Del A s. 148) framhöll det föredragande statsrådet bl.a. att principen om ett yttersta ansvar för kommunerna inte innebär någon ändring i fördelningen av de uppgifter som ligger hos kommunerna resp. landstingskommunerna. Han underströk att det i allmänhet inte möter några svårigheter att avgöra om ett vårdbehov skall tillgodoses av landstingskommunen inom sjukvårdens ram eller av den kommunala socialtjänsten och att detta även gäller i flertalet fall av sammansatt vårdbehov.

I prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. kommenterade föredraganden denna gränsdragningsfråga och framhöll att hälso- och sjukvårdens vårdresurser i princip bör begränsas till att omfatta sådana vårdbehov som bedöms kräva insatser av medicinskt utbildad personal eller av sådan personal i samarbete med personal med administrativ, teknisk, farmaceutisk, psykologisk eller social kompetens.

Skälen för mitt förslag: Under senare år har allt större krav kommit att ställas på ett lokalt inflytande över samhällets verksamheter. Det är en

allmän strävan att beslut och ansvar skall decentraliseras så långt som möjligt. Detta är en väsentlig utgångspunkt för mina ställningstaganden i det följande.

Behovet av samarbete mellan kommunerna och landstingskommunerna har accentuerats alltmer under senare år. Detta har tagit sig särskilt starka uttryck på vårdområdet. Både socialtjänstlagen och HSL ställer den enskilda människan i centrum och betonar vikten av närhet och lättillgänglighet till samhällets tjänster. Lagarna förutsätter också att ett väl utvecklat samarbete kommer till stånd mellan de båda huvudmännen – kommunerna resp. landstingskommunerna. Det är viktigt att likartade vårdresurser inte byggs upp inom både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Effektiv hushållning med samhällets resurser kräver att verksamheterna inom olika samhällssektorer kompletterar varandra. Strävan bör således vara att huvudmännen tillsammans och i samverkan tillhandahåller de vårdresurser som krävs.

En betydande del av den vård som lämnas av sjukvårdshuvudmännen tillhandahålls som primärvård vid vårdcentraler och vårdhem. Primärvården har ett förstahandsansvar för hälso- och sjukvården inom ett begränsat geografiskt område. Distriktsvården med distriktssköterskor och annan personal – t.ex. arbetsterapeuter och sjukgymnaster – faller också inom primärvården. I sin verksamhet har primärvården att nära samarbeta med socialtjänsten. Det är i detta sammanhang att märka att det varit en strävan att bygga upp primärvården och socialtjänsten med en gemensam områdesindelning. Målsättningen har varit att resurserna för socialtjänst och primärvård samlokaliseras. Både vårdcentralen och socialtjänsten har ett samlat ansvar för befolkningen inom ett avgränsat geografiskt område. Det är därför naturligt att en ytterligare samverkan mellan verksamheterna diskuteras.

Även den vårdorganisatoriska och vårdideologiska utvecklingen ställer krav på ökad samverkan. Framför allt gäller detta inriktningen mot att långtidssjuka, handikappade och äldre i ökad utsträckning skall erbjudas erforderlig vård och service i decentraliserade och öppna vårdformer inom eller i anslutning till boendemiljön. Vid en övergång till öppen vård ställs krav på samarbete mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård vad gäller avvägningen mellan sjukvård och social service.

Ett arbete med att vidareutveckla samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård har bedrivits sedan lång tid tillbaka. Bl.a. kan nämnas att Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, socialstyrelsen och Spri år 1978 redovisade ett antal gemensamma skrifter med inriktning på samverkansfrågorna mellan framför allt primärvård och äldreomsorg (Spri S 43, S 100–107). I dessa skrifter behandlades innehåll och utveckling; sjukvård i hemmet – social hemtjänst; boende, service och vård för äldre; långtidssjukvård i samverkan; omhändertagande av åldersdementa samt dagsjukvård inom primärvården.

I prop. 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården, m.m. (s. 91) framhålls att det är av central betydelse med en väl fungerande samverkan mellan socialtjänst och primärvården. ”Detta gäller framför allt inom äldreomsorgen men också beträffande yngre människor med långva-

riga sjukdomar och handikapp, som kräver både sjukvårdande insatser och social omsorg. I så gott som samtliga län finns samverkansavtal mellan kommun/landsting om sjukvård i hemmet/social hemtjänst.”

Ett brett utvecklingsarbete pågår med att finna former för en ökad samverkan. Olika modeller för samverkan prövas av kommuner och landstingskommuner. Enligt min mening är det väsentligt att statsmakterna öppnar möjligheter för huvudmännen att pröva nya former för samverkan alltefter skilda lokala förutsättningar.

Jag föreslår därför att det med anknytning till frikommunförsöket öppnas en möjlighet för ökad samverkan mellan främst socialtjänsten och primärvården. En försöksverksamhet i begränsad skala framstår enligt min mening som en väg att få fram underlag för bedömningar av lämpliga former för ökad samverkan.

2.2 Modell för försöksverksamheten

Mitt förslag: Om regeringen medger det, får en landstingskommun på försök överlåta på en kommun att bedriva viss hälso- och sjukvård. Försöksverksamheten skall begränsas till primärvårdsverksamhet och bygga på ett avtal som träffas mellan parterna. Avtalet skall godkännas av regeringen för att gälla. Regeringen får bestämma de villkor som skall gälla för försöksverksamheten.

Skälen för mitt förslag: När det gäller formerna för överflyttande av ansvaret för viss hälso- och sjukvård från landstingskommunen till kommunen kan olika modeller diskuteras. Den mest långtgående formen skulle vara att låta huvudmannaskapet för verksamheten gå över från landstingskommunen till kommunen. I fråga om förutsättningarna för en sådan modell vill jag framhålla följande.

Landstingskommunen är i dag huvudman för all den hälso- och sjukvård som landstingskommunen själv svarar för, vare sig den bedrivs med egna resurser eller ligger på någon annan. Huvudmannansvaret innebär alltså inte någon skyldighet att själv bedriva verksamheten. Driften kan ligga på någon annan som då betecknas som vårdgivare (jfr prop. 1981/82:97 s. 33)

Som jag tidigare har redovisat har fråga uppkommit att lägga ett ansvar för primärvården på kommunen.

En överlåtelse av huvudmannaskapet för primärvården från landstingskommunen till en kommun skulle inte påverka landstingskommunens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården i landstingsområdet. Också beträffande primärvården i den övertagande kommunen skulle landstingskommunens övergripande ansvar gälla. Även efter en överlåtelse av huvudmannaskapet skulle således vissa skyldigheter och uppgifter kvarstå för landstingskommunen beträffande den överlåtna verksamheten. Det ligger i det övergripande ansvarets natur att detta inte kan överlåtas vare sig helt eller delvis.

En fråga av grundläggande betydelse som man måste beakta i detta

sammanhang är behovet av att upprätthålla en likvärdig standard och en rättvist fördelad samhällsservice såväl regionalt som för landet som helhet. Behovet av primärvård liksom kostnaderna för denna är i hög grad beroende av åldersfördelning och social struktur i de enskilda kommunerna. Om stora skillnader föreligger i dessa avseenden mellan kommunerna, innebär landstingskommunens ansvar för primärvården en garanti för att en utjämning av resurserna kommer till stånd. Ett överförande av huvudmannaskapet för primärvården till en kommun får inte leda till att en likvärdig standard och en rättvis fördelning av resurserna inte uppnås. Det är därför viktigt att slå vakt om den regionala bärkraft som finns inom ett landstingsområde.

Enligt min mening skulle ett formellt överflyttande av huvudmannaskapet för primärvården från en landstingskommun till en kommun medföra konsekvenser som kan vara svåra att överblicka. För att kunna pröva en sådan ordning krävs bredare och djupare analyser än vad som är möjligt att genomföra i detta sammanhang. Jag anser därför att en försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet inte bör innebära att landstingskommunen frånträder huvudmannaskapet för den överlåtna verksamheten.

Huvudmannaskapet för en viss verksamhet inom hälso- och sjukvården enligt HSL innebär som tidigare nämnts inte något krav på att huvudmannen också bedriver verksamheten med egna resurser. Huvudmannen är således i princip fri att överlåta på någon "entreprenör" att rent faktiskt svara för driften av verksamheten. Jag är emellertid inte övertygad om att ett entreprenadförhållande av detta slag uppfyller de krav och förväntningar som finns på en försöksverksamhet. Jag vill därför föreslå en lösning efter följande huvudlinjer.

Försöksverksamheten bör bygga på att det träffas ett skriftligt avtal mellan en landstingskommun och en kommun om att kommunen under en försöksperiod helt eller delvis skall svara för primärvården. Ett sådant avtal bör ge kommunen en betydande frihet att sköta och driva verksamheten sedan uppgifterna har övergått på kommunen. Som jag tidigare redovisat innebär ett kommunalt övertagande av primärvården inte att huvudmannaskapet för verksamheten överflyttas på kommunen. Huvudmannaskapet ligger kvar hos landstingskommunen. Detta förhållande innebär att lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet kommer att gälla för primärvårdsverksamheten även efter det att denna övergått till kommunen. Landstingskommunen behåller således beskattningsrätten och rätten att bestämma om vårdavgifter. Primärvårdsverksamheten kommer även efter en överlåtelse att omfattas av de landstingskommunala förtroendenämndernas arbete. Den personal som skall arbeta inom verksamheten är hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl., oavsett hur anställningsförhållandena löses i det enskilda fallet.

En kommunal primärvård leder naturligtvis i vissa avseenden till ändrade förutsättningar för verksamheten, vilket innebär att en rad frågor måste klaras ut i det avtal som landstingskommunen och kommunen ingår. Som exempel på sådana frågor vill jag nämna hur samordningen skall ske av den överlåtna verksamheten med landstingskommunens övriga hälso- och sjukvård samt hur eventuella förändringar i verksamheten skall genomföras.

Det kan också behöva klaras ut i avtalet hur kommunen skall bedriva verksamheten för att uppfylla de krav som finns i HSL och andra författningar inom området. Detta kan gälla frågor om t.ex. socialstyrelsens tillsyn över den överlåtna verksamheten, hur frågor om sekretess i vården skall lösas, det medicinska ledningsansvaret och om hur anmälningar av vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården skall göras. Självfallet måste också en rad frågor av närmast praktisk natur behandlas i avtalet. Bland dessa märks de ekonomiska frågorna, lokal- och byggnadsfrågor samt frågor om hur verksamheten skall bedrivas när försöksperioden har gått till ända.

Jag vill i detta sammanhang också erinra om att det i den nya lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. har öppnats en möjlighet för landstingskommunerna att träffa avtal med kommuner om att dessa skall överta ansvaret för en eller flera omsorger. För att så långt som möjligt få en samordning och därigenom undvika eventuella oönskade effekter ställs som villkor att regeringen medger en övergång av ansvaret (prop. 1984/85:176 s. 69). Av samma skäl anser jag att det bör krävas att regeringen godkänner avtal om att kommunerna skall svara för viss hälso- och sjukvård. För att bl.a. grundläggande frågor om patienternas säkerhet i vården skall säkerställas bör regeringen ges rätt att bestämma de villkor som skall gälla för försöksverksamheten.

En försöksverksamhet som innebär att en kommun kan bedriva hela eller delar av primärvården bör enligt min mening kunna ge mycket värdefulla erfarenheter inför en diskussion om hur en framtida samverkan och ansvarsfördelning mellan kommuner och landstingskommuner kan vara utformad. Satsningen på öppna vårdformer och den allmänna decentraliseringen gör att gränserna mellan kommunalt och landstingskommunalt vårdansvar blir allt svårare att dra både vad gäller vården om äldre och vården av personer med psykiska sjukdomar. Det är därför angeläget att en försöksverksamhet kommer till stånd.

Jag vill emellertid peka på att ett överförande av verksamheten kan inrymma vissa problem som bör beaktas i samband med att avtal upprättas. Både hälso- och sjukvården och socialtjänsten har särskilda arbetsuppgifter och särskild kunskap som det är viktigt att slå vakt om. Primärvården skall utgöra basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Den kan bäst tillgodose krav på närhet, lättillgänglighet och kontinuitet och kan arbeta såväl med ett patientperspektiv som med ett befolknings- och folkhälsoperspektiv och utifrån sin kännedom om lokalbefolkningens hälsovillkor och hälsoproblem. Landstingskommunernas primärvårdsorganisation har vidare en viktig uppgift i samordningen av de samlade vårdinsatserna från de olika vårdgivarna i området. Detta förutsätter en nära samverkan med i första hand länssjukvården. En överföring av driftsansvaret för primärvården från sjukvårdshuvudmannen till kommunen kan försvåra denna nära samverkan inom hälso- och sjukvårdssystemet. Primärvården har en betydelsefull roll också i det förebyggande arbetet bl.a. när det gäller att genomföra lokala epidemiologiska kartläggningar och analyser som skall ligga till grund för den behovsbaserade hälso- och sjukvårdsplaneringen inom landstingskommunen. Även här kan en samverkan mellan primärvården och den övriga hälso-

och sjukvården försvåras vid en överföring av verksamheten.

Ett annat problem hänger samman med att primärvården befinner sig i ett uppbyggnadsskede. Med hänsyn till att utrymmet för en expansion av hälso- och sjukvården är mycket begränsat måste primärvårdens utbyggnad i allt väsentligt ske genom en omstrukturering inom ramen för befintliga resurser. Primärvården måste således tillföras resurser på bekostnad av framför allt länssjukvården. Ett förändringsarbete i denna riktning har påbörjats inom landstingskommunerna. Erfarenheterna hittills tyder på att omstrukturen är förenad med betydande problem. Vid ett kommunalt ansvar för primärvården blir dessa problem självfaller än mer påtagliga. En överenskommen mellan en kommun och en landstingskommun inom ramen för försöksverksamheten måste därför utformas så att den inte försvårar utan underlättar en fortsatt utveckling av primärvården i enlighet med de utvecklingslinjer som riksdagen har godkänt (prop. 1984/85:181, SoU 28, rskr 400).

Försöksverksamheten syftar som jag nämnt till att skapa underlag för bedömningar av hur en lokal samverkan mellan främst socialtjänst samt hälso- och sjukvård kan utformas. I anslutning till primärvårdens uppbyggnad deltar Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, socialstyrelsen och Spri i olika utvecklingsprojekt som rör samverkansfrågor. En försöksverksamhet med en kommunalt bedriven primärvård skapar förutsättningar för en mer långtgående integration än vad som tidigare prövats. Jag vill därför betona att verksamheterna bör följas upp och utvärderas så att erfarenheterna kan läggas till grund för en framtida utformning av samverkan och integration av socialtjänsten och primärvården. Jag vill redan nu förutskicka att jag i samband med att ansökningar om försöksverksamhet behandlas kommer att föreslå regeringen att ge socialstyrelsen i uppdrag att i samverkan med Spri ansvara för utvärderingen.

I sammanhanget vill jag peka på att Göteborgs, Malmö och Gotlands kommuner, som inte ingår i någon landstingskommun, bedriver både hälso- och sjukvård och socialtjänst. Verksamheterna bedrivs i dessa kommuner av skilda nämnder och förvaltningsorganisationer. Erfarenheterna från försöksverksamheterna torde därför kunna vara av särskilt intresse för de nämnda kommunerna.

2.3 Frågans rättsliga reglering

Mitt förslag: Genom en särskild lag får de kommuner som ingår i frikommunförsöket rätt att på försök fram till utgången av år 1991 bedriva viss hälso- och sjukvård (primärvård).

Skälen för mitt förslag: Som jag har sagt i det föregående innebär det landstingskommunala huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården inte något krav på att landstingskommunen också själv faktiskt bedriver verksamheten. En landstingskommun har alltså redan i dag rätt att överlåta driftsansvaret för primärvården på en kommun. Något ytterligare lagstöd behövs således inte för detta ändamål. Annorlunda förhåller det sig med

kommunens möjlighet att åta sig denna uppgift.

Enligt 1 kap. 4 § kommunallagen (1977:179) får kommuner och landstingskommuner själva vårda sina angelägenheter. Bestämmelsen innefattar en gränsdragning mellan kommunernas och landstingskommunernas kompetensområde. För kommunerna innebär stadgandet i princip att de inte får ägna sig åt sådant som ankommer på landstingskommunerna enligt den allmänna kompetensregeln eller bestämmelser i speciallagstiftningen. Ett exempel på sådan lagstiftning är HSL, som ålägger landstingskommunerna ansvaret för hälso- och sjukvården. För kommunerna finns det inte några lagbestämmelser som ger dem rätt att bedriva hälso- och sjukvård, om man bortser från skolhälsovården. Genom att landstingskommunerna således har getts ansvaret för hälso- och sjukvården är detta inte avsett att vara en angelägenhet för kommunerna. Jag har därför bedömt det som nödvändigt med en särskild lagbestämmelse som klargör kommunernas kompetens på detta område. En sådan bestämmelse bör enligt min mening lämpligen tas in i en särskild lag.

Av lagen bör framgå vilka kommuner som omfattas av försöksverksamheten. Jag finner det därvid mest ändamålsenligt att det öppnas en möjlighet för samtliga kommuner som ingår i frikommunförsöket att delta i försöket tillsammans med resp. landstingskommun.

Enligt min mening finns det inte skäl att föreskriva vilken kommunal nämnd som skall handha uppgifterna inom den hälso- och sjukvård som en kommun försöksvis kan åta sig. Valet av nämnd bör i stället göras av de enskilda kommunerna utifrån de lokala förutsättningarna. Jag vill i sammanhanget erinra om att försökskommunerna enligt lagen (1984:382) om försöksverksamhet med en friare kommunal nämndorganisation har fått en betydande frihet att ordna sin nämndorganisation. Jag vill också framhålla att det är möjligt att lägga uppgifterna på t.ex. en kommunaldelsnämnd med stöd av lagen (1979:408) om vissa lokala organ i kommunerna.

Försöksverksamheten skall i enlighet med vad jag har sagt tidigare omfatta endast primärvården. Detta begrepp finns emellertid inte definierat i författning. Till primärvården brukar man dock i den praktiska verksamheten hänföra främst den del av hälso- och sjukvårdsorganisationen som är förlagd utanför de sjukhus som är avsedda för i huvudsak somatisk korttidsvård och psykiatrisk vård. I prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m. framhöll föredraganden att primärvården har ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område, i regel motsvarande en kommun eller del av sådan. I den lag som jag nu föreslår begränsas försöksverksamheten till hela eller delar av primärvården såsom denna har definierats i nämnda proposition samt i de utvecklingslinjer för den framtida hälso- och sjukvården m.m. som riksdagen godkänt (prop. 1984/85:181, SoU 28, rskr 400).

Frikommunförsöket får bedrivas till och med utgången av år 1988. Enligt min mening bör dock den försöksverksamhet som jag nu föreslår få bedrivas under en något längre tid för att man skall få tillräckliga erfarenheter för en

utvärdering. Jag föreslår därför att försöksverksamheten får bedrivas till Prop. 1985/86:42
utgången av år 1991.

3 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att anta det inom socialdepartementet upprättade förslaget till lag om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.

4 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition föreslå riksdagen att anta det förslag som föredraganden har lagt fram.

