



Regeringens proposition

1990/91:121

om försöksverksamhet med kommunalt
huvudmannaansvar för primärvård m.m.

Prop.
1990/91:121

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 21 mars 1991 för de åtgärder och de ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Odd Engström

Ingela Thalén

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att kommunerna inom ramen för en försöksverksamhet ges befogenhet att erbjuda viss hälso- och sjukvård (s.k. primärvård). Om ett landsting och en kommun är överens om det och socialstyrelsen lämnar sitt medgivande skall kommunen med huvudmans ansvar kunna överta landstingets skyldighet att erbjuda sådan vård.

Primärvård anses i detta sammanhang vara den verksamhet, som bedrivs eller som planerats att drivas av landstinget enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som enbart har hel kommun eller del av sådan som upptagnings- eller betjäningssområde. Det får bli en uppgift för landstinget och kommunen att gemensamt definiera primärvården och närmare avgränsa den från länssjukvårdens och eventuellt andra huvudmäns verksamheter organisatoriskt, ekonomiskt och personellt.

Den föreslagna försöksverksamheten avses pågå fr.o.m. år 1992 t.o.m. år 1996. Under den tid försöksverksamheten pågår skall landstinget få lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överlåtelsen. Det är de berörda huvudmännens sak att träffa överenskommelse härom.

De huvudmän, som i enlighet med lämnat medgivande deltar i försöksverksamheten, skall vara beredda att lämna det underlag som behövs för att följa upp och utvärdera verksamheten.

Försöksverksamheten föreslås reglerad i en särskild lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

I propositionen uttalas att försöksverksamhet gällande finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet bör

genomförs med syftet att åstadkomma incitament inom systemen för helhetsbedömningar, som bidrar till bättre hälsa och ett mer aktivt liv för hela befolkningen, samtidigt som belastningen på samhällsekonomin minskar.

Prop. 1990/91:121

Lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård

Härigenom föreskrivs följande.

Tillstånd och villkor

1 § En kommun som ingår i en landstingskommun får inom ramen för en försöksverksamhet erbjuda viss hälso- och sjukvård (primärvård), om landstingskommunen och kommunen har kommit överens om det och fått tillstånd till det.

Socialstyrelsen prövar frågor om tillstånd till sådan försöksverksamhet och får fastställa villkor för verksamheten.

Föreskrifter i hälso- och sjukvårdslagen som gäller för försöksverksamheten

2 § Följande föreskrifter i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller för den primärvård som ingår i försöksverksamheten, nämligen

1 § om vad som avses med hälso- och sjukvård,

2 § om mål för hälso- och sjukvården,

2a och 2b §§ om krav på hälso- och sjukvården,

13 § om personalen i hälso- och sjukvården och om patientansvarig legitimerad läkare m.m.,

14 § om den samlade ledningen av verksamheten, dock att vad som sägs om landstingskommunen skall gälla kommunen,

15 § om läkare under allmäntjänstgöring eller specialistutbildning,

16 § om bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om behörighet till tjänster inom hälso- och sjukvården m.m.,

20 och 21 §§ om planering av hälso- och sjukvården och om samverkan,

22 § första stycket om ledningen av den kommunala hälso- och sjukvården,

26 § om vårdavgifter,

27 § om socialstyrelsens tillsyn,

28 § om bemyndigande att meddela föreskrifter,

29 § om hälso- och sjukvården i krig.

Särskilda bestämmelser för försöksverksamheten

3 § Kommunen skall erbjuda en god primärvård åt dem som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamhet och därvid verka för en god hälsa hos hela denna befolkning.

4 § Om någon som vistas inom det område som omfattas av försöksverksamhet utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, som faller inom primärvården, skall kommunen erbjuda sådan vård.

En kommun får också i andra fall erbjuda primärvård åt den som är bosatt i en annan kommun om berörda kommuner och landstingskommuner kommer överens om det.

5 § Sådan primärvård som en kommun har ansvar för enligt denna lag omfattas inte av landstingskommunens ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

6 § Har en landstingskommun och en kommun träffat en överenskommelse om försöksverksamhet enligt denna lag får landstingskommunen lämna sådant ekonomiskt bidrag till kommunen som motiveras av överenskommelsen.

7 § Socialstyrelsens beslut enligt 1 § får överklagas hos regeringen av landstingskommunen eller kommunen.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1992 och gäller till utgången av år 1996.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 mars 1991

Närvarande: statsrådet Engström, ordförande, och statsråden Hjelm-Wallén, S. Andersson, Göransson, Gradin, Dahl, R. Carlsson, Hellström, Johansson, Lindqvist, G. Andersson, Lönnqvist, Thalén, Freivalds, Wallström, Löow, Persson, Sahlin, Larsson, Åsbrink

Föredragande: statsrådet Thalén

Proposition om försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaansvar för primärvård m.m.

1 Inledning

Riksdagen beslutade i december 1990 om förändringar i ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. senast fr.o.m. den 1 januari 1992 (prop. 1990/91:14, SoU9, rskr. 97). Beslutet innebär att kommunerna ges ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade. Förändringarna avser att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna efter de målsättningar som riksdagen lagt fast i fråga om samhällets äldreomsorg.

Utöver att kommunernas skyldighet i fråga om särskilda boendeformer för service och vård till äldre samt bostäder med särskild service för handikappade m.m. klargörs, innebär förändringarna bl.a. att kommunerna skall ha skyldighet att erbjuda viss hälso- och sjukvård vid de sjukhem och motsvarande som kommunerna tar över från landstingen liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt vid bostäder med särskild service och kommunala dagverksamheter. Kommunerna ges därutöver befogenhet att erbjuda hemsjukvård också i ordinärt boende. Landstingets ansvar för läkarinsatser kan dock, enligt detta riksdagsbeslut, inte överlåtas till kommunerna.

Socialutskottet framhöll i sitt betänkande i ärendet att det på sikt är angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård och att det föreliggande förslaget inte borde ses som en slutgiltig lösning. Vidare ansåg utskottet att en försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvården bör inledas.

Enligt utskottet bör sådan försöksverksamhet inte begränsas genom beslut av riksdagen. Omfattningen av försöksverksamheten bör i stället grundas på kommunernas och landstingens intresse av att delta i en sådan verksamhet. Mina överväganden och förslag i det följande skall ses mot bakgrund av riksdagens uttalanden i dessa avseenden.

Primärvården av i dag har ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell hälso- och sjukvård inom ett begränsat geografiskt område. Den måste därmed kunna tillhandahålla ett mångfacetterat serviceutbud som är anpassat till de aktuella behoven hos befolkningen i området. Detta har bidragit till att primärvården kommit att se olika ut i skilda delar av landet.

Primärvården med det vidsträckta innehåll vi i dag vill ge den har gamla anor i vårt land. Till protokollet i detta ärende bör fogas som *bilaga 1* en inom socialdepartementet upprättad promemoria om utvecklingen av primärvården. I promemorian ingår en redovisning bl.a. av den öppna vården i ett historiskt perspektiv och av dess utveckling under 1980-talet. Även ansvarsfördelningen och samverkan vad gäller socialtjänst och primärvård under de senaste decennierna behandlas.

Det är inte min avsikt att i samband med den försöksverksamhet, som jag här föreslår, närmare avgränsa och beskriva primärvårdens innehåll och omfattning. I bilaga 1 redovisas dock närmare även den utveckling av primärvården som begrepp, funktion och organisation som ägt rum under de senaste årtiondena. Detta får anses ge en grund för eventuella lokala överenskommelser om försök med kommunalt huvudmannansvar för primärvård. Redovisningen bör även ses som en allmän bakgrund till mina överväganden och förslag i det följande.

2 Allmän bakgrund

Ett viktigt inslag i senare års förändringsarbete inom den offentliga sektorn har varit och är att överbygga sektorsgränser som verkar hämmande på möjligheterna att bedriva en framgångsrik välfärdspolitik. Sverige har i ett internationellt perspektiv goda resurser för att tillgodose skilda grupper behov av service och vård, bl.a. genom den målmedvetna satsningen på den generella välfärdspolitiken. Ett av skälen till att enskildas behov inte alltid kan tillgodoses fullt ut är att det finns brister i samordningen av tillgängliga resurser samt att ett gemensamt synsätt och gemensamma arbetsformer inte är tillräckligt väl utvecklade.

Under 1970- och 1980-talen har en betydande utbyggnad av samhällets socialtjänst och primärvård ägt rum. Stora ansträngningar har gjorts för att samordna resursutbyggnaden och att förstärka samverkan mellan personalen inom de båda organisationerna. Viktiga inslag i detta arbete har varit att skapa gemensam distriktsindelning, samarbetsgrupper av olika slag, lokalmässig samordning och samverkan i information och fortbildning.

Erfarenheterna visar att de områden i landet som har en väl utbyggd primärvård och primärkommunal äldreomsorg har lägre kostnader för sin samlade hälso- och sjukvård, utan att kvaliteten blivit eftersatt, än andra områden. En väl utvecklad samverkan mellan olika vårdnivåer inom hälso- och sjukvården samt mellan denna och socialtjänsten innebär också att de gemensamma resurserna används på ett bättre sätt.

Skilda politiska och administrativa ledningar för primärvård resp. socialtjänst kan emellertid försvåra en samordnad resursutveckling och därmed möjligheterna att på bästa och mest effektiva sätt möta befolkningens behov av service och vård samt förebyggande insatser.

Orsakerna till ohälsa är ofta sammansatta. Såväl kroppsliga faktorer som andra förhållanden har stor betydelse för uppkomsten av sådana besvär som är vanliga bland primärvårdens besökare. För att kunna ge en god behandling behövs därför en bred kompetens inom det medicinska och det sociala området. Personal med olika kompetens behöver arbeta i ett nära och vardagligt samarbete. De resurser som primärvården resp. socialtjänsten förfogar över för service och vård till yngre och äldre personer med funktionsnedsättningar är dessutom till vissa delar utbytbara och i övrigt ömsesidigt beroende.

Även möjligheterna att utveckla primärvårdens förebyggande arbete borde underlättas vid ett kommunalt huvudmannansvar för primärvården. I ett sådant arbete är kommunernas olika facknämnder viktiga samverkansparter.

Det är kanske framför allt i samband med diskussionerna om en ändrad ansvarsfördelning mellan kommuner och landsting om äldreomsorgen som också frågan om huvudmannaskapet för primärvården blivit aktuell. Genom lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område har också möjligheter öppnats för de kommuner som ingår i frikommunförsöket att träffa avtal med landstinget om att på försök bedriva primärvård. Landstingets huvudmannaskap för verksamheten kvarstår dock. Denna försöksverksamhet får pågå till utgången av år 1991.

Inom ramen för frikommunförsöket övertog kommundelen Vivalla-Lundby inom Örebro kommun år 1986 driftsansvaret för primärvården inom sitt område genom avtal med landstinget. Vidare har Gnosjö kommun i Jönköpings län bedrivit försök med kommunalt driven primärvård sedan januari 1988.

Enligt lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt omsorgsverksamhetens område kan regeringen medge att Jämtlands läns landstingskommun och Östersunds kommun på försök gemensamt får fullgöra uppgifter inom socialtjänsten, viss hälso- och sjukvård (primärvård) samt omsorgsverksamheten. Regeringen medgav i mars 1989 att dessa huvudmän på försök gemensamt får driva primärvårdsuppgifter i ett kommunalförbund inom kommundelen Brunflo.

På ytterligare några orter i landet bedrivs försök med samordning av tjänstemannaorganisationen för socialtjänsten och delar av primärvården. Så har t.ex. Sotenäs kommun i Bohuslän sedan år 1987 en gemensam chef för primärvården och socialtjänsten. Denna försöksverksamhet med en organisatorisk integration av två tjänstemannaförvaltningar har stötts ekonomiskt av Trygghetsfonden.

Pågående primärvårdsförsök drivs således med olika grundförutsättningar och även med stora variationer vad gäller val av organisationsstruktur m.m. Gemensamt är emellertid att man på olika sätt strävar efter

att integrera socialtjänstens och primärvårdens olika funktioner. Att förbättra samordningen av äldrevården är utmärkande för samtliga försök, liksom diskussioner om arbetsledarrollen. Ett utökat samarbete kring missbruksfrågor och samordning av socialbidrag, socialförsäkring och arbetsförmedling förekommer dock också. Dessutom har frågan om hur behovet av specialistkunnande i förhållande till behovet av en utvecklad generalistkompetens skall kunna tillgodoses utifrån det lokala samhällets behov och förutsättningar penetrerats.

När olika organisationer och kulturer möter varandra måste målen för förändringsprocessen diskuteras, bli tydliga och utgå från den enskilda människans behov. I dessa försöksverksamheter har man genom en förvaltningsmässig och politisk samordning av socialtjänst och primärvård fått administrativa och ekonomiska förutsättningar för att kunna ge begreppen närhet, helhetssyn och kontinuitet en konkret innebörd.

3 Överväganden

3.1 Modell för försöksverksamheten

Mitt förslag: Om socialstyrelsen medger det får en kommun från landstinget på försök överta uppgiften att med huvudmans ansvar bedriva viss hälso- och sjukvård (primärvård). Försöksverksamheten skall begränsas till primärvårdsverksamhet och bygga på ett avtal som träffas mellan parterna. Ett medgivande får förenas med villkor för försöksverksamheten.

Skälen för mitt förslag: Landstinget är i dag huvudman för all den hälso- och sjukvård som landstinget själv svarar för, vare sig den bedrivs med egna resurser eller ligger på någon annan. Huvudmannaansvaret innebär alltså inte någon skyldighet att själv bedriva verksamheten. Ansvaret för driften kan ligga på någon annan som då betecknas som vårdgivare (jfr prop. 1981/82:97 s. 33). Som jag tidigare redovisat bedriver några kommuner redan nu primärvård inom ramen för det s.k. frikommunförsöket. Dessa försök innebär dock inte att kommunerna tagit över huvudmannaansvaret för primärvården. Detta begränsar värdet av försöksverksamheten. Enligt min mening kan frågan om ett allmänt kommunalt huvudmannaskap för primärvården prövas närmare först efter genomförd försöksverksamhet med ett kommunalt huvudmannaansvar för verksamheten i fråga. En försöksverksamhet bör därför inledas snarast.

Försöksverksamheten måste vara så upplagd att den garanterar den enskildes rätt till en god vård på lika villkor och främjar en god hälsa hos befolkningen. Den bör också utformas så att den kan utvärderas av rege- ring och riksdag. Den förutsätter reglering i lag.

Behovet av primärvård liksom kostnaderna för denna vård är i hög grad beroende av åldersfördelning och social struktur i de enskilda kommunerna. Ett överförande av huvudmannansvaret för primärvården till en kommun får inte leda till att kraven på en likvärdig standard och rättvis fördelning av resurserna eftersätts.

Försöksverksamheten bör bygga på att det i varje särskilt fall träffas ett avtal mellan ett landsting och en kommun om att kommunen under en försöksperiod med huvudmans ansvar skall svara för primärvården i dess helhet. Ett sådant avtal ger kommunerna möjlighet att sköta och driva verksamheten helt efter lokala behov och förutsättningar.

Av ett sådant avtal bör klart framgå inriktningen, innehållet och omfattningen av försöksverksamheten. Det måste klarläggas hur primärvården avgränsas mot länssjukvården, vilken inte skall omfattas av försöksverksamheten.

I avtalet måste också de ekonomiska förutsättningarna för försöksverksamheten regleras. Det är huvudmännens sak att komma överens om den inbördes ekonomiska regleringen. Statsbidragen inom hälso- och sjukvården eller bidragen från den allmänna sjukförsäkringen avses inte förändras till följd av försöksverksamheten.

Jag vill i detta sammanhang erinra om att det inte är möjligt att ta ut olika skatt för landstingsinvånarna beroende på i vilken kommun de är mantalsskrivna. Skatteväxling som metod för ekonomisk reglering mellan huvudmännen för försöksverksamhet med kommunal primärvård är därmed bara möjlig om ett landsting träffar avtal med samtliga kommuner inom landstingsområdet om sådan försöksverksamhet. Jag vill härvid hänvisa till vad det föredragande statsrådet anförde om ekonomisk reglering i samband med propositionen om vissa ändringar i omsorgslagstiftningen m.m. (prop. 1989/90:132, SoU25. rskr. 315).

Den personal som väntas arbeta inom den primärkommunala primärvården är hälso- och sjukvårdspersonal enligt lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl. Jag utgår från att de landsting och kommuner som kommer att ingå i försöksverksamheten tillsammans med berörda personalorganisationer skall kunna komma överens om hur olika personalgrupper skall föras över till kommunerna.

Andra frågor av praktisk natur som behöver klaras ut inom försöksverksamheten gäller patientavgifter, lokaler och byggnader samt frågor om hur verksamheten skall bedrivas när försöksperioden löpt ut.

Jag vill i detta sammanhang också erinra om att det i lagen (1985:568) om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m.fl. har öppnats en möjlighet för landstingen att träffa avtal med kommuner om att dessa skall överta ansvaret för en eller flera särskilda 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 godkännande av avtal om att kommunerna skall svara för viss hälso- och sjukvård. Jag finner det motiverat att prövningen av avtal om försöksverksamhet med kommunal primärvård blir en uppgift för social-

styrelsen. Jag hänvisar bl.a. till det av riksdagen godkända uttalandet av socialutskottet i utskottets betänkande 1990/91:SoU9. Enligt utskottet bör det inte ankomma på regeringen utan på socialstyrelsen att bedöma om kommunernas och landstingens uppläggning uppfyller de krav på försöksverksamheten som bör gälla.

Bakgrunden till förslaget om försöksverksamhet är de erfarenheter som visar att ett intensifierat samarbete mellan kommunala och landstingskommunala verksamheter är nödvändigt för att kunna uppnå en önskad och ändamålsenlig utveckling. Ett samarbete mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst kan öka effekten av insatta resurser samtidigt som det ger möjligheter till bättre anpassad service och vård för de enskilda. Detta gäller bl.a. äldre, handikappade, psykiskt störda, missbrukare, barn som far illa m.fl. Besparingar bör också kunna åstadkommas genom att viss specialiserad personal och vissa funktioner utnyttjas gemensamt av hälso- och sjukvården samt socialtjänsten. Ökat samarbete kan även bidra till att dubbelarbete undviks. Samtidigt är ökad samverkan erforderlig för att kunna möta nya och ändrade krav från allmänheten.

För att nå målet om ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvård samt socialtjänst kan det vara ändamålsenligt att de kommuner som kommer att svara för primärvård organisatoriskt samordnar denna med någon av de nämnder som har ansvaret för socialtjänsten.

Satsningen på öppna vårdformer och den allmänna decentraliseringen gör att gränserna mellan kommunernas och landstingens ansvarsområden blir allt svårare att dra t.ex. vad gäller vården av personer med psykiska sjukdomar, missbrukare m.fl. Även om ansvaret för service och vård till äldre och handikappade klargjorts i samband med riksdagens nyligen fattade beslut i frågan kan det även i fortsättningen komma att uppstå vissa gränsdragningsproblem inom detta område. Den här föreslagna försöksverksamheten kan bidra till att anvisa lösningar på sådana svårigheter.

Det är angeläget att den försöksverksamhet som genomförs enligt mitt förslag följs upp och utvärderas. Jag återkommer till detta i avsnitt 3.5.

3.2 Begreppet primärvård och dess avgränsning

Genom att sjukvårdshuvudmännen var för sig kunnat utveckla primärvården enligt sina egna förutsättningar har den kommit att se olika ut i skilda delar av landet.

Primärvårdens omfattning och resurser varierar högst betydligt mellan och inom olika landsting. Även den organisatoriska utvecklingen har kommit olika långt och gått i delvis skilda riktningar. Det är därför inte meningsfullt att i samband med den försöksverksamhet med ändrat huvudmannansvar som jag föreslår, centralt närmare avgränsa och beskriva primärvårdens innehåll och omfattning som grund för lokala överenskommelser om försök med primärvård under kommunalt huvudmannansvar.

Utgångspunkten är emellertid att det är fråga om verksamhet bedriven enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – dock inte sådan hälso- och sjukvård som bedrivs över gränserna för flera primärkommuner eller som organisatoriskt är knuten till länssjukvården. Om det är möjligt, och huvudmännen är ense därom, att avgränsa en sådan verksamhet geografiskt, organisatoriskt, personellt och ekonomiskt för att ingå i primärvården inom en kommun bör det stå huvudmännen fritt att välja en sådan lösning under försökstiden.

Detta kan t.ex. gälla psykiatrin. Psykiatriutredningen (S 1989:01) har i en skrivelse i februari 1991 anfört att det är väsentligt att delar av den psykiatriska vården skall kunna omfattas av försöksverksamheter med kommunal primärvård. Som framgår av redovisningen i bilaga 1 innefattar primärvården i vissa fall psykiatriska vårdresurser. Försöksverksamheten bör därför även kunna omfatta delar av den psykiatriska vården under förutsättning att huvudmännen kommer överens om detta.

Ytterligare en förutsättning är att det är befintlig lokal primärvård, som skall komma i fråga för försöksverksamheten. Vad som bör ingå skall dock närmare preciseras av berörda landsting och berörda kommuner gemensamt. Detta innebär att även planerad men ännu inte igångsatt verksamhet kan ingå i försöket och innefattas i överenskommelse om försöksverksamhet om huvudmännen så önskar.

Tandvården omfattas inte av den lagstiftning jag föreslår för att göra det möjligt med en försöksverksamhet med ändrat huvudmannansvar för primärvården.

Jag vill i detta sammanhang peka på att ett överförande av ansvaret för primärvården till kommunen 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 kraven på närhet, lättillgänglighet och kontinuitet i vården. Primärvården skall arbeta såväl med ett patientperspektiv som med ett befolknings- och folkhälsoperspektiv utifrån sin kännedom om lokalbefolkningens hälsovillkor och hälsoproblem. Landstingens 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 ansvaret för primärvården från landstinget till kommunen får inte leda till att en sådan nära samverkan mellan länssjukvården och primärvården försvåras. Den senare 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 totala hälso- och sjukvårdsplaneringen inom landstingsområdet. Även i detta avseende bör huvudmännen se till att samverkan mellan primärvården och den övriga hälso- och sjukvården fungerar väl.

Primärvården befinner sig i ett uppbyggnadsskede. Med hänsyn till att utrymmet för en expansion av hälso- och sjukvården är mycket begränsat

måste primärvårdens utbyggnad huvudsakligen ske genom en omstrukturering inom ramen för befintliga resurser. Primärvården måste således tillföras resurser genom omfördelning av sådana framför allt från länsjukvården eller genom att den senares resursexpansion bromsas upp för att ge ökat utrymme för en primärvårdssatsning. Ett förändringsarbete i denna riktning har påbörjats inom landstingen. Erfarenheterna hittills tyder på att omstruktureringen är förenad med betydande problem. Vid ett kommunalt ansvar för primärvården kan dessa problem bli än mer påtagliga. En överenskommelse mellan en kommun och ett landsting inom ramen för försöksverksamheten måste därför utformas så att den inte försvårar utan i stället underlättar en fortsatt utveckling av primärvården i enlighet med de utvecklingslinjer som riksdagen har godkänt (prop. 1984/85:181, SoU28, rskr. 400).

3.3 Försöksperiod och försökskommuner

Mitt förslag: Försöksverksamhet med kommunal primärvård får bedrivas till utgången av år 1996. Försöksverksamheten begränsas inte till vissa i förväg angivna kommuner utan grundas på i vilken utsträckning kommuner och landsting själva är överens om att starta försök enligt de avsedda riktlinjerna.

Skälen för mitt förslag: Försöksverksamheten bör ligga till grund för ett generellt ställningstagande till frågan om huvudmannaskapet för primärvården. Ett förslag härom kan läggas fram först när en samlad och allsidig utvärdering av försöksverksamheten föreligger. Försöksperioden bör därför begränsas samtidigt som den bör vara tillräckligt lång för att tillåta väl underbyggda bedömningar och slutsatser. Jag föreslår därför en femårig försöksperiod.

Frågan om ansvarsfördelningen mellan kommunens socialtjänst och landstingens primärvård främst inom äldreomsorgen har debatterats under mer än ett decennium. Under de senaste åren har därvid huvudmannaskapet för primärvården kommit alltmer i fokus. Detta kom till uttryck bl.a. i samband med remissbehandlingen av äldredelegationens rapport (Ds 1989:27).

Jag delar därför den uppfattning som riksdagen uttalat att det inte är nödvändigt att begränsa försök med kommunalt bedriven primärvård till vissa angivna kommuner. I stället bör omfattningen av försöksverksamheten grundas på intresset ute i kommunerna och landstingen. De kommuner och landsting som är överens om att starta försök skall kunna ansöka om att få påbörja sådana. Jag förutsätter därvid att en sådan ansökan beviljas om den av parterna planerade försöksverksamheten svarar mot de intentioner jag tidigare redovisat.

3.4 Frågans rättsliga reglering

Medan ett landsting utan särskilda lagändringar har rätt att överlåta driftsansvaret för exempelvis primärvården på en kommun, krävs lagstöd för att en kommun skall kunna åta sig denna uppgift. Försök med kommunalt driven primärvård har förekommit sedan mitten på 1980-talet. Lagstöd för försöksverksamheten har skapats i anslutning till försöksverksamheten med ökad kommunal självstyrelse, det s.k. frikommunförsöket.

Riksdagen beslöt i juni 1984 att en försöksverksamhet med ökad kommunal självstyrelse – frikommunförsöket – skulle bedrivas till utgången av år 1988 (prop. 1983/84:152, KU32, rskr. 368). I mars 1988 beslöt riksdagen att frikommunförsöket skulle förlängas till utgången av år 1991 med en friare nämndorganisation och att ytterligare kommuner skulle ges möjlighet att delta i försöken (KU 1987/88:32, rskr. 154). Beslutet fattades med anledning av regeringens proposition 1986/87:91 om aktivt folkstyre i kommuner och landsting.

Regeringen beslöt i december 1990 att uppdra åt en särskild utredare att utvärdera frikommunförsöket i dess helhet (Dir. 1990:79). Arbetet skall redovisas i juni 1991. Avsikten är att regeringen under hösten 1991 skall redovisa resultatet av detta arbete för riksdagen. Därvid avser regeringen att lägga fram förslag till den lagstiftning på områden, som varit föremål för försök, som skall gälla efter år 1991.

Regeringen har i förordningar angett vilka kommuner och landsting som får vara frikommuner. Försöksverksamhet avseende primärvård har bedrivits i Vivalla–Lundby kommundel, Örebro, och i Gnosjö kommun enligt av regeringen godkända avtal.

Enligt avtalen har kommunerna försöksvis fått driftsansvaret för viss hälso- och sjukvård. Landstingen har enligt hälso- och sjukvårdslagen alltså det övergripande och slutliga ansvaret för all hälso- och sjukvård i länet (huvudmannansvaret).

Genom lagen (1988:1419) om försöksverksamhet inom socialtjänstens, hälso- och sjukvårdens samt omsorgsverksamhetens område infördes en möjlighet att i ett län och en kommun försöksvis bedriva bl.a. primärvård genom kommunalförbund. Som följd härav medgav regeringen i mars 1989 att Jämtlands läns landsting och Östersunds kommun på försök gemensamt får driva primärvårdsuppgifter i ett kommunalförbund inom kommundelen Brunflo.

I proposition 1990/91:44 om ytterligare försöksverksamhet för förnyelse av den offentliga sektorn föreslog regeringen lagstiftningsåtgärder inom ramen för frikommunförsöket i syfte att möjliggöra en ny organisation för hälso- och sjukvården i Kopparbergs län, den s.k. Dalamodellen. Regeringen föreslog att frikommunlagen skulle ändras och att en utvidgning av lagen om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område skulle göras så att alla kommuner inom ett landsting som ingår i frikommunförsöket kan åta sig primärvårdsuppgifter. Riksdagen godtog propositionens förslag i denna del (KU17, rskr. 52, SFS 1990:1169-1170).

Under riksdagsbehandlingen av prop. 1990/91:44 väcktes motionsförslag om att varje kommun skulle ha möjlighet att överta primärvården under förutsättning att landstinget och kommunen var ense. Någon begränsning till kretsen av frikommuner borde inte göras. Något särskilt tillstånd från regering och riksdag skulle sålunda inte krävas. Möjlighet för en kommun att i överenskommelse med landstinget överta primärvården skulle finnas i hela landet.

Konstitutionsutskottet (1990/91:KU17 s.8) anförde att riksdagen inte hade anledning att införa den i motionen begärda permanenta lagstiftningen nu, eftersom man då skulle föregripa utvärderingen av det pågående frikommunförsöket.

Frågan om kommunalt övertagande av vissa uppgifter som ingår i primärvården har behandlats av äldredelegationen (Ds 1989:27). Delegationens direktiv omfattade emellertid inte frågan om huvudmannaskapet för primärvården i dess helhet. Trots att delegationen inte lämnat något förslag härom framhöll en stor del av remissinstanserna att primärvårdens organisation borde utredas. Vissa kommuner anförde att kommunerna borde vara huvudmän för primärvården och ansåg att det inte var någon bra lösning att primärvården skulle komma att delas om delegationens förslag skulle antas. Vikten av en sammanhållen primärvård med möjligheter att upprätthålla ett sammanhållet befolkningsansvar för folkhälsan betonades också av socialstyrelsen.

Beslutet om den ändrade ansvarsfördelningen inom äldre- och handikappomsorgen m.m. (prop 1990/91:14, SoU9, rskr. 97) innebär ett överförande av vissa primärvårdsuppgifter från landstingen till kommunerna på andra premisser än dem som gäller för frikommunförsöket. I den s.k. äldreformen är det inte längre frågan om att bibehålla landstingens huvudmannaskap och inskränka sig till att ge kommunerna möjlighet att genom avtal ta på sig driftsansvaret. I stället har hälso- och sjukvårdslagen ändrats så att kommunen fått ett eget ansvar samtidigt som det klargjorts att landstingets ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ansvar för.

Kommunen skall enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen i dess lydelse fr.o.m. år 1992 erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i en sådan boendeform eller bostad som avses i 20 § andra stycket och 21 § tredje stycket socialtjänstlagen (1980:620) – dvs. särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre människor med behov av särskilt stöd, och bostäder med särskild service för dem som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring. Kommunen skall även i samband med dagverksamhet, som omfattas av 10 § socialtjänstlagen (dvs. dagverksamhet för att underlätta för den enskilde att bo hemma och ha kontakter med andra) erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas där.

Kommunen är således fullt ut huvudman för dessa delar av hälso- och sjukvården. Reformen har inte försökskaraktär och har krävt omfattande ändringar och tillägg i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1990:1465).

Under riksdagsarbetet med denna reform tog socialutskottet i sitt betänkande (1990/91:SoU9) Ändrad ansvarsfördelning inom äldreomsorgen m.m. upp frågan om primärkommunalt ansvar för primärvården. Utskottet anförde följande:

"Enligt utskottet kan frågan om ett allmänt primärkommunalt huvudmannaskap för primärvården bedömas först efter genomförd försöksverksamhet. Utskottet anser inte att det är nödvändigt att riksdagen strikt begränsar försök med primärkommunalt bedriven primärvård. Omfattningen av försöksverksamheten bör i stället grundas på intresset ute i kommunerna och landstingen. Försöksverksamheten bör därför grundas på ansökningar, där kommun och landsting själva är överens om att starta försök.

Utskottet anser att försöksverksamheten måste vara så upplagd att den dels garanterar den enskildes rätt till god vård på lika villkor, dels kan utvärderas av regering och riksdag. Det bör inte ankomma på regeringen utan på socialstyrelsen att bedöma om kommunernas och landstingens uppläggning uppfyller de krav på försöksverksamheten som utskottet här uppställt.

Av stor betydelse är vidare att rättssäkerhetsintressena tillgodoses. Uppläggnings av försöksverksamheten måste således garantera att den enskildes rättigheter inte kränks. Medborgarnas möjligheter att överklaga kommunala beslut får inte försämrats. Socialstyrelsen bör således följa verksamheten och tillse att bl.a. dessa intressen tillvaratas".

Utskottet tillade att regeringen skyndsamt borde lämna förslag till de lagändringar som en försöksverksamhet krävde. Riksdagen beslöt att ge regeringen till känna vad utskottet anfört i frågan (rskr.97).

Mitt förslag: Det lagstöd som behövs för försöksverksamheten tas in i en särskild lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård. I lagen tas in föreskrifter om de krav på tillstånd och de villkor som skall gälla för försöksverksamhet. Vidare anges på motsvarande sätt som gäller för landsting och kommuner enligt hälso- och sjukvårdslagen vilka åligganden som kommunerna skall ha inom ramen för försöksverksamheten.

Skälen för mitt förslag: Den försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvård som nu föreslås måste regleras i lag. Försökskaraktären gör att detta inte lämpligen kan ske i hälso- och sjukvårdslagen.

Möjligheten att delta i försöksverksamheten är avsedd att stå öppen för alla kommuner och landsting som är överens om att starta försök. Även de kommuner som bedriver försök med driftsansvar för primärvård inom ramen för frikommunförsöket bör kunna övergå till den utvidgade försöksverksamheten om kommunerna och landstingen kommer överens om det.

Försöksverksamheten bör regleras i en särskild lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård. Genom en sådan lag bör skapas en

möjlighet för en kommun som ingår i ett landsting att försöksvis vara huvudman för primärvården inom kommunens område samtidigt som landstinget befrias från sitt huvudmannaskap enligt hälso- och sjukvårdslagen för primärvården inom detta område.

Hälso- och sjukvårdslagen eller lagstiftningen i övrigt innehåller inte någon definition på begreppet primärvård. Landstinget skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov och har frihet att organisera vården efter förutsättningarna inom landstinget. Primärvården kan därför ha olika innehåll i olika delar av landet.

Principen om fri organisation av hälso- och sjukvården efter lokala önskemål och förutsättningar är en av grunderna för hälso- och sjukvårdslagen. Det finns ingen anledning att gå ifrån denna princip genom att fastställa gränser och innehåll för primärvården i försökslagen. Däremot måste landstinget och kommunen lägga samma innebörd i primärvårdsbegreppet då man avtalar om att delta i försöket. Försök måste därför grundas på ett avtal som närmare anger vad som skall omfattas. Det bör också krävas ett medgivande av socialstyrelsen för att en kommun skall få erbjuda primärvård enligt ingånget avtal med landstinget.

En förutsättning för försöksverksamheten är att en klar gräns mellan primärvården och läns- och regionsjukvården dras i avtalet, eftersom försökslagen inte avses omfatta läns- och regionsjukvården.

Primärvården i försöksverksamheten bör organisatoriskt falla inom samma geografiska gräns som kommunen. Hinder föreligger inte för att försöksverksamheten i avtalet begränsas till en del av en kommun. Den möjlighet som eftersträvas och även införts av flera sjukvårdshuvudmän för befolkningen att fritt söka vård över gränserna bör beaktas vid utformningen av försöksverksamheten.

Kvalitetsmässigt måste försöksverksamheten självfallet fylla samma krav som i hälso- och sjukvårdslagen ställs på hittillsvarande sjukvårdshuvudmäns hälso- och sjukvård. Detta bör framgå av försökslagen. Likaså måste reglerna om planering, samverkan, nämnder, personal och patient-säkerhet m.m. ha sin motsvarighet i försökslagen. Lagtekniskt kan detta till största delen genomföras genom hänvisningar i försökslagen till hälso- och sjukvårdslagens föreskrifter.

För att också patienter inom försöksverksamheten skall ha möjlighet att söka stöd hos en förtroendenämnd kan det vara lämpligt att berörda kommuner och landsting träffar avtal om samverkan när det gäller förtroendenämndernas verksamhet.

De bestämmelser som finns beträffande sekretess och patientjournaler inom hälso- och sjukvården gäller självfallet också vid försöksverksamhet med kommunal primärvård. Härav följer bl.a. att förordningen (1986:203) om förlängd bevarandetid för vissa journalhandlingar inom hälso- och sjukvården skall gälla för kommunen under försöksperioden.

En komplettering torde behövas i förordningen (1982:772) om skyldighet för landstingskommuner att anmäla till socialstyrelsen vissa skador och sjukdomar som inträffat i hälso- och sjukvården – den s.k. Lex Maria – så att anmälningsskyldighet kommer att gälla också inom den kommu-

nala hälso- och sjukvården. Också andra regeringsförfattningar kan behöva ändras. Jag avser att senare återkomma till regeringen med förslag till behövliga förordningsändringar.

Som villkor för försöksverksamheten bör med stöd av försökslagen kunna föreskrivas att kommunen och landstinget skall medverka i uppföljning och utvärdering av verksamheten. Som anförts av socialutskottet i betänkandet 1990/91:SoU9 bör socialstyrelsen följa verksamheten och tillse att enskildas intressen tas tillvara.

Som följd av en överflyttning av primärvårdsverksamhet till kommunerna kan det behövas viss anpassning av lagregleringen inom socialförsäkringsområdet. Främst torde det gälla regler om resekostnadsersättningar och om högkostnadsskydd som bör ges tillämplighet också i fall då ansvaret för vården övertagits av en kommun som ingår i ett landsting. Jag avser att återkomma till denna fråga i ett senare sammanhang.

3.5 Uppföljning och utvärdering

Min bedömning: Socialstyrelsen bör få i uppdrag att svara för uppföljningen och utvärderingen av försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvård enligt de riktlinjer regeringen fastställer.

Skälen för min bedömning: Frågan om ett allmänt kommunalt huvudmannansvar för primärvården kan bäst bedömas efter genomförd försöksverksamhet. För att få ett bra bedömningsunderlag är det angeläget att försöksverksamheten noga följs upp och utvärderas. En jämförelse bör då också göras med motsvarande resultat från försöks- och utvecklingsarbete rörande primärvård som pågår eller planeras inom landstingen. Enligt min mening bör det ankomma på socialstyrelsen att svara för en sådan uppföljning och utvärdering.

Jag utgår från att huvudmännen, kommuner såväl som landsting, är beredda att lämna socialstyrelsen det underlag som behövs för att styrelsen skall kunna följa upp och utvärdera verksamheterna.

En förändring av huvudmannansvaret för primärvården skall ske med utgångspunkten att de övergripande mål och den allmänna inriktning som lagts fast för primärvården skall vara oförändrade och även framgent stå i överensstämmelse med målen för det allmänna förändringsarbetet inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Primärvården utgör basen i en samordnad hälso- och sjukvårdsstruktur. Den är också ett viktigt instrument för en samlad, lokalt förankrad välfärdspolitik. Som sådan har den ett betydande samband med verksamheter inom det nuvarande primärkommunala ansvarsområdet, inte minst socialtjänsten, men också miljö- och hälsoskyddet, bostadsförsörjningen, trafikväsendet, skolan m.fl. Sambandet finns såväl i primärvårdens vård och behandling av enskilda som i dess förebyggande arbete, vad gäller både

de individinriktade och de samhällsinriktade resp. allmänt inriktade insatserna.

I uppföljnings- och utvärderingsarbetet kan för primärvårdens del två huvuduppgifter urskiljas. För det första bör konsekvenserna av ett överförande av hela primärvården till kommunerna analyseras i perspektivet av hur en sådan förändring påverkar primärvårdens möjligheter att bedriva hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och hög kvalitet och vilka effekter som uppkommer för den enskilde och befolkningen i sin helhet inom primärvårdsområdet. För det andra måste man följa och beskriva hur en huvudmannaskapsreform påverkar primärvårdens möjligheter att bedriva det samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande arbetet. Primärvårdens huvudprinciper, dvs. helhetssyn, primärt ansvar, närhet och tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och säkerhet samt samverkan är därvid viktiga att beakta i försöksverksamheten och utvärderingen av denna. Härtill kommer behovet av att möta den enskildes krav på valfrihet.

Oavsett primärvårdens organisatoriska hemvist bör primärvården ha ett särskilt ansvar för att stödja och hjälpa den enskilde, när han vill utnyttja möjligheterna till valfrihet inom hälso- och sjukvården. Därvid bör det uppmärksammas att denna valfrihet inte bara gäller primärvård utan även annan specialiserad vård.

Kommunernas uppgifter och ansvarsområde har successivt utvidgats. De flesta kommuner har numera en sådan storlek och administrativ kompetens att de har förutsättningar att organisera och erbjuda merparten av den service invånarna behöver. I uppföljnings- och utvärderingsarbetet måste belysas hur det övriga kommunala arbetet, och då i första hand arbetet inom socialtjänsten, påverkas av att primärvården förs över till kommunen som huvudman. Ett led i denna uppföljning och utvärdering bör vara att ta fram ett enhetligt och över delsektorsgränserna mer samordnat informationssystem, som ger möjlighet till jämförelser och summeringar av förhållanden, resursinsatser, verksamheter, resultat och effekter inom både hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Det är, som jag tidigare anförde, av grundläggande betydelse att den målsättning om god hälsa och vård på lika villkor, som lagts fast i hälso- och sjukvårdslagen, inte eftersätts genom ett överförande av huvudmannansvaret för primärvården till kommunerna. Av uppföljningen bör därför framgå hur möjligheterna till kvantitativ och kvalitativ utveckling av verksamheten påverkas av ett överförande samt vilka förändringar som kan behövas för att värna om målet god hälsa och vård på lika villkor.

Av uppföljningen och utvärderingen bör det således framgå hur olika delar av primärvårdens verksamhet påverkas vid en förändring av huvudmannansvaret. Jag vill i detta sammanhang erinra om den pågående psykiatriutredningen (S 1989:01), som har i uppdrag främst att överväga och föreslå åtgärder vad gäller ansvarsfördelning och organisation av stöd och vård till psykiskt störda. Utredningen skall avrapportera sitt arbete vid utgången av budgetåret 1991/92.

Ett viktigt syfte med försöksverksamheten är att genom utvecklad samordning av olika resurser förbättra effektiviteten. Det är därför angeläget att i utvärderingen belysa de samlade ekonomiska konsekvenserna av ett kommunalt huvudmannaansvar för primärvård.

Primärvården har ett nära funktionellt samband med länssjukvården. Av uppföljningen och utvärderingen bör det framgå hur detta samband förändras genom ett skifte av huvudmannaansvaret och vilka åtgärder som kan behöva vidtas för att vidareutveckla samspelet mellan vårdnivåerna. I detta sammanhang finns det anledning att betona vikten av en för patienterna samordnad och enhetlig vårdkedja som vid behov fungerar från vård i hemmet och vid primärvårdsenhet, över vård inom länssjukvård och till vård inom regionsjukvård. Det är angeläget att resurser kan fördelas på ett ändamålsenligt sätt mellan de olika leden i denna vårdkedja och att patienter, som är färdigbehandlade inom region- och/eller länssjukvård, snabbt och effektivt kan återföras därifrån och kan tas om hand inom primärvården och/eller socialtjänsten.

Uppföljningen och utvärderingen bör också omfatta det övriga samarbetet mellan länssjukvård och primärvård. Detta gäller bl.a. kompetensutvecklingen för primärvårdens personal. Vidare bör länssjukvårdens fortsatta samverkan med kommunernas socialtjänst belysas.

Den pågående och önskvärda utbyggnaden av den lokala sjukvården måste främjas. I uppföljningsarbetet bör därför samspelet mellan primärvården och länssjukvården i ekonomiskt avseende analyseras och eventuella alternativa lösningar redovisas av hur fördelningen av ekonomiska resurser kan anpassas till förändringar i verksamhetsinriktning.

Av uppföljnings- och utvärderingsarbetet bör det framgå om och hur en reell integration mellan primärvård och socialtjänst har kunnat komma till stånd. Härvid bör såväl organisatoriska, juridiska som personalmässiga aspekter beaktas. De närmare konsekvenserna för såväl kommunernas som landstingens förtroendemannaorganisation behöver redovisas och analyseras. Vidare bör effekterna av en samordnad administration och driftsorganisation följas upp. Konsekvenserna för utformning av ledningsansvar behöver också beskrivas.

Förutsättningarna för samverkan mellan olika personalgrupper är i stor utsträckning beroende av värderingar, utbildningsbakgrund och professionella förhållningssätt. Av uppföljningen bör det framgå hur förändringar i arbetsorganisation, ledning, utbildningsinsatser och personalpolitik i övrigt kan medverka till att överbrygga hinder för konstruktiv samverkan mellan olika personalgrupper.

I uppföljnings- och utvärderingsarbetet bör tas tillvara erfarenheterna från hittillsvarande försök med kommunalt driftsansvar för primärvård och övriga försök med alternativ organisation för primärvård och socialtjänst.

Som jag tidigare anfört kan frågan om ett allmänt kommunalt huvudmannaansvar för primärvården inte bedömas förrän försöksverksamhet genomförts. Socialstyrelsens uppföljning och utvärdering bör därför utmynna i en allmän värdering av erfarenheterna av primärvård under

sådant huvudmannansvar samt fördelar och nackdelar med denna form av primärvård i jämförelse med en primärvård under landstingskommunalt huvudmannaskap. Dessa erfarenheter förutsätts också kunna användas för fortsatta överväganden om primärvårdens framtida inriktning, innehåll, avgränsning och dimensionering m.m. De hinder och problem som kan finnas för att åstadkomma en ändamålsenlig primärvård bör därvid särskilt belysas.

4 Försöksverksamhet med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet

4.1 Bakgrund och syfte

Samtidigt som hälsoläget i landet generellt sett förbättras och hälso- och sjukvården håller en hög standard, räcker resurserna inte till för att tillgodose alla behov av vård. Människor tvingas många gånger vänta alltför länge på vård och rehabilitering med de risker detta har för utslagning och förtidspensionering. Samtidigt har utgifterna för sjukpenning, arbetsskadeersättning och förtidspension ökat kraftigt under 1980-talet. Med nuvarande ansvarsuppdelning mellan socialförsäkringssektorn och hälso- och sjukvården finns brister i den finansiella samordningen mellan beslut inom resp. sektor. De beslut som styr tillgången på vård- och rehabiliteringskapacitet beaktar inte i tillräcklig grad konsekvenser i form av köer och socialförsäkringens utgifter för långdragna sjukskrivningsperioder. En läkare som sjukskriver en patient får i regel ingen information tillbaka om de vidare ekonomiska konsekvenserna härav.

Liknande samordningsproblem har sedan länge uppmärksamats vad gäller sjukvårdshuvudmannens resp. kommunernas insatser för vård och omsorger av olika slag. Därtill kommer att kommunerna bär ett ansvar för inkomsttrygghet i form av socialbidrag och andra insatser för vissa grupper.

Regeringen har i en skrivelse till riksdagen i oktober 1990 (skr. 1990/91:50) redovisat att försöksverksamhet skall inledas med syfte att pröva olika alternativ för en samordning av sjukvårdens och socialförsäkringens finansiella resurser. Avsikten är att åstadkomma incitament inom systemen för helhetsbedömningar som bidrar till att den enskilde får ändamålsenlig behandling och vård i ett tidigt skede och till en bättre hälsa och ett mer aktivt liv för hela befolkningen, samtidigt som belastningen på samhällsekonomin minskar.

I skrivelsen anges att försöksverksamhet skall inledas i några primärvårdsområden där en befolkningsrelaterad tilldelning av sjukvårdsresurser tillämpas. I försöksverksamheten skall en finansiell samordning av resurserna för hälso- och sjukvård, läkemedel, sjukresor, sjuk- och arbetskadeförsäkring samt förtidspension ske.

Något eller några av dessa försök bör ingå i den försöksverksamhet som genomförs med kommunalt huvudmannansvar för primärvård. Försök bör också genomföras i primärvårdsområden med landstingskommunalt huvudmannansvar för primärvården. Dessutom bör försöksverksamhet även övervägas där den finansiella samordningen läggs på någon eller några försäkringskassor. Viktiga inslag i försöken bör således vara att ansvaret för produktion och finansiering skiljs åt.

Både inom hälso- och sjukvården och hos försäkringskassorna pågår utvecklingsarbete för att effektivisera vården, aktivera rehabiliteringen och samordna resursinsatserna hos olika huvudmän. Det finns också många idéer om utveckling inom dessa områden. Det är angeläget att ta tillvara dessa idéer och skapa rättsliga förutsättningar att pröva vissa av dem för att underlätta en önskvärd, förbättrad samordning mellan socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt socialförsäkringen.

Den av riksdagen nyligen beslutade ändrade ansvarsfördelningen inom äldreomsorgen m.m. (prop. 1990/91:14, SoU9, rskr. 97) samt mina nu framlagda förslag är uttryck för strävandena mot en bättre samordning av socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den försöksverksamhet som beskrivs i detta avsnitt och i regeringsskrivelsen (skr. 1990/91:50) är ytterligare steg på väg mot en sådan samordning och där dessutom socialförsäkringen involveras.

4.2. Förutsättningar för försök med samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring

Vid en bedömning av möjligheterna att på försök pröva olika former av finansiell samordning mellan socialförsäkringen och hälso- och sjukvården måste beaktas att den författningsmässiga regleringen av resp. system skiljer sig åt, både vad avser verksamheter/förmåner och den finansiella basen för resp. utgifter.

Hälso- och sjukvården regleras genom hälso- och sjukvårdslagen som i allmänna termer anger övergripande mål för och krav på verksamheten och det ansvar som vilar på sjukvårdshuvudmännen. Den som blir sjuk eller skadad skall erbjudas en god vård. Medicinskt förebyggande åtgärder skall vidtas.

Socialförsäkringsförmånerna regleras främst genom lagen (1962:381) om allmän försäkring, som direkt anger de försäkrades rätt till ersättning vid bl.a. sjukdom, ålderdom m.m. Denna rätt gäller lika över hela landet. Syftet är främst att inom ett försäkringssystem ge den som drabbas av sjukdom m.m. en ekonomisk trygghet.

Hälso- och sjukvårdens ekonomiska ramar styrs av sjukvårdshuvudmannens beslut om kommunal utdebitering, statsbidragens storlek och omfattningen av överföringar från den allmänna sjukförsäkringen samt av de vårdavgifter som tas ut. För socialförsäkringen bestäms utgifternas storlek av det antal försäkrade som är berättigade till de lagfästa förmånerna. Försäkringsutgifterna finansieras dels av socialavgifter, dels av

allmänna skattemedel via statsbudgeten. De olika socialavgifternas användning är bestämd i lagen (1981:691) om socialavgifter.

De finansiella incitamenten i försöksverksamheter av det slag som jag här åsyftar måste analyseras noggrant. Grunderna för socialförsäkringens fördelning och utnyttjande måste utformas på sådant sätt att en så effektiv kostnadskontroll som möjligt uppnås i de olika försöken.

De avsedda försöksverksamheterna för att få till stånd en ökad finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården resp. socialförsäkringen torde komma att kräva riksdagsbeslut innefattande särskild lagstiftning om försöksverksamhet. Mer begränsade försök bör dock kunna ske inom ramen för gällande lagreglering.

De avsedda försöken bör utgå från principerna i hälso- och sjukvårdslagen om vård på lika villkor och från den rätt till ersättning som följer av lagen om allmän försäkring.

4.3 Den praktiska uppläggningsen av försöken

Regeringen har, mot bakgrund av den tidigare nämnda skrivelsen till riksdagen, i samråd med Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet, riks-försäkringsverket och Försäkringskassaförbundet, inbjudit samtliga landsting, kommuner och allmänna försäkringskassor att anmäla sitt intresse av att delta i denna försöksverksamhet.

Syftet med inbjudan är

- a) att kartlägga var i landet det finns intresse för och en samsyn mellan berörda huvudmän att delta i försök,
- b) att inventera praktiska alternativ och idéer som skulle innebära en finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringen samt i förekommande fall med socialtjänsten samt
- c) att få ett underlag för bedömning av de lagstiftningsåtgärder och andra insatser från statsmakternas sida som skulle krävas för försöksverksamheter av olika slag.

Försök avses kunna inledas i januari 1992. Beroende på uppläggningsen kan de komma att pågå under två eller tre år. Eventuellt kan försöksverksamheten begränsas till del av kassans/sjukvårdshuvudmannens område, såsom ett eller flera primärvårdsområden.

Ett antal landsting och kommuner har redan – med utgångspunkt i regeringens skrivelse till riksdagen i oktober förra året – anmält intresse av att medverka i den aviserade försöksverksamheten.

Det är landstingen i Stockholms län, Södermanlands län, och Göteborgs och Bohus län som har kommit in med mer eller mindre omfattande och konkreta förslag om att få bedriva försöksverksamhet mellan sjukvården/landstinget och socialförsäkringen/försäkringskassan. Vidare har Malmöhus läns allmänna försäkringskassa och Malmöhus läns landsting gjort en gemensam framställning om att få bedriva försök som syftar till bättre samordning av sjukvårdens och sjukförsäkringens resurser i ett mindre sjukvårdsdistrikt inom landstingsområdet.

Det kan också nämnas att Bräcke och Ovanåkers kommuner anmält sitt intresse av att delta i försöksverksamhet inom området socialtjänst, sjukvård och socialförsäkring.

Dessa förslag kommer nu att beredas närmare inom socialdepartementet tillsammans med övriga förslag som kan komma in med anledning av utskänd intresseanmälan.

En förutsättning för deltagande i denna försöksverksamhet är att berörda huvudmän är överens om värdet av att delta och den uppläggning som skall följas. Det är viktigt att försöksverksamheten planeras gemensamt av de olika huvudmännen.

4.4 Fortsatt beredning

Under våren 1991 kommer att övervägas vilka landsting, primärkommuner och försäkringskassor som kan komma i fråga för försöksverksamhet. De konkreta försöksuppläggningarna blir sedan föremål för fortsatt planering och överläggningar med de huvudmän som skall delta.

Därefter planeras att i en proposition under hösten 1991 lägga fram förslag till den lagstiftning som behövs för att genomföra försök enligt olika modeller. I samband härmed tas även ställning till vilka områden som skall ges möjlighet att starta försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård.

5 Upprättat lagförslag

I enlighet med vad som anförts i avsnitt 3 har inom socialdepartementet upprättats förslag till lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

6 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu anført hemställer jag att regeringen föreslår riksdagen att

1. godkänna de riktlinjer jag förordat för försöksverksamhet med kommunal primärvård (avsnitt 3.1-3.3),
2. anta förslaget till lag om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

Vidare hemställer jag att regeringen bereder riksdagen tillfälle att ta del av vad jag anført om

3. uppföljning och utvärdering av försöksverksamhet med kommunal primärvård (avsnitt 3.5),

4. försöksverksamhet med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet (avsnitt 4). Prop. 1990/91:121

7 Beslut

Regeringen ansluter sig till föredragandens överväganden och beslutar att genom proposition förelägga riksdagen vad föredraganden anfört för de åtgärder och de ändamål som hon hemställt om.

Den öppna vården i ett historiskt perspektiv

Primärvården, med det vidsträckta innehåll vi idag vill ge den, har gamla anor i Sverige. Den öppna offentliga läkarvården har sin upprinnelse i tillkomsten av det svenska medicinalväsendet under andra delen av 1600-talet. År 1663 etablerades "Collegium medicorum", föregångaren till socialstyrelsen. År 1688 infördes de första förordningar, som reglerade provinsial- och stadsläkarnas verksamhet i Sverige och då även i Finland. Provinsialläkarna skulle arbeta på landsbygden och stadsläkarna i städerna.

De statligt anställda provinsialläkarna hade ett brett ansvarsområde, vilket också utmärker dagens primärvård. Som exempel kan nämnas vad som stadgades i provinsialläkarinstruktionen från år 1822 (8 §):

"Utom denna skyldighet, att biträda de sjuke inom distriktet, som hans hjälp anlita, bör provinsialläkaren äfven fästa sin uppmärksamhet på allt, som kan bidra till att bibehålla innevånarnas helse, samt på allt, som för helsan kan medföra skadelige följder. Han bör för detta ändamål

- * Taga noga kännedom om sitt distrikt till dess medicinskt topografiska beskaffenhet, särskilda folkkyrnen och lefnadssätt, allmogens boningshus, dess barns fysiska uppfostran, allmänt brukliga huskurer m.m...
- * Vara uppmärksam på beskaffenheter av allmogens dryck och födoämnen ...
- * Anmäla förhållandet (vid risk för missväxt, farsoter och skada) hos landshövdingen, för att genom dess åtgärd och allmänna kungörelser ännu kraftigare avböja hvad för innevånarens helse kunde vara av menligt inflytande."

Om den nämnda instruktionen omarbetades till modern språkdräkt skulle den i princip kunna fungera också idag.

Kännetecknande för det gamla provinsialläkarsystemet var att dess läkare arbetade ensamma eller med mycket litet av biträdande personal. Ibland kunde vissa sjukhusplatser stå till förfogande. Hembesök var ett betydande inslag i verksamheten. Läkarna använde också sin kunskap, sina iakttagelser och erfarenheter, inte minst av social och omgivningshygienisk natur, i ett aktivt arbete för att förbättra hälsoläge och livsvillkor i sina distrikt. Medverkan i kommunala nämnder/organ var i dessa sammanhang av stor betydelse.

Antalet läkartjänster var fram till 1900-talet mycket begränsat. Vid sekelskiftet år 1700 fanns endast nio sådana läkare i landet (inkl. Finland). I början av 1800-talet uppskattades antalet läkare i Sverige till cirka 300. I Stockholm med dess 75 000 invånare arbetade cirka 60 läkare och i övriga städer uppskattningsvis 20. Ute i landet där 90 procent av befolkningen bodde, fanns sammanlagt 37 läkare, dvs. en eller två i varje län.

Provinsiälläkarsystemet fungerade väl – med lämpliga administrativa justeringar - fram till efter andra världskriget. Det fanns då över 800 provinsiälläkare samt stads- och stadsdistriktsläkare i landet. Dessutom hade privatläkare börjat etablera sig, huvudsakligen i de största städerna. Antalet uppskattades till drygt 500.

I samband med den stora författningsreformen och att nya kommunallagar tillkom på 1860-talet inrättades landstingen. Dessa fick ansvaret även för kroppssjukhusen. Därefter och framförallt under 1900-talets första decennier började en stark expansion av dessa sjukhus. Det kan dock konstateras att antalet läkare vid sjukhus och andra vårdinrättningar för sluten vård ända fram till 1940-talet var mindre än det antal läkare som var verksamma utanför sjukhus.

Vid tiden för det andra världskriget började behovet av en reformering av den öppna sjukvården att diskuteras. I en utredning som genomfördes av medicinalstyrelsen under dess dåvarande chef Axel Höjer, Den öppna läkarvården i riket (SOU 1948:14), presenterades en rad radikala förslag. Grundtanken var att skapa s.k. hälsocentraler, som var avsedda för både sjuka och friska och som skulle omfatta såväl sjukvårdens öppna mottagningar och fristående tjänsteläkarmottagningar som centra för både specialiserad och allmänmedicinsk öppenvård.

Andra förslag var bl.a. att:

- landstingen skulle ha huvudmannskapet för öppen vård vid deras sjukhus,
- landstingen skulle upprätta en översiktlig "stomplan" för all öppen vård inom landstingsområdena,
- en snabb utbyggnad skulle ske av öppen psykiatrisk vård och psykiatriska barn- och vuxenavdelningar vid centralasaretten,
- antalet provinsiälläkare skulle utökas i en enhetlig organisation,
- formella möjligheter till förebyggande hälsovårdsåtgärder skulle erbjudas inom den öppna vården.

Utredningens majoritet uttalade sig principiellt för en kostnadsfri samhällsdriven hälso- och sjukvård.

Samhällets hälsocentraler skulle enligt förslaget innehålla tillräckligt många läkare för att ge öppen hälso- och sjukvård åt hela befolkningen. Men valet att söka privatsjukvård skulle vara fritt.

Förslaget, som väckte starkt motstånd både från landstings- och läkarhåll, kom inte att realiseras. I stället ägnades krafterna i början av 1950-talet åt att införa den allmänna sjukförsäkringen (1954). Under 1950-talet påbörjades också en kraftig expansion av sjukhusvården. Långtidssjukvården (kronikervården) inordnades under landstingens huvudmannskap år 1951. Den högspecialiserade sjukvården koncentrerades till regionsjukhus. Landet delades in i sju sjukvårdsregioner (1960). År 1967 fördes även den psykiatriska sjukvården över från staten till landstingen.

Med en alltmer växande tilltro, nästan övertro, till medicinska behandlingslösningar på flertalet hälsoproblem samtidigt som det rådde en stor brist på läkare genom en alltför låg utbildningskapacitet kom under 1950-talet den statliga öppenvårdsorganisationen att försvagas och nästan

raseras. Sjukhuskarriären blev prestigefylld, medan det var svårt att rekrytera läkare till öppen vård. Den gamla tidens hemsjukvård genom hembesök hos patienten och dennes familj minskade kraftigt.

Den snabba utvecklingen av sjukhusväsendet väckte krav på genomgripande reformer. Det statliga huvudmannskapet för viktiga delar av sjukvården blev föremål för en kritisk debatt. En kommitté för översyn av hälso- och sjukvården i riket (ÖHS-kommittén) fick i uppdrag att göra en bred genomgång. Den fann snart att den måste begränsa sitt uppdrag och offentliggjorde år 1958 betänkandet Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15). Utredningen föreslog en huvudmannskapsreform för provinsialläkarväsendet. Som motiv angavs att staten var en försunlig huvudman, som befann sig på för stort administrativt avstånd från fältet, att det behövdes en rationell arbetsfördelning mellan sjukhusen och den öppna vården, att mera öppenvård skulle minska behovet av sjukhusutbyggnad och att en bättre planering av olika vårdinrättningar skulle följa av reformen. Förslagen innebar alltså en försiktig omstrukturering i samma riktning som förslaget om hälso-centraler från år 1948 men med en öppenvård helt fristående från sjukhusen.

ÖHS-kommitténs förslag om den öppna hälso- och sjukvården kom inte att realiseras i sin helhet. Huvudmannskapet för provinsialläkarväsendet överfördes dock år 1963 från staten till sjukvårdshuvudmännen. Genom denna reform, mentalsjukvårdsreformen år 1967 samt besluten om huvudmannskapsförändringar för Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska sjukhuset i Stockholm kom vid inledningen av 1980-talet så gott som all hälso- och sjukvård att ligga under landstingskommunalt huvudmannskap.

Under trycket av åsikten om stordriftens fördelar centraliserades den öppna akutservicen under jourtid till några få platser i de flesta landsting. Närservice, närkontakt och lokalkunskap tunnades snabbt ut. Många patienter med problem, som den tidigare provinsialläkaren själv eller med stöd av distriktssköterskan klarade av i hemmen eller på öppenvårdsmottagningarna hänvisades till sjukhus eller vårdinstitutioner.

Trots de diskussioner som pågått sedan 1940-talet initierades inte några innehållsmässiga förändringar av den öppna hälso- och sjukvården förrän i slutet av 1960-talet. Då presenterade socialstyrelsen detaljerade riktlinjer för den öppna vårdens organisation och utveckling i sin rapport Ett principprogram om öppen vård (Socialstyrelsen redovisar 3/1968). I denna förordades en snabb utbyggnad av gruppläkarmottagningar (vårdcentraler), vid vilka även olika specialitläkare skulle kunna engageras. För att öka kapaciteten i en situation med läkarbrist pekade socialstyrelsen också på behovet av personal med andra kompetenser.

Rapporten behandlade även möjligheterna att förkorta medelvårdtiderna vid akutsjukhusen och att minska behovet av sluten vård genom en effektiviserad och utbyggd öppenvård med god tillgång till utredningsresurser vid laboratorier och röntgenavdelningar. Som alternativ till sluten vård fördes även fram möjligheter till dagvård, hemsjukvård och patienthotell.

Behovet av samverkan med socialvården underströks och samlokalisering av vårdcentral, socialvård, apotek m.m. förespråkades.

I överensstämmelse med riktlinjerna i öppenvårdsprogrammet beslöt riksdagen år 1969 att i samband med en läkarutbildningsreform dels godkänna inrättandet av en vidareutbildningslinje för läkare i öppen vård, dvs. det som senare kom att kallas allmänmedicin, dels att förstärka grundutbildningen av läkare i detta ämne. I den fortsatta fördelningen av platser för läkare under vidareutbildning borde, ansåg riksdagen, särskild uppmärksamhet ägnas behovet av utbildningsplatser i allmänmedicin.

I slutet av 1960-talet påbörjades inom socialstyrelsen ett arbete med att se över strukturen för den framtida hälso- och sjukvården. I detta arbete, som kom att kallas Principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS-80 socialstyrelsen anser 1976:1), utmejslades en primärvårdsfunktion som en tydlig bas i den svenska hälso- och sjukvårdsstrukturen. Härutöver skulle det finnas länssjukvård och regionsjukvård. Vikten av en bred syn på hälso- och sjukvård betonades. Som en grund för denna drevs frågan om gemensamma geografiska betjäningsområden för primärvård och socialvård. Tankegångarna från 1968 års förslag i principprogrammet för öppen vård om en strukturerad kontakt med socialvården berördes dock inte av HS-80. Vare sig hälso- och sjukvårdens eller socialvårdens företrädare var då redo att gå in i ett formellt samarbete.

För att driva på frågan om samarbete mellan primärvården och socialvården inför deras fortsatta utveckling och utbyggnad bedrev de båda kommunförbunden, socialstyrelsen och Spri ett gemensamt utredningsarbetet. Resultatet av detta arbete presenterades åren 1978 och 1979 i form av olika rapporter inom ramen för projektet Primärvård – äldreomsorg – samverkan.

Innehållet i primärvården och dess avgränsning

I arbetet med hälso- och sjukvårdens strukturfrågor har, främst under de senaste årtiondena, primärvården som begrepp, funktion, organisation och geografisk enhet utvecklats.

I socialstyrelsens principprogram för öppen vård (1968), SPRI rapport 14/72 samt socialstyrelsens remissupplaga med förslag till principprogram för hälso- och sjukvården inför 80-talet (1973) angavs primärvårdens funktion i huvudsak vara att svara för patienternas förstahandskontakt med hälso- och sjukvården och att ansvara för hälsotillståndet hos befolkningen inom ett givet geografiskt område.

Enligt socialstyrelsens slutliga förslag till principprogram för hälso- och sjukvård inför 80-talet (1976) skall primärvårdsfunktionen omfatta all individuell hälsovård och i princip all sjukvård, som lämpligen kan bedrivas utanför sjukhus och centrala sjukhem. Primärvårdsuppgifterna omfattar med en sådan definition den övervägande delen av alla besök på läkarmottagning, all hemsjukvård och huvuddelen av all långtidssjukvård.

I dessa skrifter utgick man från att läkarstabens storlek skulle medge en viss specialisering mellan läkarna inom ett primärvårdsområde. Man

pekade särskilt på barnens behov av hälso- och sjukvård. Mödrahälsovård och preventivmedelsrådgivning var andra delar, som man ansåg skulle kunna integreras i primärvården. En viss tillgång till andra specialister, såsom läkare i invärtesmedicin och psykiatri, var också önskvärd, menade man. Organisatoriskt tänkte man sig då att det inom ett större primärvårdsområde kunde finnas både en större mer differentierad vårdcentral och andra mindre rent allmänmedicinskt inriktade vårdcentraler.

I en rapport, som togs fram inom det tidigare nämnda samverkansprojektet Primärvård-äldreomsorg-samverkan och som publicerades år 1978, Primärvård – innehåll och utveckling, gjordes ett försök att förtydliga definitionen av begreppet primärvård:

"Primärvård omfattar miljöinriktade åtgärder, all individinriktad förebyggande medicinsk verksamhet, all behandlande medicinsk verksamhet utanför sjukhus av lasarettstyp samt all omvårdnad som betingas av medicinska skäl och som kan ges utanför sådana sjukhus".

I rapporten framhölls också att i takt med att primärvården byggs upp borde sådana verksamheter, som inte kräver länssjukvårdens särskilda resurser, fullgöras inom en sammanhållen primärvårdsorganisation.

Som en ytterligare konkretisering av primärvårdsbegreppet uttalade man att sjukhusens öppna specialiserade vård inte kan betecknas som primärvård, eftersom primärvården inte enbart skall tillgodose medicinska säkerhetskrav utan även krav på bl.a. helhetssyn och samverkan med främst primärkommunala verksamheter. Vidare menade man att de arbetsinsatser som – på hel- eller deltid – utförs vid vårdcentraler av läkare, som är anställda i sjukhusens klinikorganisation, utgör konsultinsatser från länssjukvården och därför inte heller kan betecknas som primärvård.

Man konstaterade också att det vid tidpunkten för rapporten (1978) inte fanns något sjukvårdsområde, som hade en sådan sammanhållen primärvårdsorganisation, som skisserades i rapporten.

I rapporten förordade man att primärvården organisatoriskt skulle knytas ihop inom ett geografiskt område under gemensam ledning. I normalfallet förutsattes primärvårdsområdets geografiska gräns sammanfalla med primärkommunens.

I rapporten Primärvård-innehåll och utveckling fanns också tankar om att små primärvårdsområden skulle kunna samordna vissa verksamheter, t.ex. utbudet av vissa specialistfunktioner, jourverksamhet m.m. I många fall skulle en sådan samordning kunna ske inom sjukvårdsdistrikt eller motsvarande.

År 1975 tillkallade regeringen en utredning om en ny lagstiftning för hälso- och sjukvården (hälso- och sjukvårdsutredningen – HSU). I direktiven angavs att den nya hälso- och sjukvårdslagen borde omfatta hälso- och sjukvården i dess helhet och att den borde ha formen av en ramlagstiftning. En viktig utgångspunkt var vidare att undanröja sådan detaljreglering som inte längre behövdes.

I HSUs betänkande Mål och medel för hälso- och sjukvården (SOU 1979:78), betonades vikten av att mottagningsverksamhet inom hälso- och

sjukvården har sin tyngdpunkt i verksamhet vid vårdcentraler och andra närmottagningar. Vad gällde den funktionella utbyggnaden av den öppna vården utgick man helt från socialstyrelsens förslag till principprogram inför 80-talet (HS 80) och dess indelning av hälso- och sjukvården i primärvård, länsjukvård och regionsjukvård.

HSU förutsatte att hälso- och sjukvårdsverksamheten skulle byggas upp och förankras på den lokala nivån. Denna del skulle vara förlagd eller anknuten till mottagningsenheter av typen vårdcentraler och närmottagningar samt lokala sjukhem. Utredningen föredrog för sin del beteckningen närvård framför beteckningen primärvård.

HSU ansåg emellertid att varken beteckningen primärvård eller närvård borde användas i någon föreskrift i den nya lagstiftningen. Landstingen förutsattes ha stor frihet att själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skulle ställas till förfogande och sättet att organisera dessa. Föreskrifter skulle heller inte finnas om andra organisatoriska eller administrativa begrepp. Den enhetlighet som krävs borde enligt HSU skapas i samverkan mellan huvudmännen utan särskilda lagregler.

I regeringens proposition (1981/82:97) Hälso- och sjukvårdslag, m.m. (SoU51, rskr. 381) tog det föredragande statsrådet fasta på utredningsresultaten. Mot denna bakgrund föreslogs en ramlag utan någon detaljerad reglering av formerna för verksamheten vare sig organisatoriskt eller administrativt. Den övergripande organisationen skulle bestå av en politisk styrelse, hälso- och sjukvårdsnämnden, med möjlighet att inrätta olika förtroendemannaorgan underställda denna nämnd.

Till hälso- och sjukvården hör, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) även företagshälsovård, skolhälsovård och studerandehälsovård liksom sjuktransporter. Däremot räknas inte tandvård och särskilda omsorger om utvecklingsstörda dit.

Även om någon reglering inte förutsattes ske av de organisatoriska formerna för hälso- och sjukvården, fann det föredragande statsrådet dock anledning att redovisa riktlinjer för den fortsatta verksamheten. Därvid framhöll hon bl.a. följande om primärvården:

"Övervägande skäl talar för att begreppet primärvård används för den lokala hälso- och sjukvården. Primärvård är en väl inarbetad benämning, som också är internationellt vedertagen.

Det är angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriteras. Det är av stor vikt att den utveckling som påbörjats med samlokalisering av primärvården med angränsande delar av socialvården, fortgår och underlättas.

Det torde vara politisk enighet om att de verksamheter, som enligt HSU ingår i primärvårdsfunktionen, förs samman till en primärvårdsorganisation, som ges förstahandsansvaret inom hälso- och sjukvården och för befolkningens hälsa inom ett begränsat geografiskt område - i regel motsvarande en kommun.

Med utgångspunkt i primärvårdens ansvar för befolkningens hälsa inom det egna betjäningsområdet och i linje med det hälsopolitiska synsätt, som måste prägla verksamheten, bör primärvården bl.a. ha till uppgift att samla in kunskaper om sjukdomar och skador samt att

undersöka om dessa har ett samband med miljöförhållanden av olika slag. Mot denna bakgrund bör hälso- och sjukvården planeras med primärvården som bas för organisationen.

Utifrån denna utgångspunkt är det också viktigt att primärvården samarbetar med olika samhällsorgan samt med frivilliga organisationer och enskilda för att främja befolkningens hälsa i vidsträckt bemärkelse. I denna samverkan ingår bl.a. privata vårdgivare, företagshälsovård, länssjukvård och primärkommuner, främst deras socialtjänst.

Långtidssjukvården är en viktig funktion för primärvården. Det ökade behovet av sjukvård för de äldre bör tillgodoses inom ramen för hemsjukvården.

När det gäller psykiatrin bör denna sektoriseras och vara samlokaliserad med övrig primärvård".

Vad som här citerats föranledde ingen riksdagens erinran (SoU51, rskr. 81).

I enlighet med en särskild överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen infördes år 1981 en särskild ersättning för att underlätta insatser för förebyggande hälsovård och primärvård, inkl. långtidssjukvård. I propositionen 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag m.m. förordades också ökad decentralisering och ökad dag- och hemsjukvård. De målformuleringar som uttrycktes genom propositionen innebar krav på omstruktureringar inom hälso- och sjukvården med utbyggnad av öppen vård utanför sjukhus och långtidssjukvård, samtidigt som den slutna korttidsvården skulle minska.

I samband med den omorganisation av socialstyrelsen som genomfördes år 1982 avvecklades det tidigare länsläkarväsendet. Dess uppgifter överfördes i huvudsak till landstingen. I den proposition (prop 1979/80:6) som låg till grund för detta beslut uttalade det föredragande statsrådet att landstingskommunernas ansvar för att lösa sina uppgifter inom miljömedicinen borde förankras i primärvårdsorganisationen såväl när det gäller att ta fram miljömedicinska kunskaper som att sprida dessa till olika intressenter.

Socialdepartementets dåvarande sjukvårdsdelegation, som i april 1983 ersattes av hälso- och sjukvårdsberedningen, beslöt i juni 1978 att påbörja arbetet med ett nytt principprogram för den framtida hälso- och sjukvården med sikte på åren 1990 – 2000 (HS-90). HS-90-projektet skall ses mot bakgrund av kravet dels på förändringar av hälso- och sjukvårdens inriktning och struktur, dels på återhållsamhet i den fortsatta expansions-takten.

HS-90 avlämnade i augusti 1984 sin huvudrapport Hälso- och sjukvård inför 90-talet m.m. (SOU 1984:39). I denna slogs fast att hälso- och sjukvårdslagen från 1983 ställde nya krav på en förändrad struktur av hälso- och sjukvården. I förarbetena till lagen underströks nödvändigheten av att hälso- och sjukvårdens resurser måste omfördelas för att den avsedda inriktningen av vården skulle kunna genomföras. HS-90 hänvisade därvid också till sin uppfattning om att huvudmännen i sin planering av hälso- och sjukvården skulle utgå från primärvården.

Sammanfattningsvis menade HS-90 att primärvården har följande ansvar och uppgifter:

- samordna de primära vårdgivarnas hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvårdsområdet,
- meddela basal sjukvård vid mottagningar (vårdcentraler), genom sjukvård i hemmet och vid lokala sjukhem,
- svara för hembesök, förlängt öppethållande och jourtjänst för flertalet akut vård sökande,
- svara för hälsovård för mödrar och barn och äldre samt särskilda hälsoriskgrupper,
- svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där denna inte tillgodoses på annat sätt,
- svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hälso- och sjukvårdsplaneringen, för prövning av behoven av förändrad inriktning av hälso- och sjukvården samt som underlag för primärvårdens samverkan med andra samhällssektorer,
- bedriva samhällsinriktade, allmänt inriktade och individinriktade förebyggande åtgärder inom sitt primärvårdsområde samt
- svara för omvårdnad som i huvudsak betingas av medicinska skäl och tillhandahålla lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

I propositionen 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. redovisade regeringen sin syn på inriktningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild tonvikt på förebyggande insatser. En ändring i HSL föreslogs med innebörd att som ett särskilt krav på en god hälso- och sjukvård skall gälla att vården skall inriktas på att förebygga ohälsa och att kraven på en god hälso- och sjukvård skall avse all hälso- och sjukvård och inte endast den som drivs av landstingen. I propositionen anslöt sig vidare det föredragande statsrådet till de synpunkter på primärvården som nyss angetts. I de riktlinjer för hälso- och sjukvården, som preciserades i propositionen, angavs följande om primärvården, som enligt propositionen utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet:

"Primärvården är den del av landstingens hälso- och sjukvårdsorganisation som är förlagd utanför sjukhus. Primärvården har – enligt motiven till hälso- och sjukvårdslagen – ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område, i regel motsvarande en kommun eller kommundel. Den har goda förutsättningar att tillgodose krav på närhet, tillgänglighet och kontinuitet och kan arbeta såväl med ett patientperspektiv som ett befolknings- och samhällsperspektiv och kan bygga upp en samlad kunskap om befolkningens häls villkor och hälsoproblem.

Landstingens primärvårdsorganisation har vidare en viktig uppgift i samordningen av de samlade vårdinsatserna från de olika vårdgivarna inom området.

Primärvården bör genom egna resurser kunna tillhandahålla all sjukvårdsservice och all individuell hälsovård som inte av medicinska skäl bör vara förlagd till länssjukvården eller som tillhandahålles genom

t.ex. företagshälsovård eller skolhälsovård. För att utvecklas till den bas för hela hälso- och sjukvården som förutsätts i propositionen om hälso- och sjukvårdslagen är det nödvändigt att primärvården kan tillhandhålla ett brett serviceutbud anpassat till befolkningens behov. Viktiga delar av denna verksamhet är en väl täckande jourverksamhet, hembesök vid akut sjukdom och en väl utbyggd hemsjukvård".

Förslagen till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen liksom vad som anfördes om riktlinjer för primärvården i propositionen godkändes av riksdagen (SoU28, rskr. 400).

Primärvården har som framhållits ett förstahandsansvar för befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården. För personer med psykiska sjukdomar har dock en särskild organisationsstruktur med en integrerad öppen och sluten vård inom ramen för s.k. sektorer eftersträfvats. Organisationen är baserad på riktlinjer som socialstyrelsen redovisat (socialstyrelsen anser 1980:2). I dessa anges att modellen med en sammanhållen öppen och sluten vård bör vara huvudprincipen för utvecklingen, men att även andra modeller bör prövas där psykiatriska vårdresurser organiseras inom primärvårdens ram på ett sådant sätt att förstahandsansvaret också för de psykiska sjukdomarna kan uppfyllas av primärvården.

Primärvården under 1980-talet

Från början av 1960-talet till början av 1970-talet hade det totala antalet läkarstationer/vårdcentraler minskat från knappt 800 till cirka 700. Detta var ett uttryck för den centralisering som ägt rum i samband med den nya kommunindelningen, men också för tendensen att i de större tätorterna bygga stora vårdcentraler med uppemot 10-15 läkartjänster. Denna stordriftskoncentration bröts dock i slutet på 1970-talet.

Under första hälften av 1980-talet skedde en avsevärd utveckling av primärvården. År 1986 fanns det vårdcentraler i alla primärkommuner i landet. Antalet en-läkarstationer hade minskat kraftigt till förmån för enheter med två eller flera läkare. Även lokala sjukhem hade byggts ut kraftigt. Det fanns dock fortfarande stora ojämnheter i relation till behoven. Sjukvård i hemmet hade också expanderat och minskat behoven av platser inom långtidssjukvården. Fortfarande rådde dock – framför allt inom glesbygdsområdena – en besvärande brist på allmänläkare.

Under hela 1980-talet eftersträvade man att bygga mindre vårdcentraler med högst 3-4 läkare. I mitten av 1980-talet hade mer än 60 % av vårdcentralerna 2-4 läkare.

Efter ett regeringsuppdrag redovisade socialstyrelsen i december 1986 en uppföljning av faktisk och planerad utveckling av primärvården (PM 166/87). Av denna framgick bl.a. att det då fanns 758 vårdcentraler i 358 primärvårdsområden i landet. Antalet inrättade allmänläkartjänster uppgick till 2 986.

Samma år fanns det i landet 1 582 distriktssköterskemottagningar. Av dessa mottagningar låg 700 i anslutning till en vårdcentral/läkarstation. Varje mottagning betjänade cirka 5 280 patienter.

I nästan alla, eller 351 av de dåvarande 358 primärvårdsområdena, bedrevs vid denna tidpunkt någon form av hemsjukvård. I de allra flesta, 269 stycken, fungerade verksamheten dygnet runt alla dagar i veckan. I övriga primärvårdsområden fanns ingen hemsjukvårdsverksamhet nattetid och i 13 av dem fanns denna form av service endast under dagtid måndag-fredag.

Barnhälsovården sköttes i de flesta fall, eller i 33 % av primärvårdsområdena, av både allmänläkare och barnläkare från länssjukvården i samverkan. I 30 % av dessa områden sköttes barnhälsovården helt av allmänläkare och i 14 % av dem hade man barnläkare anställda i primärvården. I några primärvårdsområden anlätade man enbart barnläkare från länssjukvården. I 83 % av områdena förekom föräldrarutbildningsinsatser.

Även för mödravården hade huvudmännen valt olika former för läkarmedverkan. I de flesta fall svarade länssjukvårdens specialister för insatserna, medan allmänläkarna hade ansvaret drygt en femtedel av primärvårdsområdena.

I cirka hälften av primärvårdsområdena fanns rygg-/nackskola. Även rökavvänjningsgrupper var relativt vanliga. Endast cirka en femtedel av primärvårdsområdena ägnade sig dock åt hälsovård för äldre och förebyggande av alkohol-/drogmissbruk.

I 336 primärvårdsområden uppgav man att det förekom sjukgymnastisk verksamhet. Sammanlagt fanns 1 178 inrättade tjänster för sjukgymnaster vid denna tidpunkt, dvs. drygt 7 000 invånare/tjänst. 305 primärvårdsområden rapporterade att man hade arbetsterapeutisk verksamhet och sammanlagt 801 tjänster.

Skolhälsovården är en kommunal angelägenhet. I 209 primärvårdsområden svarade emellertid distriktsläkare för läkarinsatserna. I 86 primärvårdsområden svarade distriktssköterskor för sjuksköterskeinsatserna.

Företag, staten, landstingen och många primärkommuner har byggt upp särskilda organisationer för företagshälsovården för den egna personalen. Inom 18 primärvårdsområden bedrev man dock extern sådan verksamhet.

År 1989 fanns det 810 vårdcentraler i 370 primärvårdsområden i landet. Detta innebar i genomsnitt 10 370 invånare per vårdcentral. Antalet inrättade allmänläkartjänster uppgick till 2 950. Samtidigt fanns det inom primärvården 150 tjänster för specialistläkare. Vid vårdcentralerna fanns det dessutom 815 läkare under vidareutbildning (AT + FV).

Av socialstyrelsens primärvårdsuppföljning år 1989 (SoS-rapport 1990:35) framgår att antalet inrättade distriktssköterskebefattningar ökade med cirka 21 %, vilket motsvarar 935 tjänster, från år 1986 till år 1989. Variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen är dock kraftiga. Spännvidden mellan dem är emellertid betydligt mindre om man väger in samtliga sjukskötersketjänster i öppen vård och inte bara ser till distriktsskötersketjänsterna.

Under 1980-talet knöts även undersköterskor till sjukvården i hemmet för att bistå distriktssköterskorna i deras verksamhet. De sistnämnda fick därigenom en ny roll, nämligen som arbetsledare för en eller flera under-

sköterskor. År 1989 fanns det cirka 6 800 undersköterskor och 1 500 biträden i öppen primärvård. Dessutom fanns det cirka 130 mentalskötare.

Även antalet befattningar för sjukgymnaster och arbetsterapeuter ökade och uppgick i slutet av 1980-talet till cirka 1 500 resp. 1 100 inrättade befattningar i primärvården inkl. de lokala sjukhemmen.

Sammanfattningsvis fanns år 1989 per 3000 invånare ungefär följande:

en allmänläkare

en mottagningssköterska

två distriktssköterskor

tre undersköterskor/biträden för sjukvård i hemmet och mottagning

0,5 sjukgymnast

0,33 arbetsterapeut

0,33 övrig vårdpersonal

0,66 läkarsekreterare

0,66 annan personal.

Sammanlagt arbetade ungefär 43 200 personer i primärvården, varav 19 150 vid de 368 lokala sjukhemmen.

De flesta landsting hade vid mitten av 1980-talet anpassat sin administrativa struktur till de riktlinjer som tidigare angivits om en fristående primärvårdsorganisation. Detta innebär att primärvårdsverksamheterna hålls samman av en ledning med ansvar för alla de verksamheter som lokalt ingår i primärvården. Anpassningen av primärvårdsområdena och vårdcentralernas betjäningssområden till primärkommunernas gränser har också genomförts av de flesta landsting. I de större kommunerna har en uppdelning av primärvårdsområdena gjorts och i allmänhet anpassats efter primärkommunernas indelning i socialdistrikt.

På vissa håll i landet har man kompletterat primärvården med vissa mer renodlade psykiatriska resurser för vård av psykiskt störda. I några sjukvårdsområden har också den psykiatriska öppenvården i sin helhet organiserats inom primärvården.

Trots den positiva utvecklingen av primärvården under 1980-talet har det varit svårt att uppfylla de ökade anspråken på den. Det är också svårt att rekrytera läkare till denna verksamhet, framförallt inom de glest bebyggda delarna av landet. Uppemot en tredjedel av de inrättade läkartjänsterna är vakanta eller uppehålls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. Undersökningar har också visat att antalet avgångar från både vidareutbildning i allmänmedicin och yrkesverksamhet som distriktsläkare är relativt högt.

Ansvarsfördelning och samverkan

Huvudmännens ansvarsområden regleras i huvuddrag i lagstiftningen. Socialtjänstlagen (1980:620) föreskriver att varje kommunen har ansvar för socialtjänsten inom sitt område. Socialnämnden skall verka för att människor som av fysiska, psykiska eller andra skäl möter betydande svårigheter i sin livsföring får möjlighet att delta i samhällets gemenskap

och leva som andra. Detta gäller alla människor oberoende av hjälpbehovens orsak och omfattning. I socialtjänstlagen anges också att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som åvilar andra huvudmän.

Vidare ger lagen (1947:523) om kommunala åtgärder till bostadsförsörjningens främjande m.m. kommunerna ansvar för planering av bostadsförsörjningen. Detta ansvar innefattar även bostäder för människor som behöver mycket hjälp i det dagliga livet. Det är en kommunal angelägenhet att se till att det finns servicebostäder.

I plan- och bygglagen (1987:10) har sociala mål för samhällsplaneringen slagits fast, bestämmelserna i denna lag syftar till att... "med beaktande av den enskilda människans frihet främja en samhällsutveckling med jämlika sociala levnadsförhållanden för människorna i dagens samhälle och för kommande generationer". I lagen anges också att planläggningen skall ske så att den främjar en från allmän synpunkt lämplig utveckling och ger förutsättningar för en från social synpunkt god bostads-, arbets-, trafik- och fritidsmiljö.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) – HSL – ger landsting och kommuner utanför landsting ansvaret för att erbjuda sin befolkning en god hälso- och sjukvård. Även i övrigt skall dessa huvudmän verka för en god hälsa hos hela befolkningen.

Med hälso- och sjukvård avses enligt HSL åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Särskild lagstiftning finns som reglerar tandvård och särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda. I förarbetena till både socialtjänstlagen och HSL förutsätts att huvudmännen själva i vissa avseenden träffar avtal om den närmare uppgiftsfördelningen dem emellan.

Under 1970-talet och tidigare var det vanligt att hjälpbehovets omfattning och karaktär låg till grund för ansvarsfördelningen mellan huvudmännen. Sjukvårdshuvudmannens ansvar innefattade all hjälp till de människor som var långtidssjuka och som bedömdes behöva vård på sjukhem även om hjälpen faktiskt gavs av primärkommunen i den egna bostaden eller vid ålderdomshem. Dessa personer benämndes hemsjukvårdspatienter eller landstingspatienter vid ålderdomshem. Landstinget betalade kommunerna för de tjänster som kommunalt anställd personal utförde. Dessa tjänsteköp medförde ofta diskussioner om huruvida den enskilda människan var långtidssjuk eller ej och om det därmed var kommunen eller landstinget som skulle svara för insatserna. Orsaken till tjänsteköpen var sjukvårdshuvudmannens bristande resurser.

En av primärvårdens viktigaste uppgifter är att ge äldre människor vård vid såväl akuta som långvariga sjukdomstillstånd. Med primärvårdens utbyggnad under 1970- och 1980-talen skapades förutsättningar för en utveckling av sjukvården i hemmet. Men detta innebar också att behovet av samverkan med primärkommunernas socialtjänst främst när det gällde stödet till äldre människor accentuerades. Flera centrala initiativ togs från myndigheter och organisationer för att initiera och stimulera samverkan

och samordning inom äldreomsorgen. År 1978 publicerades t.ex. gemensamt av Svenska kommunförbundet, Landstingsförbundet, socialstyrelsen och Sprit ett flertal rapporter från projektet Primärvård – äldreomsorg – samverkan.

I dessa rapporter lades grunden för den s.k. kompetensprincipen som kom att tillämpas under 1980-talet. Denna innebar att landstinget svarade för åtgärder som kräver medicinsk kompetens och kommunen för åtgärder som kräver social kompetens. Som följd härav kom såväl landstingsanställd personal som personal från den sociala hemtjänsten att besöka den enskilda människan i hennes hem och utförde arbetsmoment med den fördelning som man gemensamt kommit överens om. Kompetensprincipen innebar också att landstingsanställd personal utförde sjukvårdsuppgifter vid ålderdomshem.

Kompetensprincipen visade sig svår att tillämpa i gränsområdet mellan sjukvård och social omsorg. Utvecklingen mot att allt fler människor med omfattande och sammansatta behov fick hjälp i eget boende accentuerade svårigheterna. Inte minst för människor med psykiska funktionsnedsättningar var det svårt att avgöra när det behövdes medicinsk resp. social kompetens.

Fr.o.m. år 1980 har kommuner och landsting träffat avtal om uppgiftsfördelning och samverkansformer om sjukvård i hemmet – social hemtjänst. Dessa avtal har i flera län utgjort en god plattform för ett intensifierat samarbete mellan huvudmännen. Genom information och utbildning till berörd personal har man sökt skapa gemensamma referensramar och arbetsformer bland dessa. Genom tillkomsten av vårdplaneringsgrupper, där service- och vårdpersonal från båda huvudmännen gemensamt planerar insatserna till hjälptagarna, har det praktiska samarbetet utvecklats.

Samverkansavtalen har dock främst syftat till att utveckla stödet i det vanliga boendet. I mer begränsad utsträckning har de särskilda boende- och vårdformerna varit föremål för gemensamma överväganden mellan huvudmännen.

I juni 1987 överlämnade den s.k. äldreberedningen sitt slutbetänkande (SOU 1987:21) Äldreomsorg i utveckling. Efter remissbehandling lades bl.a. detta betänkande till grund för ställningstagandena i propositionen (1987/88:176) om äldreomsorgen inför 90-talet (SoU6, rskr. 55). I propositionen anförde det föredragande statsrådet bl.a. att ett mer samlat politiskt och ekonomiskt ansvar för äldreomsorgen bör åstadkommas och att mycket därvid talar för att primärkommunerna bör vara huvudmän för bl.a. hemsjukvård och lokala sjukhem. De förändringar som aktualiserades i propositionen ansågs emellertid kräva ett omfattande förberedelsearbete. En särskild delegation, äldredelegationen, tillsattes därför i maj 1988 med uppdraget att analysera konsekvenserna av de ändringar i huvudmannaskapet samt förändringar i ansvarsfördelningen, som aktualiserades i propositionen 1987/88:176.

Äldredelegationen överlämnade i maj 1989 rapporten (Ds 1989:27) Ansvaret för äldreomsorgen. Delegationen lade fram förslag om att ge kommunerna ett mera samlat ansvar för service och vård. Förslagen be-

gränsades inte till äldre utan hade som utgångspunkt alla dem som, oavsett ålder, har behov av stöd och hjälp.

Att överväga och analysera frågan om att eventuellt överföra hela primärvården till primärkommunerna ingick inte i äldredelegationens uppdrag. I samband med remissbehandlingen av delegationens rapport tog dock flera remissinstanser upp denna fråga.

Av de 266 kommuner, som yttrade sig över äldredelegationens förslag efterlyste 101 en utredning om ett eventuellt överförande av hela primärvården till primärkommunerna. Av dessa uttalade sig 86 kommuner för ett sådant överförande. Ytterligare 53 kommuner framhöll att primärvården i sin helhet borde överföras, men uttryckte inte något önskemål om att ett sådant överförande skulle föregås av en ytterligare utredning. Av dessa 53 kommuner menade dessutom elva stycken att ett överförande av hela primärvården till kommunerna borde ske fr.o.m. år 1992.

Av de 23 landstingen ansåg åtta att hela primärvården borde bli föremål för utredning. Alla landsting utom ett framhöll också vikten av en sammanhållen primärvård. Även 74 av de 266 kommunerna gav uttryck för behovet av en sammanhållen primärvård.

Hälften av de 22 organisationer, som besvarade remissen, uttalade sig för en utredning av hela primärvården och sex av dem tog också ställning för ett överförande av primärvården till kommunerna. Vidare ansåg sju av 16 myndigheter att frågan om ett eventuellt överförande av hela primärvården till kommunerna borde utredas.

Riksdagen beslutade i december 1990 om förändringar i ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. senast fr.o.m. den 1 januari 1992 (prop. 1990/91:14, SoU9, rskr. 97). Beslutet innebär att kommunerna ges ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade. Förändringarna avser att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna efter de målsättningar som riksdagen lagt fast i fråga om samhällets äldreomsorg.

Utöver att kommunernas skyldighet i fråga om särskilda boendeformer för service och vård till äldre samt bostäder med särskild service för handikappade m.m. klargörs, innebär förändringarna bl.a. att kommunerna skall ha skyldighet att erbjuda viss hälso- och sjukvård vid de sjukhem och motsvarande som kommunerna tar över från landstingen liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt vid bostäder med särskild service och kommunala dagverksamheter. Kommunerna ges därutöver befogenhet att erbjuda hemsjukvård också i ordinärt boende. Landstingets ansvar för läkarinsatser kan dock, enligt detta riksdagsbeslut, inte överlätas till kommunerna.

Socialutskottet framhöll i sitt betänkande i ärendet att det på sikt är angeläget att kunna hålla ihop all hemtjänst och hemsjukvård och att det föreliggande förslaget inte borde ses som en slutgiltig lösning. Vidare ansåg utskottet att en försöksverksamhet med kommunalt ansvar för primärvården bör inledas.

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	3
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 21 mars 1991	5
1 Inledning	5
2 Allmän bakgrund	6
3 Överväganden	8
3.1 Modell för försöksverksamheten	8
3.2 Begreppet primärvård och dess avgränsning	10
3.3 Försöksperiod och försökskommuner	12
3.4 Frågans rättsliga reglering	13
3.5 Uppföljning och utvärdering	17
4 Försöksverksamhet med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringssystemet	20
4.1 Bakgrund och syfte	20
4.2 Förutsättningar för försök med samordning mellan hälso- och sjukvård och socialförsäkring	21
4.3 Den praktiska uppläggningsen av försöken	22
4.4 Fortsatt beredning	23
5 Upprättat lagförslag	23
6 Hemställan	23
7 Beslut	24
Bilaga 1 Utvecklingen av primärvården	25

