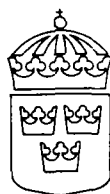


Regeringens proposition

1992/93:160

om husläkare m.m.



Prop.
1992/93:160

Regeringen förelägger riksdagen vad som har tagits upp i bifogade utdrag ur regeringsprotokollet den 25 februari 1993 för de åtgärder och det ändamål som framgår av föredragandens hemställan.

På regeringens vägnar

Carl Bildt

Bo Könberg

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås att en husläkarreform genomförs i Sverige fr.o.m. den 1 januari 1994 för att vara fullt genomförd vid utgången av år 1995. Husläkarreformen innebär att alla invånare i Sverige skall få möjlighet att själva välja en husläkare. Sjukvårdshuvudmännen skall enligt en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, organisera hälso- och sjukvården i sina respektive områden på sådant sätt att detta blir möjligt. De närmare förutsättningarna för husläkarnas verksamhet anges i en särskild lag om husläkare.

Husläkaren skall ha ett tydligt och preciserat ansvar för de personer som valt honom till sin husläkare. Vissa grundkrav måste därför vara uppfyllda för att en verksamhet skall kunna betraktas som husläkarverksamhet. Dessa skall vara lika över hela landet.

De uppgifter som husläkaren alltid skall ansvara för föreslås omfatta; mottagningsverksamhet, jour, hembesök, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverka med andra service- och vårdgivare. Husläkaren skall dessutom medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas samt rapportera om lokala hälsoproblem.

För att verksamheten skall kunna anpassas efter lokala behov och förutsättningar och för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna fullgöra det ansvar, som de åläggs enligt HSL, skall sjukvårdshuvudmannen kunna fastställa ett husläkaråtagande inom sitt sjukvårdsområde – eller del av detta – som utöver de nämnda grundkraven, även kan innefatta läkarinsatser inom övrig primärvård samt skyldighet att tillhandahålla insatser av distriktssköterska. Också denna möjlighet regleras i lag lik-

som sjukvårdshuvudmännens rätt att inom ramen för sin förvaltning bestämma att husläkarna skall rapportera till sjukvårdshuvudmännen om sin verksamhet och att de skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdena. Ett sådant utvidgat åtagande skall omfatta alla husläkare inom området oavsett driftform. Sjukvårdshuvudmannen och husläkarna kan dock komma överens om att fördela uppgifterna mellan husläkarna.

Huvuddelen av ersättningen för husläkarverksamheten vad gäller grundåtagandet skall utgöras av en fast ersättning per individ som är avsluten till husläkaren. Denna fasta individrelaterade ersättning bör avpassas efter ålder. Resterande del av ersättningen för en husläkares grundåtagande är i princip prestationsrelaterad och utgörs av patientavgifter eller besöksersättningar.

Sjukvårdshuvudmännen beslutar inom sina respektive sjukvårdsområden om ersättningsnivåerna för gällande husläkaråtagande. Vilket husläkaråtagande som gäller inom respektive sjukvårdsområde – eller del av detta – och de ekonomiska förutsättningarna för detta bör vara fastställda och kända innan verksamheten inleds.

En läkare skall vara specialist i allmänmedicin för att få vara verksam som husläkare. Det nuvarande antalet verksamma inom denna specialitet torde dock inte räcka till för att täcka behovet av husläkare. Det bör därför finnas möjlighet att ge dispens för läkare inom närliggande specialiteter att vara verksamma som husläkare och när så behövs ge dem möjligheter att komplettera sin utbildning för att uppnå kompetens i allmänmedicin. Dispensansökan och eventuella krav på kompletterande utbildning skall prövas i varje enskilt fall. Dispens ges av regeringen eller efter regeringens bemyndigande av Socialstyrelsen och gäller därmed i hela landet.

De blivande husläkarna bör i princip själva kunna välja lämplig driftform för verksamheten. Husläkaren kan således vara anställd av sjukvårdshuvudman, i de fall och i den omfattning sjukvårdshuvudmannen erbjuder sådana anställningar, vara egen företagare, anställd i ett bolag eller arbeta inom ett personalkooperativ.

I samband med att ett husläkarsystem inrättas föreslås även att fri etablering för husläkare införs. Varje husläkare som uppfyller kompetenskraven skall kunna etablera sig som husläkare under förutsättning att han är beredd att åta sig de uppgifter som ingår i husläkares verksamhet enligt gällande åtagande.

En husläkares grundåtagande, kompetenskraven och principerna för ersättningssystemet i relation till grundåtagandet bör vara lika över hela landet och regleras i lag. Även husläkarnas rätt att fritt etablera sig om de uppfyller kompetenskraven bör lagregleras.

Den föreslagna ändringen i HSL liksom den särskilda lagen om husläkare föreslås träda i kraft den 1 januari 1994.

I remissen föreslås därutöver mindre ändringar i ytterligare fyra lagar.

Vidare föreslås att lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ändras så att läkemedel som under vissa förutsättningar får förskrivas av distriktssköterskor omfattas av prisnedsättning och

kostnadsbefrielse. Det förutsätts att försöksverksamhet med förskrivningsrätt för distriktssköterskor för ett bredare sortiment av läkemedel än det som varit aktuellt i en försöksverksamhet i Jämtlands län skall genomföras.

Prop. 1992/93:160

1 Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 5 och 14 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård.

Vid *en enhet* för diagnostik eller vård och behandling skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstinget kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enheten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
2. Landstingets skyldighet enligt 5 § andra stycket inträder dock inte fullt ut förrän vid utgången av år 1995.

Föreslagen lydelse

5 §

Landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. Bestämmelser om sådana läkare finns i lagen (1993:00) om husläkare.

14 §

Vid *andra enheter* för diagnostik eller vård och behandling *än hos husläkare* skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstinget kan meddela.

¹Lagen omtryckt 1992:567.

2 Förslag till Lag om husläkare

Prop. 1992/93:160

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om husläkare och om enskilda personers val av husläkare i den öppna vård som anges i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting samt andra kommuner som har ansvar för viss del av hälso- och sjukvården (primärvården) i ett område.

2 § En husläkare kan vara offentligt eller privat anställd eller vara verksam som enskild företagare.

Husläkaren skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får medge undantag från detta krav.

Val av husläkare

3 § En enskild som vill ha en viss läkare som sin husläkare skall anmäla detta till denne. En sådan anmälan får göras av den som är bosatt här i landet. För barn görs anmälan av vårdnadshavaren. Den som har fyllt 16 år har dock rätt att själv göra en sådan anmälan.

4 § Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) följer att landstinget ansvarar för att alla som är bosatta inom landstinget får möjlighet att välja en husläkare.

5 § En husläkare skall föra en särskild förteckning över dem som han eller hon är husläkare för. Husläkaren skall se till att landstinget fortlöpande har kännedom om vilka dessa personer är.

6 § En enskild kan avstå från att bli förtecknad hos husläkare genom att meddela detta till landstinget.

7 § De som inte har avstått från att förtecknas och inte själva valt en husläkare skall av landstinget fördelas på husläkarna inom landstinget. Husläkaren och den passivt förtecknade skall underrättas om åtgärden.

Byte av husläkare

8 § Den som har förtecknats hos en husläkare får byta husläkare genom en ny anmälan enligt 3 §. På begäran av den enskilde skall den förre husläkaren lämna de uppgifter om patienten till den nye husläkaren som denne behöver för vården.

Husläkarens uppgifter

9 § En husläkare har ett särskilt ansvar för att de personer som är förtecknade hos denne får behövlig hälso- och sjukvård. Husläkaren ansvarar för att dessa personer genom mottagnings- eller jourverksamhet vid behov kan komma i kontakt med en läkare och att de i skälig om-

fattning kan få hembesök. Husläkaren ansvarar vidare för att hans eller hennes patienter, när det är lämpligt, får upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skador samt att deras behov av kontakter med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet i möjligaste mån tillgodoses.

En husläkare skall medverka till att lokala hälsoproblem och risker i miljön uppmärksammas. Husläkaren skall också medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas.

10 § Landstinget får bestämma att varje husläkare i ett sjukvårdsområde eller en del av området för viss tid, utöver de uppgifter som anges i 9 §, också skall utföra läkaruppgifter inom primärvården i övrigt samt svara för att de som har förtecknats hos husläkaren har tillgång till insatser av distriktssköterska. Landstinget får också bestämma att husläkarna skall rapportera till landstinget om sin verksamhet och att de skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

11 § En husläkare i privat verksamhet och landstinget kan komma överens om att husläkaren skall ansvara för mer omfattande uppgifter än vad som följer av 9 § och beslut enligt 10 §.

Husläkarverksamhetens omfattning m.m.

12 § En husläkare skall senast ett år efter det att han eller hon inlett sin verksamhet ha minst 1 000 personer på sin förteckning. Om husläkaren inte uppfyller detta villkor skall landstinget, om inte annat följer av 14 §, erbjuda de personer som förtecknats hos läkaren att välja en ny husläkare.

13 § En husläkare får inte ha flera än 3 000 personer på sin förteckning.

14 § Efter överenskommelse med landstinget får en husläkare ha färre eller flera personer förtecknade än vad som anges i 12 respektive 13 §.

15 § En husläkare i privat verksamhet skall till landstinget anmäla det högsta antalet personer som denne avser att vara husläkare för. Husläkaren kan senare anmäla ett ändrat antal personer. Anmälan skall göras senast sex månader innan den angivna begränsningen skall börja gälla.

16 § En husläkare som på sin förteckning har färre personer än han eller hon har anmält enligt 15 § får inte utan särskilda skäl vägra att en person förs upp på förteckningen eller föra av en person från förteckningen.

Etablering som husläkare

17 § Varje läkare som uppfyller behörighetskravet i 2 § andra stycket och som är villig att ansvara för de uppgifter som en husläkare har enligt denna lag får etablera sig som husläkare i privat verksamhet.

18 § En läkare som avser att etablera sig enligt 17 § skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas.

19 § En husläkare i privat verksamhet skall underrätta landstinget minst sex månader före den tidpunkt då han avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till ett annat sjukvårdsområde.

Husläkarersättning

20 § Ersättning till en husläkare för uppgifter enligt 9 och 10 §§ skall till övervägande del bestå av ett bestämt belopp för varje person som är förtecknad hos husläkaren (individersättning). Denna ersättning betalas av landstinget.

Husläkarersättningen består i övrigt av ersättning för besök eller annan åtgärd (besöksersättning) som betalas av patienten (patientavgift) eller av landstinget.

21 § Landstinget fastställer hur individersättning och besöksersättning skall beräknas. Beräkningen skall ske enligt samma grunder för alla husläkare i sjukvårdsområdet eller del av detta.

22 § Ersättning för uppgifter som avses i 11 § lämnas enligt grunder som landstinget och husläkaren kommit överens om.

23 § Ersättning till en husläkare i privat verksamhet betalas ut i efterskott minst en gång varje månad om inte landstinget och husläkaren kommit överens om något annat.

24 § Om en husläkare inte uppfyller kravet i 12 § första meningen är landstinget inte längre skyldigt att betala husläkarersättning.

25 § Om en husläkare i privat verksamhet inte utför de uppgifter som han eller hon har ansvar för enligt denna lag får landstinget göra ett avdrag på husläkarersättningen som skäligen motsvarar försummelsen.

Om husläkaren trots påminnelser i väsentlig mån underlåter att fullgöra sina uppgifter är landstinget inte längre skyldigt att betala husläkarersättning.

Patientavgift

26 § För vård eller behandling av en husläkare eller av den som husläkaren har anvisat skall patienten betala patientavgift, om inte något annat är särskilt föreskrivet. Om en husläkare tar ut en lägre patientavgift än den som gäller hos landstinget skall detta inte påverka den del av besöksersättningen som betalas av landstinget.

En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är även befriad från att betala patientavgifter enligt denna bestämmelse under samma tid. Landstinget svarar för dessa patientavgifter.

27 § Bestämmelser om ersättning för resekostnader i samband med vård eller behandling som omfattas av denna lag finns i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
 2. Anmälan enligt 15 och 18 §§ får göras från och med den 1 juli 1993.
 3. Landstinget får för tiden fram till utgången av år 1995 begränsa sitt ansvar enligt 4 och 7 §§.

Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, *landstingskommun* eller kommun, som inte tillhör *landstingskommun*, liksom för tillhandahållande av hjälpmedel åt *handikappade*, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer.

Föreslagen lydelse

2 kap.

2 §²

För öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, *landsting* eller kommun, som inte tillhör *landsting*, liksom för tillhandahållande av hjälpmedel åt *funktionshindrade*, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer.

Hälso- och sjukvård enligt lagen (1993:00) om husläkare omfattas inte av första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

¹Lagen omtryckt 1982:120.

²Senaste lydelse 1984:686.

4 Förslag till

Prop. 1992/93:160

Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Härigenom föreskrivs att 4 och 7 §§ lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor och i fråga om läkemedel som förskrivs av legitimerade tandhygienister.

Föreslagen lydelse

4 §¹

Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor och i fråga om läkemedel som förskrivs av *distrikts-sköterskor eller legitimerade tandhygienister*.

Vid beräkning av prisnedsättningen får kostnaden för födelsekontrollerande medel inte räknas samman med kostnaden för sådana läkemedel som avses i 3 §.

7 §²

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarevård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarevård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring *eller för vård eller behandling enligt lagen (1993:00) om husläkare* är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1.600 kronor. Om ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 600 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstinget

respektive kommunen.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när utgifterna för vårdtillfällen, behandlingstillfällen och läkemedelsinköp för barnen sammanlagt uppgår till vad som sägs i andra stycket.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 16 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

¹Senaste lydelse 1991:948.

²Lydelse enligt prop. 1992/93:178. (Senaste lydelse 1992:1693.)

Lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Landstingskommuner och kommuner som inte tillhör *någon landstingskommun* (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

1. enligt 2 kap. 6 § nämnda lag,
2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.

För resekostnader som avses i 2 kap. 6 § första stycket första meningen lagen om allmän försäkring behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.

Föreslagen lydelse

1 §

Landsting och kommuner som inte tillhör *något landsting* (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

Sjukvårdshuvudmänskall också lämna ersättning för resekostnader vid vård eller behandling som getts enligt lagen (1993:00) om husläkare med anledning av sjukdom eller förlossning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

Lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård

Härigenom föreskrivs att det i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård skall införas en ny paragraf, 4 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 b §

Kommunen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten får tillgång till och kan välja en husläkare. Bestämmelser om husläkare finns i lagen (1993:00) om husläkare.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
 2. Kommunens skyldighet enligt 4 b § inträder dock inte fullt ut förrän vid utgången av år 1995.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 februari 1993

Närvarande: statsministern Bildt, ordförande, och statsråden B. Westerberg, Friggebo, Johansson, Laurén, Hörnlund, Olsson, Svensson, af Ugglas, Dinkelspiel, Thurdin, Wibble, Björck, Davidsson, Könberg, Odell, Lundgren, Unckel, P. Westerberg, Ask

Föredragande: statsrådet Könberg

Proposition om husläkare m.m.

1. Ärendet och dess beredning

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. En god hälso- och sjukvård förutsätter att befolkningen kan lita på att den finns tillgänglig när man behöver den och att man har en trygg relation till personal inom hälso- och sjukvården. Detta är särskilt viktigt för dem vilkas livssituation är sådan att de ofta behöver det stöd och den hjälp som hälso- och sjukvården kan och skall ge.

En god hälso- och sjukvård åt alla förutsätter också att den är jämnt fördelad över landet i relation till befolkningsunderlaget och därmed, även ur geografiskt hänseende, lätt tillgänglig för alla.

I ett internationellt perspektiv är den svenska hälso- och sjukvården av hög kvalitet och har relativt sett stora resurser, personellt och ekonomiskt, till sitt förfogande. Personalens kunnighet och omtanke omnämns ofta i mycket positiva termer. I den under senare år intensiva debatten om svensk sjukvård har dock en rad problem aktualiserats. Till en inte oväsentlig del har den kritik som riktats mot sjukvården gällt brist på kontinuitet, opersonligt bemötande samt långa väntetider till såväl kontakt med läkare i den öppna vården som intagning i den slutna vården för operationer m.m. Under det senaste året har dock en väsentlig förbättring skett av kösituationen inom den slutna vården. Detta är bl.a. en följd av att sjukvårdshuvudmännen infört nya styrsystem samt den överenskommelse som år 1991 träffades mellan staten och sjukvårdshuvudmännen och som innebar att en vårdgaranti avseende vissa operationer m.m. infördes år 1992.

Frågor om sjukvårdens tillgänglighet och bristande kontinuitet mellan patient och läkare inom den öppna vården är dock inte några nya inslag i debatten. De har mer eller mindre uttalade varit aktuella under hela efterkrigstiden och har samband med den inriktning som utbyggnaden av den svenska hälso- och sjukvården hade under sin mest expansiva period

fram till mitten av 1970-talet. De ökande resurserna användes huvudsakligen till att bygga ut den slutna sjukhusvården, främst akutsjukvården. Utvecklingen präglades också av en ökad specialisering. Som följd har Sverige jämfört med de flesta andra industrialiserade länder dels en relativt liten del av sjukvårdsresurserna knutna till den öppna vården, dels en annan fördelning av läkarna med stort antal andra, sjukhusbase- rade specialister i förhållande till antalet specialister i allmänmedicin och andra allmänläkare.

Hälso- och sjukvården bör präglas av närhet, helhetssyn, lättillgänglighet och kontinuitet. För att underlätta och stimulera en sådan utveckling har riksdag och regering sedan lång tid sökt främja den öppna vården utanför sjukhus och tillgången till specialistkompetenta läkare inom allmänmedicinen. Utvecklingen har dock inte motsvarat de uttalade intentionerna, även om variationerna mellan sjukvårdshuvudmännen i detta avseende är betydande. Det är angeläget att den omstrukturering som skedde under främst 1980-talet och som innebar att primärvården expanderade, medan den slutna vården minskade sin andel av de sammanlagda resurserna, fortsätter. Husläkarreformen är ett led i arbetet med att stimulera en sådan utveckling.

Personkännedom är viktig för att ett förtroendefullt förhållande mellan patient och läkare skall kunna utvecklas. Att vid upprepade läkarkontakter möta samma läkare lägger grunden för ömsesidig kännedom och förtroende. En mer personlig relation mellan patient och läkare med bättre kontinuitet är också en förutsättning för att uppnå den helhetssyn på patienten och hans situation, som eftersträvas i primärvården och som underlättar läkarens arbete vid diagnos och behandling. Ur samhällssynpunkt innebär det också effektivare vård till lägre kostnad.

Även om man på flera håll i landet har byggt ut och fått till stånd en väl fungerande primärvård med såväl god tillgänglighet som kontinuitet har primärvården i ett nationellt perspektiv inte kunnat uppfylla de högt ställda förväntningarna. En bidragande orsak har varit bristen på specialister i allmänmedicin, vilket bl.a. lett till många vakanser eller att tillfälliga läkarvikarier anställts.

Mot denna bakgrund och med hänsyn till vad regeringen uttalat i regeringsdeklarationen och i budgetpropositionen år 1992 (bil. 6, s. 102) om sin avsikt att till riksdagen lägga fram förslag om åtgärder för att underlätta och stimulera inrättandet av husläkare uppdrog jag i mars 1992 åt en särskild arbetsgrupp inom Socialdepartementet att lämna förslag om hur ett svenskt husläkarsystem skulle kunna utformas. Arbetsgruppen redovisade i maj 1992 sitt uppdrag i departementspromemorian (Ds1992:41) HUSLÄKARE – för kontinuitet och trygghet i vården.

Departementspromemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna och en sammanfattning av remissyttrandena bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 1* respektive *bilaga 2*. En mer omfattande remissammanställning har redovisats separat (Ds 1992:113) Sammanställning av remissyttrandena över departementspromemoria med förslag om husläkarsystem (Ds 1992:41).

Regeringen beslöt den 28 januari 1993 att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen och lag om husläkare. De till Lagrådet remitterade lagförslagen bör fogas till protokollet i detta ärende som *bilaga 3*.

Lagrådet har den 15 februari 1993 yttrat sig över förslagen. Yttrandet bör fogas till protokollet som *bilaga 4*.

Lagrådet har i sitt yttrande föreslagit åtskilliga ändringar i lagtexten. Som kommer att framgå har jag i huvudsak anslutit mig till Lagrådets synpunkter. Jag återkommer till dessa frågor främst i specialmotiveringen till respektive paragraf.

Utöver dessa ändringar har också redaktionella ändringar gjorts i lagförslagen.

2. Allmän bakgrund

2.1 Frågans tidigare behandling

En ökad satsning på den öppna vården utanför sjukhus och på allmänläkarsidan föreslogs redan i en öppenvårdsutredning år 1948 (SOU 1948:14). Samma tankar återkom i betänkandet Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena (SOU 1958:15) och i Socialstyrelsens principprogram från år 1968. Alltsedan senare delen av 1960-talet har statsmakterna på olika sätt sökt främja en utveckling av den öppna vården utanför sjukhus bl.a. genom att reformera läkarutbildningen så att läkarnas vidareutbildning inordnades i den allmänna sjukvårdsplaneringen och viss tjänstgöring inom öppen vård blev obligatorisk (prop. 1969:35, bet. 1969:SU83, rskr. 1969:215).

År 1977 tillsatte den dåvarande regeringen den s.k. kontinuitetsutredningen. I direktiven till denna framhöll det föredragande statsrådet bl.a. följande: "Den öppna sjukvården bör enligt min mening planeras utifrån patienternas önskemål om läkarkontinuitet och närservice samt – så långt det är möjligt – valfrihet inom sjukvården." Även distriktssköterskomas viktiga roll i den öppna vården betonades. Kontinuitetsutredningen överlämnade år 1978 sitt betänkande Husläkare – en enklare och tryggare sjukvård (SOU 1978:74) i vilket man redovisade två olika modeller för hur ett husläkarsystem kunde organiseras. I båda modellerna utgick man från ett geografiskt ansvarsområde, i den ena för en hel vårdcentralens betjäningssområde och i den andra för respektive läkare, dvs. vårdcentralens samlade betjäningssområde delades upp på de vid vårdcentralen verksamma läkarna. I proposition 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m.m. föreslogs riksdagen fatta ett principbeslut om att ett husläkarsystem skulle organiseras. Avsikten var att systemet skulle genomföras i takt med att primärvården byggdes ut och anpassas till lokala förhållanden.

I socialutskottets betänkande 1978/79:47 med anledning av propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården ansåg utskottet att några egentliga förslag inte fördes fram och att propositionen framförallt hade karaktären av en idépromemoria och allmän viljeinriktning. Utskottet ansåg att propositionen inte innebar något nytt. "En utveckling av primärvården, där vårdcentralen utgör kärnan, pågår redan. Konkreta förslag för att stödja och påskynda denna utveckling saknas i propositionen."

I proposition 1979/80:116 om åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården m.m. återkom frågan om att införa ett husläkarsystem. De allmänna riktlinjer och åtgärder som föreslogs för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården syftade bl.a. till att ett husläkarsystem skulle införas. I propositionen påpekades att läkartillgången inom den öppna vården är en kritisk faktor när det gäller att förbättra kontinuiteten. Olika förslag och åtgärder fördes fram i syfte att öka intresset bland läkarna för öppen vård och att öka läkartillgången inom detta område. Det framhölls t.ex. att andra specialister än de i allmänmedicin, vilka arbetade som distriktsläkare, borde kunna beredas möjligheter till kompletterande tjänstgöring som gjorde dem lämpliga att verka på vårdcentral. I socialutskottets betänkande 1979/80:38 med anledning av propositionen framhöll utskottet nödvändigheten av att man i framtiden undvek att komma i en sådan situation som den dåvarande, som innebar en mycket god läkartillgång inom vissa specialiteter men brist på läkare inom andra. Utskottet ansåg också att de föreslagna möjligheterna för andra specialister att genom dispens förvärva behörighet till distriktsläkartjänster inom allmänläkarvård måste ses som en nödlösning under en övergångsperiod tills den dåvarande styrningen av ett ökat antal läkare under vidareutbildning till allmänläkarkompetens hade givit avsedd effekt. Utskottet föreslog riksdagen att godkänna de i propositionen angivna riktlinjerna och förslagen till åtgärder för att förbättra kontinuiteten i hälso- och sjukvården. Riksdagen följde utskottets förslag (rskr. 1979/80:338).

2.2 Gällande lagstiftning och riktlinjer för hälso- och sjukvården m.m.

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

I HSU:s betänkande Mål och medel för hälso- och sjukvården (SOU 1979:78) förutsattes att hälso- och sjukvårdsverksamheten skulle byggas upp och förankras på den lokala nivån. Denna skulle vara förlagd eller anknuten till mottagningsenheter av typ vårdcentraler och närmottagningar samt lokala sjukhem. Landstingen förutsattes ha stor frihet att själva avgöra vilka personella och materiella resurser som skulle ställas

till förfogande och på vilket sätt dessa skulle organiseras. Den enhetlighet som krävdes borde enligt HSU skapas i samverkan mellan huvudmännen utan särskilda lagregler.

I proposition 1981/82:97 Hälso- och sjukvårdslag, m.m. tog det föredragande statsrådet fasta på utredningsresultaten och föreslog bl.a. 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 som skulle vara underställda denna nämnd.

Även om någon reglering inte förutsattes ske av hälso- och sjukvårdens organisatoriska former, fann det föredragande statsrådet dock anledning att föreslå riktlinjer för den fortsatta verksamheten. Därvid framhöll hon bl.a. att hälso- och sjukvården bör planeras med primärvården som bas för organisationen och att det är 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.

Dessa uttalanden föranledde ingen erinran från riksdagen (bet. 1981/82:SoU51, rskr. 1981/82:81).

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 innebörden att som ett särskilt krav på en god hälso- och sjukvård skall gälla att den avser 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:

"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 kommunedel. 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 hälsovillkor 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 tillhandahålla 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 HSL liksom vad som anfördes om riktlinjer för primärvården i propositionen godkändes av riksdagen (bet. 1984/85:SoU28, rskr. 1984/85:400).

Genom riksdagens beslut med anledning av proposition 1990/91:14 Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade m.m. (bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97) har kommunerna sedan den 1 januari 1992 ansvaret för vissa av de arbetsuppgifter som tidigare åvilat lands-tingen. Beslutet innebär att kommunerna numera har ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade genom att skyldigheten att inrätta särskilda boendeformer för äldre och handikappade klargjorts, liksom skyldighet att inrätta dagverksamheter för äldre och handikappade, skyldighet att erbjuda viss hälso- och sjukvård och att tillhandahålla vissa hjälpmedel samt möjlighet att överta ansvaret för hemsjukvården.

I propositionen 1990/91:140 om arbetsmiljö och rehabilitering föreslog regeringen vissa ändringar i arbetsmiljölagen m.m. I propositionen lämnades också förslag om nya villkor för statsbidrag och vissa ändringar i bidragssystemet för företagshälsovården. Riksdagsbeslutet som följde (bet. 1990/91:AU22, rskr. 1990/91:302) innebar bl.a. att villkoren för bidrag till företagshälsovården renodlades till att gälla vissa krav på verksamhetens funktion och kvalitet samt styrning och ledning.

Genom riksdagens beslut med anledning av nyss nämnda proposition samt propositionen 1990/91:141 om rehabilitering och rehabiliteringsersättning (bet. 1990/91:SfU16, rskr. 1990/91:303) har arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljö och rehabilitering förtydligats och blivit mer omfattande. Bl.a. ställs i arbetsmiljölagen uttryckliga krav på att arbetsmiljöfrågorna skall integreras med övriga frågor som rör verksamheten i dess helhet. Vidare skall arbetsgivaren se till att det på arbetsställe i den egna verksamheten finns en på lämpligt sätt organiserad arbetspassnings- och rehabiliteringsverksamhet. Arbetsgivaren har också fått ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen.

Försäkringskassorna har numera genom riksdagsbeslutet ett övergripande samordningsansvar för rehabiliteringsverksamheten. Detta ansvar innefattar ansvar för regionalt och lokalt samarbete mellan olika myndigheter och organ med uppgifter inom detta område. Försäkringskassan skall samordna och ha tillsyn över de utredande och andra insatser som enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, AFL, krävs för rehabilitering av enskilda försäkrade. Den skall även ta initiativet till sådana insatser när så behövs. I försäkringskassans ansvar ingår också att ge stöd åt den enskilde i kontakter med andra rehabiliteringsansvariga. Tillsynsansvaret innebär att försäkringskassan i förhållande till den försäkrades arbetsgivare skall se till att den sistnämnde fullgör sina rehabiliteringsuppgifter. I speciella fall skall kassan överta ansvaret för att en rehabiliteringsutredning kommer till stånd.

2.3 Primärvårdens utveckling och organisatoriska utformning

Under 1960-talet och början av 1970-talet minskade det totala antalet läkarstationer/vårdcentraler från knappt 800 till ca 700. Detta var ett uttryck för dels den centralisering som ägde rum i samband med den nya kommunindelningen, dels tendensen att i de större tätorterna bygga stora vårdcentraler med uppemot 10 – 15 läkartjänster. Denna utveckling bröts i slutet av 1970-talet i samband med att en intensiv utveckling av primärvården inleddes. Under hela 1980-talet strävade man efter att bygga mindre vårdcentraler med högst 3 – 4 läkare. Följden blev att mer än 60 % av vårdcentralerna i landet vid mitten av 1980-talet var bemannade med 2 – 4 läkare. Vårdcentraler fanns vid denna tidpunkt i landets alla kommuner. Sjukvården i hemmet expanderade kraftigt och kunde i allt högre grad erbjuda sina tjänster dygnet runt, alla dagar i veckan.

Efter regeringsuppdrag har Socialstyrelsen gjort s.k. primärvårdsuppföljningar bl.a. åren 1986 respektive 1989 (PM 166/87 respektive SoS-rapport 1990:35). Av dessa framgår att antalet inrättade allmänläkartjänster nästan fördubblades under 1980-talet för att vid decenniets slut uppgå till 2 946. Samtidigt ökade antalet inrättade distriktsskötersketjänster med drygt 44 % från 3 720 till 5 366. Ca 68 % av de inrättade allmänläkarbefattningarna var bemannade med läkare med specialistkompetens i allmänmedicin. Närmare en tredjedel av tjänsterna var vakanta eller uppehölls av mer eller mindre tillfälliga vikarier.

År 1989 fanns det 810 vårdcentraler i de dåvarande 370 primärvårdsområdena, vilket innebar i genomsnitt 10 370 invånare per vårdcentral. Samtidigt fanns det inom primärvården 150 tjänster för andra specialistläkare än allmänläkare och dessutom 815 läkare under vidareutbildning (allmäntjänstgöring, AT, och specialiseringstjänstgöring, ST).

Antalet inrättade allmänläkar- respektive distriktssköterskebefattningar i relation till befolkningen varierade kraftigt mellan olika delar av landet. Även om skillnaderna utjämnades något, främst under den andra hälften av 1980-talet, var skillnaderna fortfarande avsevärda vid decenniets slut. I de områden där sjukvårdshuvudmännen hade förhållandevis få inrättade allmänläkartjänster fanns dock fler privatpraktiserande läkare. Ett visst samband kan också urskiljas mellan det totala antalet läkarbesök, dvs. både hos offentligt anställda och privatpraktiserande, samt antalet inrättade distriktsskötersketjänster. Där antalet läkarbesök år 1989 låg under genomsnittet fanns i regel fler distriktssköterskor i relation till befolkningen.

Under 1980-talet knöts även undersköterskor till primärvården, främst för att bistå distriktssköterskorna i deras verksamhet. År 1989 fanns det ca 6 800 undersköterskor och 1 500 biträden i öppen primärvård. Dessutom fanns det ca 130 skötare i psykiatrisk vård inom primärvården. Även fler befattningar för sjukgymnaster och arbetsterapeuter inrättades och uppgick i slutet av 1980-talet till ca 1 500 respektive 1 100 i primärvården inkl. de lokala sjukhemmen. Sammanlagt arbetade vid denna tid-

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

Trots den positiva utvecklingen av primärvården under 1980-talet har det varit svårt att uppfylla de ökade anspråken på den. Det har också varit svårt att rekrytera läkare till denna verksamhet, framförallt inom de glest bebyggda delarna av landet. En viss förbättring tycks dock ha skett under senare år. I slutet av 1980-talet var emellertid uppemot en tredjedel av de inrättade läkartjänsterna vakanta eller uppehölls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. Undersökningar har också visat att relativt många avbrutit sin vidareutbildning i allmänmedicin respektive lämnat sin yrkesverksamhet som distriktsläkare jämfört med andra specialiteter.

Enligt uppgifter från Socialstyrelsen fanns det ca 25 880 specialistbevis utfärdade i landet per den 1 januari 1992, varav 4 570 i allmänmedicin. Många av de specialistkompetenta läkarna har dock specialistbevis i mer än en specialitet.

Alla landsting hade vid utgången 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. Primärvårdsområdena och vårdcentralernas betjäningsområden har också anpassats till kommunernas gränser. I de större kommunerna har primärvårdsområdena delats upp och i allmänhet anpassats efter kommunernas indelning i socialdistrikt.

I principprogrammet Hälso- och sjukvården inför 90-talet (HS 90) sammanfattades primärvårdens uppgifter på följande sätt:

Primärvården skall

- 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 hemtjänst för flertalet akut vårdsökande,
- svara för hälsovård för mödrar, barn och äldre samt särskilda hälso-grupper,
- svara för företagshälsovårdsservice vid arbetsplatser där dessa inte tillgodoses på annat sätt,
- svara för insamling, sammanställning och analys av lokala hälsodata som grund för hela hälso- och sjukvårdsplaneringen, för prövningen 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 tillgodose lokala resurser för rehabilitering, eftervård och omvårdnad i livets slutskede.

I proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m.m. redovisades denna HS 90:s syn på primärvårdens uppgifter, och det framhölls att insatserna skulle ombesörjas av flera olika yrkeskategorier. Vidare uttalades att allmänmedicin skulle utgöra den kliniska kunskapsgrunden, men också att läkare med andra specialiteter kunde finnas inom primärvården. I sammanhanget betonades vikten av att själva organisationen utformades efter lokala förhållanden.

Olika organisatoriska modeller för primärvården kan också urskiljas. De försöksverksamheter som sedan mitten av 1980-talet varit möjliga att driva inom hälso- och sjukvården har också bidragit till detta. I större delen av landet är primärvården uppbyggd enligt HS 90:s intentioner. Efter läkarsammansättningen kan två grupper urskiljas, dels en med i huvudsak allmänläkare, dels en med mer eller mindre omfattande inslag av andra specialister. Inom vissa områden, främst storstäder, förmedlas en del av det primära vårdutbudet av privatpraktiker. Försök har genomförts med primärvård i kommunal regi genom entreprenad. Det finns även erfarenheter av primärvård på privat entreprenad. Sedan den 1 januari 1992 pågår också försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvården i sex kommuner i landet. Vidare finns exempel på s.k. kvartersaker med övergångsformer till olika varianter av husläkarsystem, som i regel innebär att befolkningen inom ett primärvårdsområde förtecknas hos en speciell läkare vid respektive vårdcentral.

Oavsett vilken eller vilka av dessa modeller som tillämpas i ett sjukvårdsområde kompletteras detta primära vårdutbud av mer eller mindre omfattande primär mottagningsverksamhet vid sjukhusen, av en under 1980-talet kraftigt utbyggd företagshälsovård samt av ett privatpraktikerutbud i varierande omfattning.

Var och en av de olika organisatoriska modellerna för primärvårdens uppbyggnad har sina för- och nackdelar vare sig de betraktas utifrån de behov primärvården har att lösa, olika intressegruppers önskemål eller kvalitetsaspekter m.m. Det är också naturligt att den service som skall tillgodose människors behov utformas på skilda sätt efter lokala behov och förutsättningar. Det primära hälso- och sjukvårdsutbudet kommer därför med all sannolikhet att också fortsättningsvis uppvisa många sinsemellan olika organisatoriska former. Även de ändrade förutsättningar som numera gäller för landstingen och deras möjligheter att planera primärvården talar för detta.

Trots riksdagens uttalade riktlinjer om en kraftfull utveckling av den öppna vården och primärvården går huvuddelen av de samlade hälso- och sjukvårdskostnaderna fortfarande till slutenvård och läns- och regionsjukvård. Av sjukvårdshuvudmännens bokslutsstatistik för år 1991 (LKELP 92, Bokslutsstatistik 1991, Ekonomi) framgår att 29 % av de samlade kostnaderna avsåg primärvård, varav knappt hälften öppen vård. Mer än två tredjedelar av kostnaderna användes således fortfarande inom läns- och regionsjukvården, varav 7 % redovisades för öppen somatisk vård och 2 % för öppen psykiatrisk vård. Fördelningen mellan öppen respektive slutenvård var därmed 23 respektive 77 %. Nästan

40 % av kostnaderna för den öppna vården avsåg vård inom läns- och regionsjukvården.

En jämförelse med motsvarande uppgifter från år 1989 visar dessutom att en mindre andel av de samlade bruttokostnaderna för verksamheter inom hälso- och sjukvården togs i anspråk för primärvården år 1991 jämfört med år 1989. En smärre förskjutning tycks vidare ha skett i riktning mot en kostnadsmässigt större andel somatisk öppenvård inom läns- och regionsjukvården. Samtidigt har den öppna primärvården minskat sin andel av de samlade bruttokostnaderna med ett par procentenheter. Den utveckling som var påtaglig under 1980-talet och som innebar att primärvårdens resurser ökade i förhållande till läns- och regionsjukvården tycks därmed ha stannat av.

Riksdagens revisorer har vid en granskning av den svenska hälso- och sjukvården (Rapport 1990/91:4) bl.a. påtalat den sneda fördelningen av resurser mellan läns- och regionsjukvård respektive primärvård.

Vid sidan av den offentliga vården bedrivs hälso- och sjukvård i privat regi, t.ex. vid de enskilda sjukhemmen, av privatläkare, fritidspraktiker och sjukgymnaster m.fl. Under 1980-talet ökade antalet besök hos privatläkare från ca 2,9 miljoner till 4,3 miljoner och antalet besök hos fritidspraktiker från drygt 650 000 till drygt 700 000.

I slutet av 1980-talet fanns det ca 2 250 verksamma privatläkare i landet. 37 % av dem var verksamma inom Stockholms läns försäkringskassedområde (sjukvårdsområde). Även Malmöhus län hade en hög andel, 12 %, medan norrlandslänen och några andra län med utpräglad glesbygd hade en mycket liten andel av privatläkarna. De flesta privatpraktiserande läkarna hade specialistkompetens i antingen invärtes sjukdomar, kirurgiska sjukdomar eller allmänmedicin. Många av de privatpraktiserande läkarna hade dock inte denna verksamhet som sin huvudsakliga inkomstkälla. Ca 800 av dem tog emot fler än 2 000 besök per år.

2.4 Aktuella utvecklingstendenser

Primärvården har under snart 20 år varit föremål för diskussioner, programskrifter och policyuttalanden. I Socialstyrelsens strukturutredning Hälso- och sjukvård inför 80-talet (HS 80) skisserades tre nivåer i hälso- och sjukvården. Primärvården skulle därvid utgöra den breda basen i hälso- och sjukvårdsutbudet. De övriga två nivåerna skulle kännetecknas av en ökande specialisering.

I HSL uttrycktes ett nytt hälsopolitiskt synsätt. Sjukvårdshuvudmännen fick genom denna lag ett lagreglerat ansvar även för det sjukdomsbyggande arbetet. HSL följdes upp av Socialdepartementet genom att ett principprogram för den framtida hälso- och sjukvården inför 1990-talet (HS 90) utarbetades. Trots den breda politiska uppslutningen kring de mål som lades fast för primärvården i HS 90 har det dock, som jag tidigare nämnt, varit svårt att förverkliga dem.

Förutsättningarna för primärvården har också ändrats bl.a. till följd av att kommunerna fr.o.m. den 1 januari 1992 fått ett mer samlat ansvar

för service och vård till äldre och handikappade. Även mer långtgående förändringar prövas till följd av att kommunerna fr.o.m. den 1 januari 1992 enligt riksdagens beslut har möjlighet att med huvudmans ansvar överta primärvården från landstingen (prop. 1990/91:121, bet. 1990/91:SoU21, rskr. 1990/91:362).

Vidare har försök med finansiell samordning mellan hälso- och sjukvården och socialförsäkringen påbörjats inom vissa områden i fem län. Möjligheter för en sådan försöksverksamhet har tillskapats genom att riksdagen under våren 1992 biföll regeringens förslag (prop. 1991/92:105, bet. 1991/92:SfU17, rskr. 1991/92:347) om lokal försöksverksamhet med finansiell samordning mellan socialförsäkring och hälso- och sjukvård. Den lag, som reglerar denna försöksverksamhet, trädde i kraft den 1 januari 1993. Syftet är att sammanföra resurser från de båda områdena och därigenom skapa incitament för samordnade bedömningar och åtgärder som bidrar till förbättrad hälsa och minskad belastning på samhällsekonomin. Även senare års riksdagsbeslut om rehabilitering respektive företagshälsovårdens roll påverkar primärvårdens utveckling.

I landstingen pågår också ett omfattande förändringsarbete vad gäller såväl hälso- och sjukvårdens innehåll och organisation som den politiska styrningen. Allt fler uppgifter som tidigare utfördes inom länssjukvården kan nu tas om hand inom primärvården. Nya arbetsformer inom rehabiliteringsområdet införs. Tillgängligheten ökar genom att vårdcentralerna har s.k. öppna mottagningar och förbättrar sin telefonservice. I samtliga sex sjukvårdsregioner har beslut fattats om ett friare vårdsökande. Nya ekonomiska styrsystem införs och nya driftformer prövas. En åtskillnad görs mellan funktionerna beställare och utförare.

Flera landsting har dessutom börjat införa eller har fattat beslut om att införa ett husläkar-/familjeläkarsystem. Landstingsförbundet har redovisat resultatet av en enkät från november 1991 i denna fråga. Tio sjukvårdshuvudmän hade vid denna tidpunkt fattat centrala beslut om att införa ett husläkarsystem eller motsvarande och fyra av dem hade redan i viss utsträckning husläkare vid en eller flera vårdcentraler. Ytterligare sju huvudmän hade gett förvaltningen i uppdrag att utarbeta ett beslutsunderlag för att införa husläkare och ytterligare sju huvudmän uppgav att frågan var under utredning. Vid årsskiftet 1992/93 hade 17 sjukvårdshuvudmän fattat beslut om att införa ett husläkarsystem.

3.1 En husläkarreform genomförs i hela landet

Mitt förslag: För att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården skall ett husläkarsystem införas successivt i hela landet fr.o.m. den 1 januari 1994 och vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995. Hela befolkningen skall senast vid denna tidpunkt ha tillgång till och kunna välja sin egen husläkare. En bestämmelse om detta införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Denna kompletteras av en särskild lag om husläkare som innehåller de närmare reglerna om husläkarnas verksamhet.

I samband med husläkarreformen ändras bestämmelserna i 14 § HSL på så sätt att bestämmelserna om chefsöverläkare inte skall gälla husläkarverksamheten.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer i princip med mitt förslag. I promemorian föreslås dock att ett husläkarsystem skall införas successivt fr.o.m. den 1 januari 1993 och att detta regleras i en särskild lag om husläkare.

Remissinstanserna: En klar majoritet bland remissinstanserna delar uppfattningen att ett husläkarsystem bör införas för att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i den öppna vården. Flertalet sjukvårdshuvudmän instämmer i huvudsak i promemorians problembeskrivning, främst vad gäller frågan om kontinuitet, och flera av dem har redan fattat beslut om att införa eller delvis infört ett husläkarsystem inom ramen för nuvarande lagstiftning.

Även Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet instämmer i huvudsak i problembeskrivningen, men betonar att förhållandena varierar betydligt inom landet. Även dessa organisationer är positiva till husläkartanken som sådan, men har synpunkter på dess genomförande. Bland övriga organisationer menar Försäkringskasseförbundet, LO, TCO, SHSTF och PRO att den primärvård som finns i dag till stora delar uppfyller de förväntningar som man kan ställa på den. Även om de är positiva till ökad kontinuitet i vården anser de, i likhet med Sveriges pensionärsförbund och Svenska Läkaresällskapet, att frågan bör hänskjutas till den tillsatta utredningen om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering. Denna synpunkt delas av Socialstyrelsen.

Sveriges läkarförbund, Svenska Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin instämmer i problembeskrivningen och anser att en husläkarreform bör genomföras.

Bland remissinstanserna är det många som menar att den enskildes möjlighet att välja en egen husläkare bör regleras i HSL och inte i en särskild lag om husläkare.

Skälen för mitt förslag: De flesta människor vill ha en stabil och varaktig kontakt med sina vårdgivare. Att träffa en läkare och ett vårdlag,

som vet vem man är och som man själv lärt känna, ger trygghet och underlättar kontakten. Begreppet kontinuitet har också blivit en av målsättningarna för primärvården. Begreppet är dock inte entydigt utan används med olika nyanser i olika sammanhang. Med kontinuitet avses kanske oftast att man får komma tillbaka till samma läkare för behandling vid ett antal upprepade besök under en och samma vårdepisod. Men det finns också en mer långsiktig kontinuitet som innebär att man som enskild person har en över tiden fastare anknytning till en viss vårdgivare, i detta sammanhang till en läkare. Det är då denne läkares uppgift att se till att man som patient får den vård som man behöver, vare sig det är läkaren i fråga själv eller någon annan vårdgivare som är bäst skickad att ge vården och som konkret kommer att ge den. Denna form av kontinuitet är den bärande tanken i de hälso- och sjukvårdssystem som betecknas som husläkar- eller familjeläkärsystem.

Med kontinuitet i vården menas också att det inte skall uppstå några onödiga avbrott i vården och behandlingen av en patient, även om en adekvat behandling medför att patienten måste få sin vård av olika vårdgivare och på olika vårdnivåer. Kontinuitet i vården står i detta sammanhang för en effektiv samverkan mellan olika personalkategorier och mellan olika vårdnivåer för att på bästa sätt tillgodose en patients vårdbehov när insatser behövs från flera av det samlade vårdsystemets olika delar. Att det funnits brister i denna kontinuitet kan hänföras till många skilda faktorer. Det allvarliga vakansläget har haft speciellt stor betydelse i detta sammanhang. Detta har i sin tur hängt samman med de höga ambitionerna i utbyggnaden av och den tidigare hårda konkurrensen om läkararbetskraften mellan skilda vårdformer.

En annan viktig förklaring har anknytning till primärvårdens roll som utbildningsinstitution. Detta har nämligen medfört att en relativt stor del av den samlade läkararbetskraften har haft korta perioder av verksamhet vid en särskild primärvårdsenhet för att sedan fortsätta sin utbildning inom andra delar av hälso- och sjukvården. Även de många arbetsuppgifter utöver mottagningsverksamhet som en läkare inom primärvården har torde haft betydelse. Dessa förhållanden tillsammans med gällande arbetstidsregler har lett till att det ofta saknats en fast replipunkt för den enskilde i vårdsystemet.

För att förbättra situationen har HSL sedan den 1 juli 1991 kompletterats med en bestämmelse om att det vid enheter som leds av en chefsöverläkare för varje patient skall utses en patientansvarig läkare (13 §). Denne skall ha legitimation som läkare och bl.a. svara för att patienten undersöks så att säker diagnos kan ställas och att patienten får den medicinska vård och behandling som dennes tillstånd fordrar. Han skall också samordna undersöknings- och behandlingsåtgärderna, se till att patienten informeras om sitt hälsotillstånd och tänkbara behandlingsåtgärder samt se till att patienten får en reell möjlighet att samråda om och påverka vården och behandlingen (prop. 1989/90:81, bet. 1989/90:SoU24, rskr. 1989/90:313). Det har ännu inte varit möjligt att utläsa några effekter för kontinuiteten till följd av denna reform.

Det bör i sammanhanget påpekas att bestämmelserna om chefsöverlä-

kare och patientansvarig läkare endast gäller den offentliga hälso- och sjukvården. Denna fråga berörs av Tillsynsutredningen i dess slutbetänkande (SOU 1991:63). Tillsynsutredningen har dock inte föreslagit, att det i lagstiftningen skall införas bestämmelser om ett samlat ledningsansvar i den enskilda hälso- och sjukvården, utan menar att frågan bör tas upp i samband med den översyn av den enskilda vårdhemsstadgan, som nyligen har påbörjats, och där en proposition planeras till hösten 1993.

Bestämmelserna om chefsöverläkare och patientansvarig läkare kom till främst med tanke på den slutna vården. Dessa bestämmelser kommer också att vara överflödiga inom husläkarverksamheten. En grundläggande tanke i denna verksamhet är att ansvaret för patienten skall bli mera entydigt än vad som är fallet i dag. Det ansvar enligt 13 § HSL, som sedan den 1 juli 1991 åvilar den patientansvarige läkaren inom primärvården, om sådan är utsedd, kommer att övertas av husläkaren. Jag återkommer till denna fråga i det följande (avsnitt 7.1).

Målet för hälso- och sjukvården är enligt HSL en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det grundläggande syftet med förslaget om ett husläkarsystem är också att garantera alla en god hälso- och sjukvård och stärka det grundläggande utbudet av hälso- och sjukvård. Att inrätta ett husläkarsystem är alltså ett led, ett delmål, i arbetet med att uppnå HSL:s mål. En god hälso- och sjukvård förutsätter att befolkningen kan lita på att vården finns tillgänglig när man behöver den och att man har tryggheten i en väl fungerande patient – läkarrelation. Detta är särskilt viktigt för dem vilkas livssituation är sådan att de ofta behöver det stöd och den hjälp som hälso- och sjukvården skall ge.

Att varje enskild person har sin egen husläkare och i de flesta fall kan få sin vård tillgodosedd av denne eller genom dennes förmedling ökar förutsättningarna både för att, ur patientens synpunkt, få och att, ur läkarens synpunkt, ge en god vård. Att vara igenkänd underlättar för den enskilde att berätta om sina besvär och önskemål samt underlättar för läkaren att tolka och ställa diagnos, uppmärksamma förändringar och när så behövs förmedla kontakt med andra vårdgivare.

Därutöver syftar husläkarreformen till ett bättre resursutnyttjande och en geografisk utjämning av läkarinsatserna inom primärvården. Nästan alla industrialiserade länder har en bättre utbyggd primärvård än Sverige. Riksdagens revisorer menade i sin tidigare nämnda rapport att detta är förklaringen till att dessa länder ofta har lägre sjukvårdskostnader än Sverige. I detta sammanhang vill jag dock påpeka att i de svenska sjukvårdsutgifterna ingår fram till år 1992 utgifter för långtidsvård av äldre, vilken i de flesta andra länder hänförs till den sociala sektorn. Om dessa utgifter inte räknades in skulle den svenska hälso- och sjukvårdens andel av BNP år 1991 ligga drygt en procentenhet lägre än den som nu anges och som uppgår till 8,8 %. Med hänsyn till att Sverige har världens högsta andel äldre i befolkningen, västvärldens högsta kvinnliga förvärvsfrekvens och en allmänt sett hög levnadsnivå kan nämnda BNP-andel inte anses som ömotiverat hög.

Alltför mycket av den sjukvård som skulle kunna ges av allmänläkare

inom primärvården förmedlas i dag av läkare inom andra specialiteter, som oftast är knutna till sjukhusen. Rätt vårdnivå för aktuella behov är en grundförutsättning för en sund sjukvårdsekonomi. Jag utgår från att en husläkarreform kommer att bidra till en bättre balans mellan primärvård respektive läns- och regionsjukvård och därmed ett effektivare resursutnyttjande.

Regeringen utfärdade i mars 1992 direktiv till en utredning om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (dir. 1992:30), HSU 2000. Utredningens uppgifter är dels att analysera och bedöma hälso- och sjukvårdens resursbehov fram till år 2000, dels överväga hur hälso- och sjukvården bör finansieras och organiseras på den övergripande samhällsnivån. Dess överväganden skall grundas på en analys och värdering av i första hand tre olika finansierings- och organisationsmodeller, en reformerad landstingsmodell, en primärvårdsstyrd vård och en obligatorisk sjukvårdsförsäkring. Utredningens arbete skall vara slutfört i mars 1994. Oavsett vilken modell utredningen kan komma att förorda, kan ett husläkarsystem, som organisationsform, inrymmas i den även om finansieringen i de olika modellerna skiljer sig åt.

För att hela befolkningen skall kunna ha tillgång till och fritt välja sin egen husläkare måste detta garanteras i lag. Den utformning jag föreslår av ett svenskt husläkarsystem innebär att frågan bör regleras såväl i HSL som i en särskild lag om husläkare. Jag återkommer till detta i det följande (avsnitten 6 och 7).

3.2 Grundläggande drag i husläkarreformen

Min bedömning: Fyra grundförutsättningar bör gälla när husläkarreformen genomförs.

- Ingen förändring skall ske av det övergripande finansieringsystemet för hälso- och sjukvården i samband med att husläkarreformen införs.
- Landets invånare skall fritt kunna välja sin husläkare bland dem som är verksamma som sådana.
- Husläkaråtagandets omfattning skall kunna variera efter lokala behov och förutsättningar.
- De blivande husläkarna skall i princip själva kunna välja driftform för verksamheten. Detta underlättas av att fri etablering införs för dem som uppfyller kompetenskraven på en husläkare.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer med min.

Remissinstanserna: Samtliga remissinstanser som är positiva till en husläkarreform för att främja kontinuiteten och tillgängligheten i den öppna vården är också positiva till att den enskilde fritt skall få välja sin husläkare. I vissa fall menar man dock att detta bör ske inom ett begränsat geografiskt område. En majoritet är också emot eller tveksamma till att husläkarna skall ha rätt att fritt etablera sig på grundval av ett grund-

åtagande enligt promemorians förslag. Remissinstansernas inställning i dessa frågor redovisas närmare i det följande (avsnitten 3.3.1 och 3.6.3).

En stor majoritet av remissinstanserna framhåller vidare betydelsen av det kommunala självbestämmandet och att husläkarsystemet måste kunna variera efter de lokala behoven och förutsättningarna. Man pekar i detta sammanhang bl.a. på att det grundåtagande som presenteras i promemorian riskerar att inverka menligt på en redan i dag välfungerande primärvård.

Skälen för min bedömning: Ett husläkarsystem kan utformas, styras och finansieras på flera olika sätt. Det kan också ses ur flera perspektiv, befolkningens, läkarens och finansiärens. Det system som jag föreslår följer inte något redan existerande system. Min strävan har varit att ta tillvara erfarenheter, både internationella och inhemska sådana, och anpassa dessa till den svenska utvecklingen och här rådande förutsättningar. Jag har också tagit hänsyn till remissinstansernas yttranden. Husläkarsystemet skall i detta sammanhang ses som en vidareutveckling av läkarverksamheten inom primärvården.

Någon förändring av det övergripande finansieringssystemet för hälso- och sjukvården föreslås inte i samband med husläkarreformen. Detta innebär att husläkarverksamheten, som är en del av primärvården, finansieras av landstingen och de landstingsfria kommunerna. I de kommuner där försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvården bedrivs, är det dessa kommuner som skall finansiera husläkarverksamheten. För att dels underlätta reformens genomförande, dels säkerställa att verksamheten har en hög och jämn kvalitet i hela landet finns dock skäl att under den första treårsperioden tillföra vissa begränsade resurser från statens sida. Dessa statliga övergångsåtgärder återkommer jag till senare (avsnitt 4.3).

Befolkningens valfrihet spelar en central roll vid utformandet av husläkarsystemet. Det ligger ett stort värde i att den enskilde själv kan bestämma vem han vill vända sig till i frågor som rör hälsan. Denna kontakt kräver av naturliga skäl en relation som från båda sidor är mer förtroendefull än vad som gäller för många andra möten i livet. Därför skall den enskilde kunna välja sin läkare. Ingen annan enskild åtgärd torde i detta sammanhang bättre än ökad valfrihet kunna bidra till ett gott förhållande dem emellan. Det faktum att den enskilde vet att han kan välja en annan läkare är i detta sammanhang lika viktigt som att läkaren känner att han har den enskildes förtroende.

Vårdresultatet gynnas inte bara genom att relationen mellan läkare och patient förbättras. Också kvaliteten på behandlingarna torde ha mycket att vinna på att husläkarna konkurrerar om patienterna. Den enskildes rätt att byta läkare blir en drivkraft för att uppnå hög kvalitet i vården.

De geografiska och befolkningsmässiga förutsättningarna för att erbjuda befolkningen service och vård skiftar i hög grad inom landet. För att en god hälso- och sjukvård skall kunna erbjudas alla invånare måste det finnas utrymme för att organisera och utforma hälso- och sjukvården efter lokala behov och förutsättningar. Den nuvarande HSL ger också sjuk-

vårdshuvudmännen stor frihet att planera och organisera hälso- och sjukvården på det sätt man finner bäst gagna befolkningen i respektive sjukvårdsdistrikt. Det råder även stor politisk enighet om det kommunala självbestämmandet såsom det kommer till uttryck i kommunallagstiftningen.

Jag är angelägen om att så långt möjligt bibehålla möjligheterna att lokalt styra och utforma den öppna vården efter lokala förutsättningar och med hänsyn till det kommunala självbestämmandet. En hälso- och sjukvårdsorganisation som tillgodoser befolkningens behov av en god hälso- och sjukvård på lika villkor kan utformas på olika sätt. Skilda organisatoriska lösningar, inkl. variationer i husläkarsystemet, kan behövas för att de skall kunna fungera bra med hänsyn till skilda lokala behov och förutsättningar. Detta innebär bl.a. att sjukvårdshuvudmännen bör ha möjlighet att dels i viss utsträckning kunna besluta om husläkaråtagandets omfattning i sina respektive sjukvårdsområden, dels genom tilläggsavtal komma överens med husläkarna om ett vidare husläkaråtagande än det som regleras i lag eller det som huvudmännen beslutat om i enlighet med lagstiftningen. Jag återkommer till dessa frågor i det följande (avsnitten 3.3.2 och 3.3.3).

Sjukvårdshuvudmännen skall således enligt HSL planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov. Planeringen skall även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget eller kommunen. Trots att antalet privata vårdgivare har ökat under de senaste åren är andelen fortfarande relativt låg. Det kan, såväl ur befolkningens som vårdpersonalens perspektiv, finnas ett stort intresse av att öka valfriheten genom att fler privata vårdgivare etablerar sig.

I regeringsförklaringen uttalade regeringen sin avsikt att främja en utveckling som gör det möjligt för alla att få en egen, fritt vald husläkare liksom sin avsikt att successivt införa fri etableringsrätt för läkare. Det gäller då att finna system som dels gör det möjligt för sjukvårdshuvudmännen att leva upp till sitt planeringsansvar, dels garanterar de privata verksamheterna en möjlighet att bedriva sin verksamhet på samma villkor som de offentligt verksamma. Det offentliga måste också ha en reell möjlighet att kontrollera hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling.

I det system för husläkares etablering som jag i det följande kommer att föreslå har jag försökt att balansera de olika krafter som kan finnas i systemet och som accentueras av att sjukvårdshuvudmännen såväl är systemets finansiärer som de största producenterna – åtminstone i ett kortare tidsperspektiv.

De privata husläkarna garanteras i lag möjlighet att etablera sig om de har viss kompetens och är villiga att arbeta efter det åtagande som huvudmannen fastställer. Stor vikt läggs vid producent- och konkurrensneutralitet, vilket bl.a. föreslås följas av en central parlamentariskt sammansatt husläkardelegation.

I syfte att kunna fullgöra sitt planeringsansvar ges sjukvårdshuvudmannen bl.a. möjlighet att fastställa husläkarens åtagande och hur samverkan med hälso- och sjukvården i övrigt skall ske. Den privata vårdgivare som vill starta en husläkarverksamhet skall också anmäla detta till sjuk-

vårdshuvudmannen senast sex månader innan verksamheten beräknas påbörjas. På motsvarande sätt skall husläkaren meddela huvudmannen att han avser att förändra antalet personer, som han vill ha förtecknade på sin lista, eller upphöra med sin verksamhet minst sex månader i förväg. Detsamma gäller när verksamheten flyttas utanför sjukvårdsområdet.

För att få en god hälso- och sjukvård i hela landet krävs att befolkningen har tillgång till läkarinsatser oavsett bostadsort. Jag kommer senare att föreslå att varje husläkare skall – om inte husläkaren och sjukvårdshuvudmannen kommer överens om annat – ha ett visst minsta antal personer på sin förteckning. Detta dels för att borga för att husläkarverksamheten skall vara av god kvalitet, dels för att antalet läkare skall fördelas jämnt över landet. En jämn läkarfördelning över landet understöds ytterligare av mitt förslag om att merparten av husläkarens ersättning lämnas med ett fast belopp per individ på läkarens förteckning. För att trygga sin försörjning måste läkarna således etablera sig där befolkningen finns. En överetablering i t.ex. storstäderna skulle med detta ersättningssystem innebära kraftigt sänkta lönenivåer för de aktuella läkarna.

Jag anser vidare att det är sjukvårdshuvudmännen som skall fastställa ersättningsnivåerna. Dessa får då också möjlighet att differentiera ersättningsnivåerna till följd av olika kostnadsnivåer i landet, men också för att aktivt kunna använda skilda ersättningar i olika delar av landet eller inom ett sjukvårdsområde för att kunna attrahera husläkare.

Sammanfattningsvis anser jag att de regler för husläkares etablering, som jag senare kommer att föreslå, väl tillgodoser såväl kraven på ökade möjligheter för privata vårdgivare att etablera sig som sjukvårdshuvudmännens möjlighet att planera sin verksamhet och ha kostnadskontroll över densamma.

3.3.1 Verksamhetens innehåll och omfattning

Mitt förslag: Vissa minimikrav måste ställas på en verksamhet för att den skall kunna betecknas som en husläkarverksamhet. Dessa husläkarnas huvuduppgifter fastställs i lag. Därutöver skall sjukvårdshuvudmannen kunna fastställa ett husläkaråtagande inom sitt sjukvårdsområde – eller del av detta – som också innefattar läkarinsatser inom övrig primärvård och skyldighet att tillhandahålla insatser av distriktssköterska. Även denna möjlighet fastställs i lag liksom sjukvårdshuvudmännens rätt att bestämma att husläkarna skall rapportera till sjukvårdshuvudmännen om sin verksamhet och att de skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. Ett sådant utvidgat åtagande skall i princip omfatta alla husläkare inom området oavsett driftform.

En husläkares verksamhet skall omfatta minst 1 000 personer och högst 3 000 personer.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer delvis med mitt förslag, nämligen att ett grundåtagande för husläkarverksamheten skall fastställas i lag. Grundåtagandet motsvarar de minimikrav som skall gälla för att en verksamhet skall kunna betraktas som husläkarverksamhet.

Remissinstanserna: 16 remissinstanser, varav sex landsting, instämmer i promemorians förslag om ett grundåtagande. Knappt hälften av dessa vill emellertid se en utvidgning av detta åtagande i någon form, t.ex. områdesansvar, distriktssköterskeverksamheten, rehabilitering och ansvar för patienter med många problem. 26 remissinstanser anser inte att ett grundåtagande skall regleras i lag utan hänvisar till att det bör vara sjukvårdshuvudmannens sak att bestämma åtagandets omfattning. Flera remissinstanser har också påtalat att grundåtagandet inskränker sjukvårdshuvudmännens möjligheter att leva upp till det ansvar de åläggs enligt HSL bl.a. vad gäller läkarinsatser inom barn- och mödrahälsovården.

Några landsting delar uttryckligen förslaget om att en husläkare måste ansluta minst 1 000 personer för att få fortsätta sin verksamhet.

Skälen för mitt förslag: För att en verksamhet skall kunna betraktas som en husläkarverksamhet måste vissa minimikrav ställas på den. Detta är angeläget inte minst ur befolkningens synpunkt bl.a. för att den skall kunna veta vad det är som man som enskild person minst har rätt att förvänta sig av sin husläkare och vilka krav man kan ställa. Därutöver finns det skäl att ge sjukvårdshuvudmännen möjligheter att påverka husläkaråtagandet för att de skall kunna leva upp till det ansvar de åläggs enligt HSL och utforma verksamheten efter lokala behov och förutsättningar.

De minimikrav som skall gälla för en husläkarverksamhet bör preciseras på central nivå och gälla över hela landet. Dessa uppgifter bör dock begränsas till de mest grundläggande funktionerna för en väl fungerande relation mellan patient och läkare för att lämna utrymme för lokala variationer i husläkaråtagandet. De uppgifter som ett husläkaråtagande minst måste omfatta för att en husläkarverksamhet skall anses föreligga bör regleras i lag.

Ett husläkaråtagande skall minst omfatta mottagningsverksamhet, hembesök, jour, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverka med andra service- och vårdgivare. Husläkaren skall dessutom medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas samt rapportera om lokala hälsoproblem.

- Detta innebär bl.a. att husläkaren inom ramen för grundåtagandet skall
- utreda, behandla och kontrollera sjukdomar samt behandla skador, som inte kräver sjukhusvård. Om patientens tillstånd kräver det skall uppgifterna utföras i patientens hem. Den person som väljer en husläkare långt från sin bostadsort måste dock vara beredd att avstå från möjligheten till hembesök,
 - ha ett dygnet runt-ansvar för att den enskilde vid behov kan nå en läkare,
 - hjälpa den enskilde att få sådan vård och behandling, t.ex. omvårdnad, hälsoråd, rehabiliteringsåtgärder eller annan specialistvård som husläkaren själv inte kan erbjuda,
 - utfärda intyg såsom vårdintyg och dödsbevis,
 - bedriva sådant individuellt förebyggande arbete som naturligt ingår i patientkontakterna,
 - samordna de medicinska åtgärder hans patienter är i behov av och fungera som individens medicinska rådgivare,
 - samverka med andra vårdaktörer liksom med arbetsplatser, skolor, myndigheter etc. när det är av betydelse för den enskilde patienten och befolkningens hälsa,
 - medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt,
 - medverka till att informera andra aktörer om lokala hälsoproblem och risker i miljön samt till berörd huvudman lämna sådana uppgifter om verksamheten som behövs för den epidemiologiska bevakningen.

Ett husläkaråtagande enligt sjukvårdshuvudmännens beslut

Primärvården är stadd i snabb utveckling. Merparten av sjukvårdshuvudmännen har redan börjat planera för – eller i vissa fall redan påbörjat – en husläkarverksamhet. De lokala förutsättningarna för att erbjuda en god hälso- och sjukvård är dock mycket olika över landet som helhet och även inom ett sjukvårdsområde, varför den samlade primärvården, såväl verksamhetsmässigt som organisatoriskt, har olika utformning i skilda delar av landet. För att den pågående utvecklingen av primärvår-

den skall kunna fortgå är det angeläget att huvudmännens samlade planeeringsansvar säkerställs även i samband med husläkarreformen.

Sjukvårdshuvudmännen skall därför enligt min mening ha möjligheter att fastställa ett vidgat husläkaråtagande utöver det s.k. grundåtagandet. Ett sådant vidgat åtagande kan omfatta alla de läkarinsatser som i dag förekommer inom primärvårdens verksamhetsområde samt skyldighet att tillhandahålla insatser av distrikssköterska.

Den förebyggande vården var ursprungligen inte lagreglerad, vilket dock skedde i samband med tillkomsten av den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen. Trots det hade sjukvårdshuvudmännen på frivillig basis redan i början av 1980-talet byggt upp en omfattande och uppskattad hälsovårdsverksamhet, bl.a. mödrahälsovård, barnhälsovård och vissa riktade hälsoundersökningar.

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 innebörden att som ett särskilt krav på en god hälso- och sjukvård skall gälla att vården inriktas på att förebygga ohälsa samt att kraven på en god hälso- och sjukvård skall avse all hälso- och sjukvård – inte bara den som drivs av landstingen. Förslagen till ändringar i HSL och vad som anfördes om riktlinjer för primärvården godkändes av riksdagen (bet. 1984/85:SoU28, rskr. 1984/85:400). Sjukvårdshuvudmännens vårdansvar omfattar därmed såväl förebyggande vård som sjukvård.

Större delen av det förebyggande arbetet bärs upp av andra yrkesgrupper än läkarna, såsom distriktsköterskor, barnsjuksköterskor och barnmorskor. Detta beror självfallet främst på den kompetens dessa yrkesgrupper har för ett sådant arbete, men också till viss del på den ständiga läkarbrist som präglade primärvården under 1970- och 1980-talen. Denna läkarbrist ledde till att allt fler arbetsuppgifter delegerades till andra yrkesgrupper. Erfarenheterna av detta delegationsförfarande har i regel varit mycket goda och någon återgång till läkarvård är i flertalet fall inte motiverad. Vissa insatser inom bl.a. barn- och mödrahälsovården kräver dock läkarkompetens och därmed medverkan av läkare.

Därutöver kan läkarinsatser vid hälsoupplivningsaktiviteter, epidemiologisk övervakning, vård vid kriminalvårdsanstalter m.m. komma i fråga. I glesbygden, där avståndet till närmaste sjukhus kan vara mycket stort, förekommer det också att man på vissa sjukhem har akutplatser för att till viss del kunna tillgodose behovet av slutna vård. Dessa sjukhemsplatser ingår i sjukvårdshuvudmännens ansvarsområde även efter det att Ädelreformen genomförts.

Enligt min mening är det angeläget att sjukvårdshuvudmännen ges möjligheter att garantera befolkningen läkarinsatser även inom dessa områden i den mån de ingår i den nuvarande primärvårdsorganisationen genom att fastställa ett vidare husläkaråtagande än grundåtagandet. Detta är speciellt angeläget i de glest bebyggda delarna av vårt land, där tillgången till läkare är betydligt mindre än i de tätbefolkade delarna.

En fråga som väckt mycket diskussion och uppmärksamhet är huruvida

distriktssköterskeverksamheten skall ingå som en integrerad del av husläkarverksamheten eller ej. Det finns förespråkare för båda uppfattningarna.

Distriktssköterskan har en mycket viktig funktion bl.a. inom hemsjukvården. Hembesök av distriktssköterskan kan initieras av sjukhus, patienter och anhöriga. Hon tar t.ex. själv eller i samverkan med andra vårdgivare ställning till patientens behov av vissa hjälpmedel, behov av dagsjukvård, rehabilitering eller behov av annan medicinsk behandling och lämplig vårdnivå för den.

Distriktssköterskans mottagningsarbete omfattar bl.a. sjukvårdande behandlingar, där hon själv bedömer behandlingsåtgärd, diagnostisering av och rådgivning vid olika barnsjukdomar samt individ- och grupprelaterad hälsovård för vuxna.

Inom barnhälsovården har en successiv förändring av personalsammansättningen skett från yrkeskategorier med särskild barnkompetens – barnsjuksköterskor och barnläkare – mot yrkeskategorier med mera generell kompetens – distriktssköterskor och allmänläkare. Detta innebär bl.a. att distriktssköterskorna numera i stor utsträckning ansvarar för barnhälsovården för åldersgrupperna 0 – 7 år.

Distriktssköterskans verksamhetsinriktning kan variera dels till följd av hur barnhälsovården är organiserad i olika sjukvårdsområden, dels till följd av den s.k. Ädelreformen. Detta är alltså variationer som förekommer redan i dag och har inte någon anknytning till husläkarreformen i sig. Jag vill i detta sammanhang understryka vikten av att den öppna vården på primärvårdsnivå får en ändamålsenlig organisation, där skilda personalgrupper kan använda sin kunskap och kompetens så effektivt som möjligt. Det bör därför finnas utrymme för sjukvårdshuvudmännen och berörda personalgrupper att, liksom nu, utforma denna vård efter lokala behov och förutsättningar.

För att sjukvårdshuvudmännen även skall kunna tillgodose befolkningens behov av distriktssköterskeinsatser liksom den enskildes behov av läkarinsatser av de slag jag tidigare nämnt, anser jag att sjukvårdshuvudmännen skall kunna fastställa ett vidare husläkaråtagande inom sitt sjukvårdsområde – eller del av detta. Denna möjlighet bör lagregleras liksom sjukvårdshuvudmännens rätt att besluta om husläkarnas rapporteringar och samverkan med andra inom vård- och rehabiliteringsområdena. Ett sådant utvidgat åtagande, som kan innefatta alla eller någon av de angivna verksamheterna, föreslås gälla för i princip alla husläkare som är verksamma inom aktuellt område oavsett driftform och främst avse de personer som är förtecknade hos respektive husläkare. Olika förhållanden, organisatoriska, kompetensmässiga eller geografiska m.m. kan dock göra en annan ordning nödvändig i det enskilda fallet. Berörda husläkare och sjukvårdshuvudmän bör därför kunna komma överens om hur det utvidgade åtagandet kan fördelas mellan olika husläkare. Vid en husläkarmottagning med flera läkare kan det t.ex. vara lämpligt att en av dem svarar för läkarinsatserna inom mödravården medan någon eller några andra har till uppgift att tillgodose motsvarande insatser inom barnhälsovården.

I en husläkares grundåtagande ingår kravet på att han skall redovisa sin verksamhet och samverka med andra service- och vårdgivare. Även när det gäller de uppgifter som sjukvårdshuvudmannen kan besluta skall ingå i husläkarverksamheten, dvs. vid ett s.k. utvidgat åtagande, skall husläkarna ha skyldighet att rapportera även dessa delar av verksamheten och samverka med andra vårdaktörer. Sjukvårdshuvudmännens rätt att bestämma att husläkarna skall rapportera om sin verksamhet och att de skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdena bör enligt min mening lagföras. Besluten kan t.ex. gälla vilka uppgifter som skall rapporteras och formerna för samverkan. Till det sistnämnda återkommer jag i det följande (avsnitt 3.7).

Jag vill i detta sammanhang framhålla att de områden för vilka sjukvårdshuvudmännen fastställer ett vidare husläkaråtagande än grundåtagandet inte bör vara alltför små. Avsikten är inte att huvudmannen i princip skulle kunna ange ett åtagande för respektive husläkarverksamhet/-etablering. Däremot kan de lokala behoven och förutsättningarna innebära att en typ av åtagande kan behöva fastställas för t.ex. de mera glest bebyggda delarna av ett sjukvårdsområde och ett annat i de större tätorterna eller efter andra indelningsgrunder som sjukvårdshuvudmännen finner ändamålsenliga. Primärvårdens nuvarande verksamhetsinnehåll och organisation kommer sannolikt att påverka detta.

Vilket husläkaråtagande som gäller för hela eller respektive delar av ett sjukvårdsområde skall också vara fastställt av sjukvårdshuvudmannen innan husläkarsystemet inrättas och finnas klart och tydligt dokumenterat. En sådan dokumentation bör offentliggöras och den som är intresserad av att etablera sig som husläkare i ett visst område skall via sjukvårdshuvudmannen på ett enkelt sätt kunna få del av de villkor som gäller för en etablering i det aktuella området.

Den närmare innebörden av husläkaråtagandet bör preciseras och förtydligas av sjukvårdshuvudmännen i samråd verksamhetsföreträdarna bl.a. genom att de formulerar mål och riktlinjer för verksamheten. Socialstyrelsen bör också ge ut allmänna råd om detta. I detta sammanhang bör bl.a. husläkarnas samverkan med distriktssköterskor uppmärksammas vad gäller hemsjukvård och vård i livets slutskede oavsett om distriktssköterskeinsatserna ingår i husläkaråtagandet eller ej. Som en följd av Ädelreformen har också redan i dag många distriktssköterskor och undersköterskor en annan organisatorisk tillhörighet än de nuvarande distriktsläkarna och de blivande husläkarna genom att hemsjukvården helt eller delvis överförts från landstingen till kommunerna.

Oavsett vilka organisatoriska lösningar som i praktiken kommer att bli aktuella vill jag dock framhålla de fördelar som finns med att husläkare och distriktssköterskor är lokalmässigt integrerade. Detta underlättar ett nära samarbete och ger möjlighet att i det närmaste dagligen utbyta erfarenheter och vid behov förmedla information om enskilda personers hälsotillstånd. Genom att distriktssköterskan är utbildad i och har kunskap om preventivt arbete får de personer, som husläkaren har ansvar för, även del av det kvalificerade förebyggande arbete dessa sjuksköterskor utför. Den utveckling mot teamarbete som skett inom primärvården

– och som på sina håll kommit mycket långt – anses ha haft positiva effekter för såväl patienter som berörda personalgrupper.

Men jag vill också påpeka att distriktssköterskor och distriktsläkare i den nuvarande primärvårdsorganisationen har ett gott samarbete, även om man inte alltid har gemensamma lokaler. Många distriktssköterskor är också vana vid att samarbeta med olika privatläkare. Detta samarbete bör vidareutvecklas och fördjupas, och relationen mellan husläkaren och distriktssköterskan skall vara oberoende av i vilken form husläkaren har valt att etablera sig. Självfallet måste också samarbetet ske med iakttagande av de tystnadsplikts- och sekretessregler som gäller. I dag sker ofta samarbetet mellan de privatpraktiserande läkarna och distriktssköterskorna informellt och genom patientens förmedling, antingen på hans eget initiativ eller på uppmaning från distriktssköterskan eller läkaren. I vissa fall förekommer också ett remissförfarande. På motsvarande sätt kan kontakter mellan läkare, distriktssköterskor och andra personalgrupper ske även inom den framtida primärvården, där patienten sannolikt kommer att spela en än mer aktiv roll.

Det är angeläget att målen och riktlinjerna även omfattar husläkarens tillgänglighet. Det bör bl.a. framgå i vilken utsträckning husläkaren måste vara tillgänglig per telefon för rådgivning och tidbokning samt finnas på mottagningen för att åtagandet skall kunna anses uppfyllt. Vidare bör det finnas regler om att en husläkare skall kunna erbjuda de personer han har ansvar för tid för besök inom en viss specificerad tidsram, t.ex. helst samma eller påföljande dag och senast inom tre dagar. Vid akuta situationer, som inte kräver besök på akutmottagning, skall den enskilde kunna tas emot med kortare varsel om det medicinska tillståndet så kräver.

Husläkarverksamhetens omfattning

Kraven på en god tillgänglighet och kontinuitet samt kraven på att läkarens allmänmedicinska kompetens skall kunna upprätthållas och utvecklas innebär att husläkarens verksamhet bör ha en sådan omfattning att uppdraget är läkarens huvudsakliga yrkesverksamhet. Därför bör, på nationell nivå, en gräns anges för det lägsta antal personer som en husläkarens verksamhet – efter en uppbyggnadsperiod – måste omfatta för att läkaren skall kunna få ingå i husläkarsystemet. Ytterligare ett skäl för att kräva en viss omfattning av husläkarens verksamhet är behovet av att fördela läkarresurserna över riket.

Ett riktmärke för en heltidsarbetande husläkare som ofta anges är att denne skall kunna förteckna i genomsnitt 2 000 personer, vilka då skulle representera en normalfördelning av befolkningen – en dimensionering som de flesta huvudmän för närvarande strävar efter. Lokala förutsättningar såsom geografiska förhållanden, befolkningstäthet, befolkningsammansättning och social struktur bör dock beaktas för att få en jämlik hälso- och sjukvård i landet.

Mot denna bakgrund anser jag att en husläkarens verksamhet bör omfatta minst 1 000 personer för att han skall få ingå i husläkarsystemet.

Sjukvårdshuvudmannen skall dock kunna ge dispens för en husläkare att ta ansvar för ett färre antal personer i sin verksamhet om detta är befogat med hänsyn till de lokala förhållandena. Detta kan bli aktuellt främst i de glest befolkade delarna av landet.

En gräns bör också anges, främst av kvalitetsskäl, för det maximala antalet personer som en husläkare kan ta ett hälso- och sjukvårdsansvar för. Jag anser att denna gräns bör sättas vid 3 000 personer. Beroende på bl.a. vilka resurser hälso- och sjukvården i övrigt förfogar över och gällande husläkaråtagande skall sjukvårdshuvudmännen dock efter överenskommelse med berörda husläkare kunna ge dispens för att de sisträmnda kan ansluta fler personer än de angivna 3 000. Detta får dock inte innebära att kravet på producent- och konkurrensneutralitet eftersätts.

Läkarens ansvar att medverka till en god tillgänglighet och en fungerande jourorganisation utgör praktiska ramar för uppdragets omfattning i tid. Husläkarens dygnet runt-ansvar innebär ett ansvar för att jourverksamhet organiseras på tider då husläkaren inte själv kan stå till förfogande för de personer som finns på hans lista. På grund av de demografiska förhållandena i landet är dock förutsättningarna för en jourverksamhet mycket olika, vilket kan förutsätta skilda organisationsformer för en sådan verksamhet. Husläkarens ansvar för att de personer, som är anslutna till honom, har tillgång till en jourverksamhet innebär därför inte nödvändigtvis att han själv måste vara tillgänglig på del av jourtiden.

På motsvarande sätt är det husläkarens skyldighet att på lämpligt sätt tillhandahålla ersättare vid tillfällig frånvaro på grund av sjukdom, utbildning, semester eller dylikt. Omfattningen av en sådan verksamhet får dock inte vara sådan att grundtanken om ett personligt förhållande mellan husläkaren och de hos honom förtecknade personerna urholkas.

3.3.2 Insatser utöver fastställt husläkaråtagande

Mitt förslag: Sjukvårdshuvudmännen och de blivande husläkarna skall ha möjlighet att träffa överenskommelser om insatser utöver det husläkaråtagande som gäller i respektive område.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer med min.

Remissinstanserna: Flera remissinstanser anser att det bör ankomma på sjukvårdshuvudmännen att bestämma husläkaråtagandets omfattning. De flesta instanser framhåller i sina remissvar det som är bra i den nuvarande primärvården och vill slå vakt om teamarbetet och vårdlagsfunktionen.

Skälen för mitt förslag: Med hänsyn till vad jag tidigare föreslagit om ett grundåtagande för att fastställa minimikraven på ett husläkaråtagande samt sjukvårdshuvudmännens möjligheter att, inom vissa ramar, själva besluta om vad som skall ingå i en husläkarverksamhet inom respektive sjukvårdsområde, dvs. fastställa husläkaråtagandet, anser jag att remiss-

instansernas önskemål om att kunna utforma verksamheten efter lokala behov och förutsättningar samt värna om det som är bra i den nuvarande primärvården till stora delar tillgodosetts.

Både de blivande husläkarna och sjukvårdshuvudmännen kan dock vara intresserade av att de förstnämnda åtar sig uppgifter utöver dem som omfattas av gällande husläkaråtagande särskilt om detta är begränsat till grundåtagandet eller om relativt få uppgifter av huvudmännen lagts till i ett vidgat åtagande. Från läkarnas sida kan detta intresse ha sin grund i personlig intresseinriktning och kunskaper, att åtagandet innebär en begränsning av arbetsuppgifterna jämfört med nuvarande förhållanden osv. – ett intresse som kan delas av även andra yrkesgrupper inom primärvården. Sjukvårdshuvudmännen kan å sin sida ha intresse av att en husläkare åtar sig ytterligare uppgifter mot bakgrund av deras övergripande ansvar för att planera hälso- och sjukvården inom sina respektive sjukvårdsområden efter skilda behov och förutsättningar och med hänsyn till hur verksamheten är organiserad i utgångsläget.

Då den lagreglering, som jag föreslår, ger relativt stort utrymme för sjukvårdshuvudmännen att styra husläkaråtagandets omfattning, kommer huvudmännens val i detta avseende att vara avgörande för i vilken utsträckning de skall träffa överenskommelser med husläkarna om särskilda insatser utöver gällande husläkaråtagande eller om dessa organiseras på något annat sätt.

De insatser och uppdrag som kan komma i fråga för frivilliga överenskommelser enligt tilläggsavtal kan bl.a. gälla barn- och mödrahälsovården, medverkan vid hälsoupplysningsaktiviteter, epidemiologisk övervakning, vård vid kriminalvårdsanstalter m.m. i den mån dessa uppgifter inte ingår i det fastställda åtagandet.

I detta sammanhang vill jag också understryka att det är ett starkt samhällsintresse att utbildningen av läkare hålls på en god nivå både vad gäller omfattning och kvalitet. Detta är en grundläggande förutsättning för att kunna erbjuda befolkningen en god hälso- och sjukvård. Det är därför angeläget att alla husläkarmottagningar oavsett driftform kan komma i fråga för medverkan i såväl grund- som vidareutbildning. Huvudskälet till att en sådan skyldighet inte föreslås ingå i grundåtagandet är att medverkan i dessa utbildningar inte kommer att beröra alla husläkare och för dem som kommer att beröras, kommer det kanske inte att vara ett åtagande kontinuerligt över tiden. Utbildningsfrågorna behandlas närmare i det följande (avsnitt 3.9).

Mitt förslag: En husläkare skall vara specialist i allmänmedicin. Samtliga specialister, som inom sitt ämnesområde är kliniskt verksamma med direkt patientarbete, dvs. konsultationer, skall dock i ett övergångsskede ges möjlighet att vara verksamma som husläkare genom ett dispensförfarande och kompletterande utbildning efter en individuell prövning.

Det skall ankomma på regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen att ge dispens.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer med mitt.

Remissinstanserna: De allra flesta remissinstanser, bl.a. Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet samt flertalet sjukvårdshuvudmän, instämmer i bedömningen att kompetenskravet på en husläkare skall vara specialist i allmänmedicin. Flera brukarorganisationer framhåller dock att olika specialister skall kunna vara verksamma som husläkare för de patienter med kroniska sjukdomar som finns inom respektive specialitet.

En majoritet bland remissinstanserna förordar därutöver att man i ett inledningsskede skall vara generös med att medge dispens för verksamhet som husläkare, medan Hallands läns landsting anser att man bör begränsa dispenserna med hänsyn till kvalitetsaspekten. Aneby kommun menar att allmänmedicinsk kompetens skall vara ett oavvisligt krav.

Många sjukvårdshuvudmän liksom Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet betonar att det är sjukvårdshuvudmännen själva som skall avgöra dispenserna.

Skälen för mitt förslag: Regleringen av kompetenskraven för anställning av läkare har nyligen ändrats så att sjukvårdshuvudmännen avgör vilken kompetens en enskild läkare, som skall rekryteras, skall ha. Vid införandet av ett husläkarsystem bör det dock ställas krav på särskild kompetens för husläkaren, som skall gälla lika över hela landet. Befolkningen måste vara garanterad en hög kvalitet oavsett vilken husläkare man väljer. Dessutom finns det behov av att göra anslutningsreglerna kända och enhetliga för presumtiva vårdgivare.

Alla människor, oavsett ålder, skall kunna få hjälp för flertalet av sina hälsoproblem hos en och samma läkare. Detta är själva kärnan i husläkarbegreppet och kräver en bred kompetens, vilket talar för att husläkaren skall vara specialist i allmänmedicin.

I de länder, där husläkarna tydligt utgör basen i sjukvårdssystemen, anses det också självklart att husläkaren skall vara allmänläkare. De preciserade utbildningskraven borgar för en hög kvalitet och husläkarna åtnjuter i allmänhet stort förtroende i befolkningen. Ett uttryck för detta är att de flesta privatförsäkrade personer i Nederländerna, som inte behöver förteckna sig hos en bestämd husläkare, ändå väljer att göra det. Utbildningstiden för dessa läkare är dock kortare än utbildningstiden för en specialist i allmänmedicin i Sverige. De krav, som enligt

målbeskrivningen för specialisttjänstgöringen i allmänmedicin, ställs på denna specialistkompetens i Sverige ger förutsättningar för en mycket kompetent husläkarkår, som i ett internationellt perspektiv har en djupare och mer omfattande kompetens än sina kollegor i andra länder.

Generellt sett är tillgången till läkare i Sverige god – inte minst i ett internationellt perspektiv. Enligt uppgifter från Socialstyrelsen fanns det 29 300 läkare med svensk legitimation i början av år 1992 och antalet utfärdade specialistbevis uppgick till närmare 25 900. De vanligaste specialiteterna är allmänmedicin, 4 570 personer, allmän internmedicin, drygt 3 100 personer och allmän kirurgi, knappt 2 200 personer. Andra specialiteter där många specialistbevis utfärdats är barnaålderns invärtes sjukdomar, anesthesiologi, kvinnosjukdomar och förlossningar, psykiatri och röntgendiagnostik.

Kravet på specialistkompetens i allmänmedicin torde emellertid i ett kortare tidsperspektiv kräva ett tillskott av allmänläkare även om det formellt sett finns fler specialistutbildade läkare i allmänmedicin än det beräknade behovet av husläkare. Men alla är inte kliniskt verksamma inom denna specialitet och alla arbetar inte heltid. År 1991 var ca 2 390 specialister i allmänmedicin verksamma som distriktsläkare, ca 500 arbetade inom företagshälsovården och ca 330 var privatpraktiserande med försäkringskasseanslutning. Dessutom fanns det ytterligare ca 210 som drev en sådan praktik och som utöver sin specialistkompetens i allmänmedicin också hade ytterligare en specialitet, s.k. dubbelspecialistkompetens. Samma år var det ytterligare drygt 800 läkare som var verksamma som distriktsläkare men som hade en annan specialistkompetens än allmänmedicin.

Det förhållandevis ringa antalet utfärdade specialistbevis i allmänmedicin i relation till det totala antalet utfärdade specialistbevis, 4 570 av totalt drygt 25 880 per den 1 januari 1992, har heller inte, i den nuvarande hälso- och sjukvårdsorganisationen, inneburit att antalet läkare med specialistkompetens i allmänmedicin varit tillräckligt för att tillgodose alla de grundläggande behoven av hälso- och sjukvård. Läkare inom närliggande specialiteter har därför också till viss del utfört uppgifter som i andra länder utförs av allmänläkare. Det gäller såväl delar av den öppna vården inom länssjukvårdens ram som vissa privatpraktiserande läkare.

Jag anser att det måste finnas möjligheter att ge dispens för läkare inom andra specialiteter, som inom sitt ämnesområde är kliniskt verksamma med direkt patientarbete, att vara verksamma som husläkare och ge dem möjligheter att komplettera sin utbildning för att få specialistkompetens också i allmänmedicin.

Behovet av kompletterande utbildning varierar beroende på vilken specialistbehörighet läkaren i fråga har i utgångsläget, men till en del också på inriktningen av läkarens hittillsvarande verksamhet. Att ange exakta tidsgränser för kompletterande kurser är därmed inte möjligt. Det blir i huvudsak en bedömning i det enskilda fallet.

Jag vill i detta sammanhang dock framhålla att vissa läkare med specialistkompetens i till allmänmedicinen närliggande specialiteter måste

kunna beviljas dispens att vara verksamma som husläkare utan tidsbegränsning och krav på kompletterande utbildning. Det gäller i första hand de läkare med specialistbevis inom andra ämnesområden än allmänmedicin och som i dag innehar distriktsläkartjänster. Dessa specialister har tidigare medgivits dispens från kravet på specialistbevis i allmänmedicin för att få uppehålla distriktsläkartjänster och någon individuell prövning behöver inte ske före dispensgivning för husläkarverksamhet. Men även andra läkare kan komma i fråga, t.ex. specialister i invärtesmedicin och geriatrik som bedriver mottagningsverksamhet för ett icke selekterat patienturval. I dessa fall krävs dock en individuell prövning.

I de fall som krav på kompletterande utbildning kommer att ställas bör dispensen för verksamhet som husläkare tidsbegränsas. Vilken tidsrymd en sådan dispensgivning skall omfatta måste bedömas med hänsyn till utbildningsbehovet. Jag vill framhålla att dispenstiden i dessa fall måste vara så generös att den enskilde läkaren ges reell möjlighet att komplettera sin utbildning för att uppnå specialistkompetens i allmänmedicin utan att hans etablering som husläkare äventyras.

Enligt gällande behörighetsbestämmelser ankommer det på Socialstyrelsen att utforma riktlinjer för vilken kompletterande utbildning som behövs för specialister av olika slag för att de även skall kunna få behörighet som specialister i allmänmedicin och därmed kunna etablera sig som husläkare. Sådana riktlinjer bör självfallet utarbetas i samråd med företädare för yrkeskåren såsom är fallet vid t.ex. utarbetande av målbeskrivningarna för de olika specialiteterna.

Enligt min mening bör det ankomma på regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen att ge dispens. Bl.a. stråvan efter producentneutralitet talar för detta. Skulle dispensgivningen åvila sjukvårdshuvudmännen kunde misstanke uppstå om att huvudmannen premierar sin egen verksamhet på bekostnad av andra driftformer när dispens avvisas. Ytterligare ett skäl för att dispensfrågan skall avgöras centralt är att dispensen i sådana fall gäller över hela landet och därmed vidgar läkarnas möjligheter att välja var man skall vara verksam. I annat fall kan den situationen uppstå att en läkare, som fått dispens av en sjukvårdshuvudman men senare väljer att, t.ex. med hänsyn till befolkningsunderlag, etablera sig inom någon annan sjukvårdshuvudmans sjukvårdsområde, måste få en ny dispens av den sistnämnde.

Jag anser att det är viktigt, även ur kvalitetssäkringssynpunkt, att samma kriterier och samma krav ställs på dem som beviljas dispens oavsett var i landet de kommer att vara verksamma. Sjukvårdshuvudmännen bör dock ha möjligheter att yttra sig i fråga om dispensgivning och därvid förorda eller avråda från att dispens ges.

Flera personer med kroniska sjukdomar kan ha en nära anknytning och mångårig kontakt med en läkare med specialistkompetens inom aktuell specialitet. Hur deras behov av en fortsatt sådan läkarkontakt kan tillgodoses i samband med en husläkarreform återkommer jag till i det följande (avsnitt 3.5).

Mitt förslag: Landets invånare skall fritt kunna välja sin husläkare bland dem som är verksamma som sådana. Valet skall inte begränsas till ett visst geografiskt område. Den enskilde skall kunna byta husläkare när han eller hon så önskar. Den som så önskar skall också ha möjlighet att stå utanför husläkarsystemet.

Min bedömning: Sjukvårdshuvudmännen bör ansvara för att den enskilde får tillfälle att välja husläkare och avgöra hur detta skall ske. Det är önskvärt att hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde – eller del av detta – får möjlighet att välja husläkare vid ett och samma tillfälle. Detta kan lämpligen ske genom en kombination av att den enskilde själv namnger den han önskar som sin husläkare och att han ges tillfälle att ta ställning till ett förslag från sjukvårdshuvudmannen om husläkare. Sjukvårdshuvudmannen har därvid ansvar för att detta sker med hänsyn till kraven på producent- och konkurrensneutralitet mellan olika driftformer för husläkarverksamheten.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer i huvudsak med mitt dock med den skillnaden att i promemorian föreslås, att den enskilde visserligen skall få byta husläkare när han eller hon så önskar, men med den inskränkningen att om man redan tidigare har bytt husläkare en gång under det närmast föregående halvåret bör sex månader förflyta från det att det senaste bytet skett, innan nästa byte sker.

Remissinstanserna: De allra flesta remissinstanser anser att det fria läkarvalet är viktigt och grundläggande. Av dem som yttrat sig om detta förordar dock de flesta en områdesvis, passiv förteckning som kombineras med ett erbjudande till den enskilde om att själv utse någon annan till sin husläkare.

Några instanser ifrågasätter systemet med förteckning, därav ett par landsting, främst från administrativa utgångspunkter och ur resurshänsesende men också av ideologiska skäl. Datainspektionen pekar på nödvändigheten av datoriserade personregister och vilka konsekvenser detta kan få för lagstiftningen inom detta område m.m.

Remissinstanserna har också väckt flera frågor om detaljutformningen av förteckningssystemet. Bl.a. pekar några remissinstanser på, däribland Riksförsäkringsverket, att reseersättningsfrågorna måste lösas i de fall den enskilde väljer en husläkare långt från bostadsorten. Några landsting har därvid framhållit att sjukvårdshuvudmännen själva skall avgöra reseersättningsfrågorna.

Skälen för mina ställningstaganden: Den svenska sjukvården är uppbyggd enligt ett ansvarsorienterat system, där samhället har skyldighet att tillhandahålla hälso- och sjukvård – uppgifter som i princip lagts på landstingen. Under senare år har det dock skett en förskjutning mot ett mer rättighetsorienterat system, där man utgår från den enskildes

möjlighet att själv bedöma sina vårdbehov och fritt välja vårdgivare, vilka bör konkurrera inbördes om att få ge denna service. Ett steg i denna riktning var Landstingsförbundets rekommendation från november 1989 där det bl.a. sägs att "inom sina egna landsting bör människor kunna välja vid vilken vårdcentral de ska få vård. Valet bör också vara fritt mellan de olika sjukhusen, sjukhemmen och annan hälso- och sjukvård som landstinget tillhandahåller på olika håll. Valet bör kunna göras när vårdbehovet uppkommer". Denna rekommendation har följts av regionala överenskommelser.

Primärvården enligt HS 90-modellen har ofta fått en myndighetskaraktär. Den enskilde har ibland haft svårt att få den service han förväntat sig och har inte alltid upplevt att han bemötts som likvärdig part med förmåga till eget ansvarstagande. De nya arbetsmodeller som vuxit fram inom primärvården och är under utveckling (t.ex. kvartersakuter med husläkarsystem) är uttryck för att inom nuvarande primärvårdsorganisation åstadkomma en förbättring i dessa avseenden. De innebär en tydligare koncentration på läkarinsatserna och det personliga ansvaret i relationen mellan patient och läkare. Andra fördelar är större frihet för läkaren och personalen med ett ökat personligt ansvar. Läkarmottagningarna kan lättare utvecklas till bättre serviceorganisationer. I gengäld kommer höga krav att ställas på husläkarnas kompetens och engagemang.

Mot bakgrund av bl.a. denna utveckling och regeringens strävanden att öka den enskildes valfrihet anser jag det självklart att den enskilde medborgaren fritt skall kunna välja vem som blir hans eller hennes husläkare. Ett av de främsta syftena med husläkarreformen är att skapa förutsättningar för ett förtroendefullt förhållande mellan läkare och patient, vilket också talar för ett fritt val. Det innebär bl.a. att den enskildes val av husläkare inte skall begränsas till ett givet geografiskt område. Den enskildes valfrihet kan dock begränsas av att varje husläkares verksamhet endast omfattar ett visst givet antal människor och att denna kvot redan är fylld. Den person som väljer en husläkare på långt avstånd från sin bostadsort måste, som tidigare nämnts, också vara beredd att avstå från den service, som hembesök av husläkaren innebär.

Jag vill i detta sammanhang framhålla att det finns många fördelar med husläkare som i huvudsak har en områdesanknytning. Detta gäller kanske framförallt samspelet med andra yrkeskategorier inom primärvården och övriga vårdgrannar på primärvårdsnivå. Ett sådant samspel och samverkan är av särskilt stor betydelse för de utsatta grupperna. Den enskilde bör därför i första hand få möjlighet att välja en husläkare nära där han bor. Sjukvårdshuvudmännen bör i samband med eventuell s.k. passiv förteckning ta hänsyn till detta. Jag vill också i detta sammanhang framhålla att sjukvårdshuvudmännens erbjudande i detta avseende, med hänsyn till producent- och konkurrensneutraliteten, inte får gynna de läkare som är verksamma inom den egna organisationen. Det faktum att vissa sjukvårdshuvudmän redan har byggt upp husläkarliknande system inom den egna organisationen får heller inte hindra andra husläkare från att etablera sig inom dessa områden. I syfte att värna om producent- och

konkurrensneutraliteten bör privata och offentliganställda husläkare ges samma möjligheter att informera om sin verksamhet.

För att ett husläkarsystem skall få avsedda effekter bör hela befolkningen, eller i det närmaste hela befolkningen, omfattas av systemet. Jag anser därför att alla individer oavsett ålder skall erbjudas att ha en egen husläkare. Medlemmar av samma familj behöver inte välja samma husläkare. Det finns dock många fördelar med att hela familjen har samma husläkare. Framförallt ökar möjligheterna till ömsesidig kännedom och helhetssyn. Men det är naturligtvis familjemedlemmarnas sak att bedöma vad som är den bästa lösningen för dem.

Ett viktigt mål för husläkarreformen är att förbättra och förstärka människors möjlighet att ha samma läkare under en längre period i livet. Men detta får inte inskränka den enskildes rätt att byta husläkare. Internationella erfarenheter visar att byte av husläkare sällan förekommer av andra skäl än byte av bostadsort. I vårt land finns förespråkare för såväl relativt lång tid (1 – 3 år) som ingen reglering alls av den tid, som skall förflöta innan en person kan byta husläkare. De förstnämnda menar att en lång "kontraktstid" är en förutsättning för att systemet skall fungera. Respektive läkare och de personer som han har ett husläkaransvar för måste ges en rimlig möjlighet att lära känna varandra. De som å andra sidan anser att man inte bör reglera kontraktstiden framför som sitt huvudskäl att i samma stund som en patient vill byta läkare har en förtroendeklyfta uppstått mellan den enskilde och husläkaren, och ingen av parterna är då betjänt av att upprätthålla relationen.

Jag delar den uppfattningen att en önskan från den enskilde att byta husläkare av andra skäl än byte av bostadsort i regel innebär att en förtroendeklyfta har uppstått mellan den enskilde och läkaren. Med hänsyn till detta och till remissinstansernas ställningstaganden föreslår jag att den enskilde skall få byta husläkare när han eller hon så önskar. Det finns heller inga starka skäl som talar emot ett sådant förfarings sätt. Tvärtom tyder de internationella erfarenheterna på att de allra flesta i regel väljer att ha kvar den läkare de en gång valt eller blivit hänvisade till.

Jag vill i detta sammanhang framhålla vikten av att den enskilde snabbt kan få besked om den nye husläkaren har utrymme för honom. Även för berörda husläkare är det angeläget att förändringar i den personkrets, som de har ett husläkaransvar för, snabbt registreras och förmedlas till sjukvårdshuvudmännen bl.a. då den ersättning som lämnas för verksamheten i stor utsträckning är knuten till de personer som finns på respektive husläkares förteckning. Jag återkommer till detta i specialmotiveeringen (avsnitt 7).

När den enskilde byter husläkare bör det också finnas ett system för ett medicinskt uppgiftslämnande mellan berörda läkare. Den läkare, som personen i fråga tidigare haft kontakt med, skall ha skyldighet att sända en kopia på journalen eller en sammanfattning av den till den nye läkaren – detta dock under förutsättning att den enskilde lämnar sitt medgivande till att så sker.

Det är angeläget att de mest utsatta grupperna inte drabbas negativt i

ett system, som i stor utsträckning bygger på individernas egna initiativ. De mest behövande, barn, gamla, långvarigt sjuka, psykiskt störda, socialt utslagna m.fl. måste också få tillgång till en husläkare och då gärna nära sin bostad. Den enskildes val av husläkare bör därför ske på ett sådant sätt att även dessa gruppers behov av en egen husläkare tillgodoses. Valet av husläkare får inte göras beroende av att den enskilde själv måste namnge en speciell läkare utan bör kombineras med en möjlighet för den enskilde att acceptera eller avvisa ett förslag på en husläkare från sjukvårdshuvudmannen. Hur detta skall gå till i praktiken bör ankomma på sjukvårdshuvudmannen att besluta om. Det viktiga i sammanhanget är att den enskilde ges en reell möjlighet att avgöra vem som skall vara hans husläkare och att alla husläkare som finns tillgängliga inom området kan komma i fråga. I samband härmed skall befolkningen också informeras om möjligheterna att avstå från att välja en husläkare och vad detta kan innebära för t.ex. tillgänglighet till läkare och avgifter vid läkarbesök. Detta beror i huvudsak på vilka beslut respektive sjukvårdshuvudmän fattar i samband med att husläkarsystemet införs. Jag vill dock i detta sammanhang erinra om att sjukvårdshuvudmännen har ett lagfäst ansvar för att erbjuda alla invånare inom sitt sjukvårdsdistrikt en god hälso- och sjukvård.

Den enskildes valfrihet är en central och viktig fråga, men valfriheten gäller inte oinskränkt. Jag har tidigare nämnt att valfriheten kan begränsas av att varje husläkare endast kan ha ett visst givet antal personer anslutna till sig – ett antal som kan vara uppnått. I de glest befolkade delar av landet torde dessutom möjligheterna att välja mellan flera olika husläkare inom rimligt geografiskt avstånd vara begränsade. Med en ökad valfrihet följer också ett ökat ansvarstagande från den enskilde, som har att ta ställning till t.ex. om han vill välja en husläkare långt från bostadsorten. I sådana fall måste man vara beredd att avstå från t.ex. hembesök och vara beredd att stå för en större del av resekostnaderna själv. Ur samhällsekonomiskt synpunkt torde det nämligen vara nödvändigt att göra vissa inskränkningar i resekostnadsersättningen i de fall personer, som har andra alternativ, väljer en husläkare långt från bostadsorten.

Den 1 januari 1992 övertog sjukvårdshuvudmännen det administrativa och ekonomiska ansvaret för sjukresorna efter överenskommelse med regeringen. Detta innebär att sjukvårdshuvudmännen inom av regeringen givna ramar fastställer grunderna för sjukreseersättningen och administrerar patienternas återbäring av deras resekostnader. En viss förenkling jämfört med tidigare bestämmelser gjordes i samband härmed. Den gällande överenskommelsen innebär att den högsta egenavgiften numera är 40 kronor per enkelresa oavsett färdmedel och lägsta ersättningen för egen bil eller motsvarande är 1 kr/km. Sjukvårdshuvudmännen har möjlighet att själva bestämma storleken på patienternas egenavgifter och eventuell differentiering mellan olika trafikmedel samt fastställa villkor vad gäller val av färdmedel för att reseersättning skall lämnas.

Kostnaderna för sjukresor räknas inte in i högkostnadsskyddet. För familjer med flera småbarn och för personer med sådana vårdbehov, som kräver intensiv behandling under kort tid eller upprepade behand-

lingar med korta tidsintervall under lång tid, kan resekostnaderna bli mycket betungande. Flertalet sjukvårdshuvudmän har därför någon form av befrielse från egenavgiften för patienter som behöver dialys, dag-sjukvård eller annan behandling, t.ex. personer med psoriasis. Ett mindre antal sjukvårdshuvudmän har infört ett generellt högkostnadsskydd för höga resekostnader. Detta är alltså ett frivilligt åtagande från sjukvårdshuvudmännens sida och får inte förväxlas med högkostnadsskyddet för läkarbesök och läkemedel.

För att inte sjukresekostnaderna skall bli orimligt stora är det enligt min mening, med gällande regler om en högsta egenavgift, nödvändigt att sjukvårdshuvudmännen måste ha möjlighet att geografiskt begränsa det område inom vilket en enskild kan välja sin husläkare med bibehållande av rätten till sjukreseersättning. Detta är angeläget bl.a. för att sjukvårdshuvudmännen skall kunna leva upp till sitt ansvar enligt HSL och för att de begränsade resurser som står till hälso- och sjukvårdens förfogande skall kunna utnyttjas på ett tillfredsställande sätt. Men det innebär inte att valet skall begränsas till det egna sjukvårdsområdet och heller inte att den enskilde förhindras att välja en husläkare på längre avstånd. I det senare fallet måste dock, som jag tidigare framhållit, den enskilde vara beredd att stå för de ökade resekostnaderna själv.

För att minska risken för segregation av människor bör inte en husläkare kunna neka någon att utse honom till sin husläkare. Det är också önskvärt att det finns ett visst utrymme för personer, som inte själva namngivit någon speciell läkare, hos varje husläkare i samband med att systemet införs. En husläkare bör därför inte fullteckna sig innan han haft kontakt med sjukvårdshuvudmannen, som har ansvaret för att alla invånare inom sjukvårdsområdet erbjuds en husläkare.

I samband med att ett husläkarsystem införs i ett visst område, t.ex. ett landsting eller del av detta, bör alla som bor i aktuellt område få erbjudande om husläkare vid samma tillfälle. Om man låter befolkningen välja efterhand som den behöver vård finns det å ena sidan risk för att de kända och "populära" läkarna snabbt blir fulltecknade med personer, som ofta besöker läkare och är relativt vårdtunga. Övriga läkare får efter hand kontakt med den del av befolkningen som inte går till läkare så ofta. Det kan också finnas risk för att den aktiva och medvetna befolkningen väljer de "populära" läkarna med gott anseende och att de personer, som inte själva aktivt väljer, blir hänvisade till de övriga. Även om en viktad ersättning delvis kan balansera detta är det önskvärt att man undviker att medvetet skapa en sådan situation.

Mitt förslag: Den del av ersättningen som är relaterad till husläkaråtagandet skall bestå dels av en fast ersättning per individ för de personer som en husläkare åtagit sig att ha ansvaret för och som sammanlagt utgör den större delen av husläkarersättningen, dels av en ersättning per besök antingen i form av patientavgifter eller av en besöksavgift som lämnas av huvudmannen, eller en kombination av dessa två. Ersättningsnivåerna fastställs av respektive sjukvårdshuvudman.

Min bedömning: Ersättningssystemet bör utformas på ett sådant sätt att det

- upplevs som rättvist,
- är producentneutralt,
- stimulerar till ett effektivt resursutnyttjande inom hela hälso- och sjukvårdsområdet,
- stimulerar god kvalitet och hög tillgänglighet,
- främjar läkarrekryteringen i hela landet samt
- bidrar till att läkarna stannar kvar i denna verksamhet.

Det bör därutöver utformas på ett sådant sätt att det är lätt att administrera och följa upp.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer i princip med mitt såvitt avser konstruktionen av ersättningssystemet. Däremot föreslås i promemorian att ersättningsnivåerna fastställs centralt i förhållande till det där föreslagna husläkaråtagandet och inte av sjukvårdshuvudmännen.

Remissinstanserna: I stort sett är remissinstanserna positiva till principerna för ersättningssystemet. De flesta instanser förordar dock att ersättningsnivåerna fastställs lokalt av respektive sjukvårdshuvudman. Många framhåller också vikten av att producentneutralitet upprätthålls. Några remissinstanser presenterar också några andra faktorer än ålder och anser att även dessa bör vägas in när sjukvårdshuvudmannen fastställer den fasta individrelaterade ersättningen.

Skälen för mina ställningstaganden: De ekonomiska styrsystemen har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens effektivitet liksom för möjligheten att erhålla kostnadskontroll i verksamheten. Detta visar såväl internationella erfarenheter som de senaste årens inhemska erfarenheter av att olika former av ekonomiska incitament har införts inom vissa landstingsområden.

Ersättningssystemet för husläkare måste således utformas i enlighet med de drivkrafter som man vill understödja hos olika aktörer inom hälso- och sjukvården liksom hos patienterna. På motsvarande sätt måste man finna former för att balansera de inte önskvärda effekter, som varje system kan ge upphov till.

De länder, som tillämpar olika former av husläkarsystem, uppvisar ganska stora skillnader vad gäller ersättningssystemets utformning. I samtliga dessa länder finns dock något inslag av ersättning per capita.

Dessutom finns det i varierande utsträckning bl.a. ersättning per besök, ersättning för vissa åtgärder i enlighet med en särskild taxa samt flera olika specialersättningar, som syftar till att styra utvecklingen i önskad riktning eller kompensera för speciellt svåra förhållanden i vissa områden.

Även om de utländska erfarenheterna inte ger tillräckligt underlag för att dra några bestämda slutsatser om vilket som skulle kunna vara det mest optimala ersättningssystemet är det dock mycket som talar för att man bör ha ett blandat system med ersättning både per capita och per prestation/åtgärd. Sverige avviker från de flesta länder med husläkarsystem i så måtto att tjänsterna i primärvården är avgiftsbelagda. Patientavgifter fyller en viktig funktion dels som finansieringskälla, dels med anledning av att de är ett betydelsefullt styrinstrument, oavsett om de går direkt till husläkaren eller via sjukvårdshuvudmannen, som sedan lämnar ersättning till husläkaren i form av en besöksersättning.

Två huvudtyper av ersättningar kan urskiljas, dels ersättningar med anknytning till de personer som respektive husläkare har ansvar för, dels ersättningar för särskilda åtaganden.

Den ersättning som är direkt förknippad med antalet personer, som varje husläkare har ansvaret för och åtgärder i samband härmed, skall till största delen bestå av en fast ersättning per person, som har förtecknat sig hos en viss husläkare, den s.k. individersättningen. Denna ersättning bör vara ganska hög, 70 – 80 %, för att läkarna skall vara angelägna om att ha många personer anslutna till sig och sin praktik och bemöda sig om att behålla dem. Detta är enligt min mening kvalitetsfrämjande. Men för att det skall kunna fungera på önskvärt sätt krävs att befolkningen har reell möjlighet att välja någon annan husläkare om man inte är nöjd. Vidare krävs väl utvecklade system för uppföljning och kvalitetssäkring då det i ett system, som utgår från att en stor andel av den totala ersättningen erhålls i förhållande till antalet förtecknade individer, kan finnas risk för bristande tillgänglighet och undervård. Detta i en situation där ersättningen för husläkarverksamheten inte är kopplad till en konkret identifierbar motprestation.

Enligt min mening väger dock de positiva effekterna av en relativt stor andel fast ersättning per individ tyngre. Genom denna får husläkarverksamheten en solid grund som underlättar etablering, särskilt på mindre orter. Dessutom blir, från samhällssynpunkt, kostnaderna mer förutsägbara och möjliga att kontrollera.

En hög andel av ersättning per individ bör också bidra till en jämnare tillgång till husläkare över landet och att överetablering i storstäderna undviks.

Individersättningen

Nivån på den fasta, individrelaterade ersättningen i relation till gällande husläkaråtagande skall, enligt min mening, fastställas av respektive sjukvårdshuvudman. Det skäl som främst talar för att så sker är att kostnaderna inom den nuvarande primärvården varierar mellan olika

delar av landet. Detta gäller i hög grad jour- och lokalkostnaderna, men även lönenivåerna varierar. Detta framgår bl.a. av den rapport Sprinyligen publicerat Sprirapport 343, Ersättning till husläkare – Underlag för bedömningar och ställningstaganden, som tagits fram på uppdrag av Socialdepartementet som ett led i arbetet med att införa ett husläkar-system i Sverige.

När sjukvårdshuvudmännen skall fastställa den fasta, individrelaterade ersättningen måste flera faktorer beaktas och vägas samman. Dels måste nivån vara sådan att läkare finner det intressant, också ur ekonomisk synvinkel, att arbeta som husläkare, dels måste hänsyn tas till nuvarande kostnader för dessa insatser så att inte systemet medför stora kostnadsökningar i de områden där kostnaderna i dag är låga. Dessutom bör det finnas utrymme för lokala tillägg.

Det är ett välkänt faktum att vårdkonsumtionen varierar hos olika grupper av människor. Faktorer som bl.a. ålder, kön och socioekonomiska förhållanden, men också geografiskt avstånd till vården, påverkar sjukvårdskonsumtionen. Åldersfaktorn är den enskilda faktor som har störst påverkan både på antalet läkarbesök och på hur lång tid de enskilda besöken tar. Denna faktor bör därför alltid beaktas av sjukvårdshuvudmännen och ges olika vikt när den individrelaterade ersättningen beräknas. Motivet för detta mitt ställningstagande grundar sig bl.a. på det faktaunderlag om känd vårdkonsumtion hos olika befolkningsgrupper och i samband därmed kända kostnader, som Spriny presenterat i ovan nämnda rapport. Av detta framgår tydligt att det främst är åldersfaktorn som har betydelse för vårdkonsumtionen. Men det stämmer också överens med de överväganden flera sjukvårdshuvudmän själva gjort i samband med att man börjat tillämpa en behovsrelaterad fördelning av medlen till primärvården i olika delar av sjukvårdsområdet.

Ersättningsystemet måste utformas på ett sådant sätt att det finns starka incitament för husläkaren att också ha individer på sin lista som är i behov av omfattande stöd såväl medicinskt och psykologiskt som socialt eller att etablera sig även i de glest bebyggda delarna av landet. Det kan därför finnas skäl för huvudmännen att överväga olika typer av extra ersättningar för att kompensera speciella förhållanden. Dessa ersättningar kan dels betraktas ur ett kostnadsperspektiv, där mottagningar i vissa områden medför extra kostnader, dels ur ett incitamentsperspektiv där en extra ersättning kan vara en stimulans till läkaren att etablera sig. Sådana extra påslag ger också utrymme för husläkarna att ta ansvar för ett färre antal personer.

Ett annat alternativ är att ge mer specifika ersättningar, t.ex. extra ersättning för jouråtagandet i vissa områden där läkaren inte har möjlighet att samverka kring juren med så många andra läkare som jourersättningen avser, eller resekostnadsersättningar vid hembesök eller jourbesök där avstånden är långa.

Ersättningen i relation till husläkaråtaganden med samma innehållsmässiga utformning kan alltså komma att variera inom olika delar av sjukvårdsområdet. Det är dock av central betydelse att samma ersättning gäller inom området oavsett driftform.

Besöksersättningar bör täcka ca 20 – 30 % av de totala kostnaderna för en husläkarpraktik och bestå antingen av patientavgifter eller av en besöksersättning som betalas av huvudmannen. En kombination av dessa två kan också tänkas. Ersättningen per besök förväntas bl.a. stimulera bättre tillgänglighet. Sådana prestationsrelaterade ersättningar torde också öka husläkarnas benägenhet att själva utföra de åtgärder, inom ramen för hans kompetens, som patienten är i behov av.

Risken med att ge ersättning per besök ligger främst i att det kan bli kostnadsdrivande genom att patienter kallas till onödigt många återbesök eller att läkaren väljer att låta patienten komma på många korta besök i stället för att göra flera åtgärder vid ett besök. I Sverige, där patientavgifterna i allmänhet är relativt höga, torde dock risken för att läkaren kallar patienten till onödigt många besök för att tjäna pengar sannolikt vara mindre än i länder utan patientavgift. Patientens benägenhet att på eget initiativ söka läkare är förmodligen också mindre, åtminstone så länge inte gränsen för högkostnadsskyddet har nåtts.

I länder med lägre patientavgifter är antalet läkarbesök inom den öppna vården avsevärt högre. I t.ex. Tyskland, Frankrike och Nederländerna besöker medborgarna läkare nästan fyra gånger så ofta som i Sverige. Även om ett syfte med husläkarreformen är att förbättra befolkningens kontakt med vården torde det inte vara eftersträvansvärt att vi får en motsvarande besöksfrekvens som i de tidigare nämnda länderna. Detta inte minst med hänsyn till att det skulle kunna leda till utgiftsökningar i en sådan omfattning att andra viktiga vårdbehov blev eftersatta. Sjukvårdshuvudmännen bör därför sträva efter att utforma ersättningssystemet på sådant sätt att det inte ger husläkarna incitament att stimulera en för hög besöksfrekvens.

En möjlighet för landstingen att få kostnadskontroll också när det gäller besöksersättningarna skulle kunna vara att högstätta det totala belopp, som betalas ut i ersättningar per besök inom landstingsområdet under ett speciellt år. I det fall de sammanlagda ersättningarna för besök skulle överstiga det högststatta beloppet skulle ersättningen per besök anpassas så att de totala ersättningarna stämde överens med det budgeterade beloppet. Husläkarna inom respektive sjukvårdsområde skulle i ett sådant system få ett kollektivt ansvar att inte drastiskt öka antalet korta och kanske föga medicinskt motiverade besök i syfte att erhålla högre ersättning.

Husläkarverksamhetens samspel med den övriga hälso- och sjukvården

Ersättningssystemet för husläkarverksamheten kan inte ses isolerat utan måste betraktas ur ett helhetsperspektiv på hälso- och sjukvården. En effektiv hälso- och sjukvård med en god kostnadskontroll förutsätter att styrsystemen är sådana att den enskilde kan ges vård och omsorg på den vårdnivå som bäst kan svara mot hans behov.

I ett ersättningssystem där husläkaren inte har något ansvar för de

kostnader hans verksamhet genererar i andra delar av hälso- och sjukvården kan det finnas risk för att dessa tjänster, t.ex. laboratorieservice och röntgen, utnyttjas mer än vad som är medicinskt motiverat. Husläkaren kan också få en benägenhet att remittera patienter, som kräver stora insatser, till andra specialister även om det inte finns medicinska behov av detta. Är de sistnämndas ersättning dessutom baserad på en behandlingstaxa, torde de i sin tur ha starka motiv för att ta sig an dessa patienter. Sammantaget kan detta leda till att samhället lämnar dubbel ersättning för en behandling, dels till husläkaren genom den generella och fasta ersättningen per individ, dels till den andre specialisten genom behandlingstaxan, vilket innebär att de sammanlagda kostnaderna ökar. Detta talar för att husläkaren bör ersätta en del av de kostnader som uppstår i nästa led.

De argument som talar mot att husläkaren skall få betala en viss del av de kostnader som genereras i den övriga hälso- och sjukvården är framförallt risken för undervård. Husläkaren skulle kunna undvika att remittera eller låta utföra vissa laboratorie- eller röntgenundersökningar även om det vore medicinskt motiverat.

Sammantaget anser jag att de skäl som talar för att husläkaren skall betala för en viss del av de kostnader som hans verksamhet ger upphov till inom den övriga hälso- och sjukvården överväger. Risken för undervård torde i stor utsträckning kunna förebyggas genom en utvecklad kvalitetssäkring med krav på husläkaren att dokumentera sin verksamhet. Denna dokumentation skall ske på sådant sätt att den medger egen kvalitetssäkring, kollegial granskning, redovisning till sjukvårdshuvudmannen och kan utgöra underlag för tillsynsmyndighetens granskning.

Men – och det vill jag särskilt poängtera – det är inte bara ekonomiska faktorer som styr vårdens innehåll och läkarnas attityder och beteenden. De värderingar som råder i samhället har betydelse för mötet mellan patient och läkare. Även inriktningen av läkarutbildningen spelar en roll i detta sammanhang.

Spri har i den tidigare nämnda rapporten, Spirapport 343 Ersättning till husläkare – underlag för bedömningar och ställningstagande, mycket kortfattat berört möjligheterna att låta en viss del av kostnaderna för laboratorie- och röntgenverksamhet respektive remisser ingå i ersättningen till husläkaren. Jag har för avsikt att inom kort uppdra åt Spri att fördjupa analysen i dessa delar i syfte att få fram ett bättre underlag inför sjukvårdshuvudmannens beslut vad gäller ersättningssystemet. I detta sammanhang bör Spri även belysa husläkarnas roll som köpare av vård och omsorg och hur frågor kring patientens valfrihet samt vårdens pris och kvalitet kan värderas av de olika aktörerna.

Patientavgifter

Till skillnad från vad som gäller i vissa andra länder tillämpas i Sverige patientavgifter inom såväl den öppna som den slutna sjukvården. Som resultat av en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om ersättningar från sjukförsäkringen för år 1991 avskaffades syste-

met med statligt reglerade patientavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården. Motivet var att göra det möjligt för huvudmännen att på ett effektivare sätt kunna utnyttja hälso- och sjukvårdens organisation och resurser vid olika slags mottagningar eller åtgärdsgrupper.

Det finns enligt min mening ingen anledning att ändra detta förhållande i samband med en husläkarreform. Det faktum att sjukvårdshuvudmännen, enligt mitt förslag, inom givna ramar kan besluta om husläkaråtgärderna talar också för att det är dessa som skall bestämma nivån på patientavgifterna och om högre avgift skall tas ut vid t.ex. hembesök och på jourtid.

Internationella erfarenheter, bl.a. dokumenterade studier från OECD, visar att en höjning av patientavgifterna minskar efterfrågan på hälso- och sjukvård. Exempel på detta går att finna i t.ex. Nederländerna där de som betalar egenavgifter gör färre besök än de som inte betalar egenavgifter. Skillnaden i besöksfrekvens är ca 30 %. Avgifter har således en volympåverkande effekt. När avgifterna inom hälso- och sjukvården fastställs bör sjukvårdshuvudmännen därför göra en avvägning mellan hela befolkningens möjlighet att få tillgång till en god hälso- och sjukvård och en avgiftssättning, som innebär att besök, som inte kan anses medicinskt motiverade, i görligaste mån kan undvikas.

Jag vill i detta sammanhang också erinra om möjligheterna att använda patientavgifter som ett styrinstrument för att påverka vårdsoökandet genom att differentiera desamma. De är ett alternativ till det remisstväng som förekommer i de flesta länder där ett husläkarsystem tillämpas. Det är också min bestämda uppfattning att det bör finnas inslag i hälso- och sjukvården, som innebär att man styr befolkningen till rätt vårdnivå för att få kostnadseffektivitet i verksamheten.

När en person nått den nivå i högkostnadsskyddet, att han inte längre behöver betala patientavgiften, skall sjukvårdshuvudmannen – i de fall besöksersättningen är liktydig med patientavgiften – ersätta husläkaren med det belopp som motsvarar denna avgift.

Syftet med att variera patientavgifterna kan i princip ses ur två perspektiv. Det ena avser patientens besök till husläkaren. Så kan t.ex. sjukvårdshuvudmännen vilja stimulera befolkningen att i första hand besöka husläkaren på dagtid eller ordinarie mottagningstid, varför en högre avgift kan tillämpas på jourtid. Patientavgifter kan också användas som ett medel för sjukvårdshuvudmännen i deras strävanden att nå kostnadskontroll. Den 1 januari 1991 avskaffades den slutliga regleringen av avgifterna inom den öppna offentliga vården. Detta innebär att patientavgifter numera får tas ut med högst det belopp som landstinget fastställt. Men det finns inga hinder för en privat verksam läkare att i konkurrens syfte ta ut en lägre patientavgift än den som landstinget fastställt. Någon kompensation för den lägre patientavgiften från offentliga medel lämnas självfallet inte i sådana fall. Det är således möjligt att uppnå priskonkurrens mellan husläkarna inom ramen för gällande bestämmelser.

Det andra perspektivet är bredare och avser, som jag tidigare berört, befolkningens besök i hälso- och sjukvården i stort. I det fallet kan syftet vara att stimulera befolkningen att i första hand vända sig till sin

husläkare.

Huruvida patientavgifter skall användas som ett instrument för att i viss mån styra vård sökandet blir i samband med husläkarreformen alltså en fråga för respektive sjukvårdshuvudman att ta ställning till. Differentierade avgifter bör dock inte användas för att styra patienterna till någon särskild driftform (jfr prop. 1990/91:51 om vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m., s. 18). Om differentierade patientavgifter kommer att tillämpas, bör dock sjukvårdshuvudmännen också införa långremisser för de personer, som har behov av en närmare kontakt med och upprepade besök hos annan specialist än allmänläkarspecialist, t.ex. reumatologer och onkologer. Detta innebär att nämnda personer bör betala den avgift, som tillämpas för husläkaren, även för besök hos annan aktuell specialist. Enligt min mening talar behovet av kostnads kontroll inom hälso- och sjukvården för att avgiften för ett besök hos husläkaren är lägre än för ett direktbesök hos en annan specialist. I annat fall kan grundvalen för husläkarreformen raderas. I vissa fall kan det dock, enligt min bedömning, vara rimligt att avgiften hos specialisten i fråga är den samma som hos husläkaren. Jag tänker då närmast på besöken hos barnläkare, gynekologer och geriatriker. Detsamma kan även gälla för besök hos ögonläkare efter remiss från optiker. För den enskilde blir det i sådana fall inte dyrare att gå direkt till dessa specialister än till husläkaren. Det ankommer dock på sjukvårdshuvudmännen att besluta i dessa frågor.

Regeringen bemyndigade mig den 12 mars 1992 att tillkalla en kommitté med uppdrag att bl.a. utreda hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation (dir. 1992:30). I denna kommittés uppdrag ingår att analysera patientavgifternas roll inom hälso- och sjukvården utifrån i första hand tre olika perspektiv; avgifternas roll som finansieringskälla, avgifternas roll som styrinstrument och avgifternas fördelningspolitiska betydelse. Kommittén har även i uppdrag att behandla det s.k. högkostnadsskyddet.

Jag utgår från att kommittén i sina överväganden tar hänsyn till de förslag och överväganden jag har gjort i samband med att ett husläkarsystem införs och hur detta bör påverka t.ex. högkostnadsskyddets framtida utformning.

Ersättning för särskilda åtaganden

Vid det nationellt fastställda grundåtagandet är den fasta ersättningen per individ, för dem vilka respektive husläkare har ansvaret för, och ersättningen per besök i princip de enda ersättningsformerna inom ramen för husläkarverksamheten. Detsamma gäller om sjukvårdshuvudmannen för hela eller delar av sjukvårdsområdet beslutar om ett vidare åtagande inom de ramar lagstiftningen ger utrymme för. Självfallet skall ersättning också lämnas enligt samma principer oavsett driftform för husläkarverksamheten.

Den som önskar åta sig mer omfattande uppgifter som kan rymmas inom ett husläkaråtagande och som ger rätt till ytterligare ersättning får

teckna ett särskilt tilläggsavtal om detta med sjukvårdshuvudmannen. Jag tänker då närmast på de fall där sjukvårdshuvudmännen och de blivande husläkarna kan träffa överenskommelse om att låta t.ex. hela barnhälsovården eller mödrhälsovården ingå i husläkarverksamheten eller medverka vid hälsoupplysningsaktiviteter och epidemiologisk övervakning, om inte dessa sistnämnda uppgifter ingår i åtagandet. I dessa fall kan ersättningen för husläkarnas verksamhet användas för att styra verksamheten mot särskilda insatser, s.k. målrelaterad ersättning. En sådan ersättning diskuteras ofta som olika former av kvalitetsbonus, t.ex. i förhållande till vissa mål vad gäller förebyggande arbete, behandling eller remittering.

Den som i samråd med sjukvårdshuvudmannen åtar sig omfattande extrauppgifter bör ha möjlighet att t.ex. ha färre personer förtecknade hos sig. Det ankommer dock på respektive sjukvårdshuvudman och husläkare att träffa överenskommelse om detta.

En husläkarverksamhet kan även ha tilläggsåtaganden som betalas av en extern uppdragsgivare och inte av sjukvårdshuvudmannen. Detta kan t.ex. gälla företagshälsovård, skolhälsovård och vård vid flyktingförläggningar. Denna typ av uppdrag påverkar i princip inte ersättningssystemet. Däremot har de självfallet betydelse för den enskilde läkaren och hans bedömning av hur han vill ordna sin verksamhet.

Jag har tidigare nämnt att Spri på uppdrag av Socialdepartementet utarbetat en rapport, Sprirapport 343, Ersättning till husläkare, där bl.a. husläkarersättningen i andra länder och erfarenheter av olika ersättningssystem redovisas. Denna rapport har varit ett av underlagen för mina ställningstaganden vad gäller ersättningssystemets konstruktion och fördelningen mellan den fasta, individrelaterade ersättningen och ersättningen per besök. Det är min förhoppning att denna rapport också skall vara ett stöd för huvudmännen i deras arbete med att fastställa ersättningsnivåer m.m. I rapporten redovisas olika typer av underlag för att beräkna husläkaråtagande i Sverige i den mån det låter sig göras med hänsyn till den kostnadsredovisning som tillämpas. Vidare innehåller den uppgifter om dagens lönenivåer för läkare och vissa andra personalgrupper liksom omfattningen av olika tillägg och sociala förmåner som man måste ta hänsyn till när ett producentneutralt ersättningssystem skall konstrueras.

3.6 Etableringsformerna

3.6.1 Nuvarande etableringsformer och etableringsregler

Huvudparten av allmänläkarna är i dag offentligt anställda och arbetar inom ramen för landstingens primärvård. Enligt uppgift från Riksförsäkringsverket fanns det 334 läkare med specialistkompetens i allmänmedicin upptagna på försäkringskassornas förteckningar över privatpraktiserande läkare anslutna till den allmänna försäkringen år 1990. Dessutom fanns det ytterligare 209 läkare, som utöver specialistkom-

petens i allmänmedicin också har en annan specialistkompetens. Totalt fanns det ca 2 300 läkare på denna förteckning. En del av dessa är samtidigt anställda av sjukvårdshuvudmännen. Det finns också ett mindre antal privatpraktiserande allmänläkare som har tecknat s.k. vårdavtal med respektive sjukvårdshuvudman. I ett fåtal fall har hela primärvården i ett visst område överlåtits på en privat entreprenör, och i sex kommuner pågår sedan den 1 januari 1992 försöksverksamhet med kommunalt huvudmannansvar för primärvården.

Jämfört med andra specialiteter avbryter relativt sett många läkare specialistutbildningen i allmänmedicin respektive överger sin verksamhet som distriktsläkare. Bland de skäl som dessa läkare anger för att de lämnar allmänläkarbanan återkommer ofta att de upplever sig ha små möjligheter att påverka arbetets organisation och innehåll. Bl.a. för att attrahera och behålla fler läkare i allmänmedicin finns det därför starka skäl för att primärvården skall kunna ske i olika produktionsformer och att de läkare som uppfyller erforderliga kompetenskrav och vill etablera sig som egna företagare skall kunna göra det.

Riksdagen antog år 1974 nya ersättningsregler för läkarvård hos privatpraktiserande läkare att gälla fr.o.m. den 1 januari 1975. Reformen innebar att en privatpraktiserande läkare, som anmälde att han hade för avsikt att följa en av regeringen fastställd läkarvårdstaxa, fördes upp på en förteckning hos den allmänna försäkringskassa inom vars område han utövade sin verksamhet.

Patienten betalade en fast patientavgift för varje läkarbesök. Resterande del av läkarens arvode betalade försäkringskassan ut direkt till läkaren. Anslutningen till detta försäkringssystem var frivillig och avsåg i första hand läkare med en mer betydande vårdinsats.

För offentligt anställda läkare, som vid sidan av sin anställning drev en privat praktik (s.k. fritidspraktiker), gällde ursprungligen särskilda villkor för anslutning till försäkringen. Dessa villkor slopades emellertid år 1977, vilket resulterade i att antalet besök hos fritidspraktiker ökade kraftigt i början av 1980-talet.

I anslutning till att nya regler infördes fr.o.m. år 1985 för ersättningen från sjukförsäkringen till sjukvårdshuvudmännen, den s.k. Dagmaröverenskommelsen, ändrades även reglerna för anslutning av privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster till sjukförsäkringens ersättningssystem. Den då införda ordningen för anslutning gäller fortfarande med vissa mindre ändringar.

Huvudregeln innebär, att en privatpraktiserande läkare får anslutas till försäkringen om han åtar sig att följa läkartaxans regler och under förutsättning att sjukvårdshuvudmannen tillstyrker anslutningen.

En privatpraktiserande läkare som har för avsikt att arbeta heltid behöver dock inte ha sjukvårdshuvudmannens godkännande om han övertar en befintlig praktik från en läkare som är ansluten till försäkringskassan och om den övertagande läkaren tänker driva verksamheten med i huvudsak samma inriktning. Läkaren behöver heller inte sjukvårdshuvudmannens godkännande vid en etablering i stödområdena 1 eller 2 enligt förordningen (1990:642) om regionalpolitiskt företagsstöd eller i

vissa andra kommuner.

Vissa särskilda regler gäller vid övertagande av en befintlig praktik från en läkare som fyllt 65 år liksom vid olika former av vikariat.

En läkare som är anställd av en sjukvårdshuvudman får inte föras upp på förteckningen hos försäkringskassan om veckoarbetstiden hos sjukvårdshuvudmannen överstiger 17 timmar.

Läkarnas möjligheter att etablera sig privat med anslutning till försäkringskassan utan huvudmannens godkännande är alltså starkt begränsade. Enligt Riksförsäkringsverkets statistik för åren 1985 – 1988 etablerade sig totalt 139 privatläkare, varav 98 med s.k. nyetableringstaxa. År 1989 etablerade sig 111 läkare, varav 41 var nya etableringar och övriga ersättningsetableringar. De nyetablerade läkarna fördelade sig med undantag för Malmö kommun ganska jämt över landet.

En av de viktigare målsättningarna med det s.k. Dagmarsystemet var att få till stånd en jämnare fördelning av sjukvårdsresurserna över landet, inkl. de privata vårdgivarna. Inskränkningarna i den fria etableringsrätten i kombination med vissa stimulansåtgärder för läkarglesa områden syftade till att förmå fler privatpraktiker att söka sig till orter utanför storstadsregionerna. Målet att uppnå en mer jämlik fördelning av privatvården har emellertid inte uppnåtts. Riksrevisionsverket (RRV) redovisar i sin rapport Statsbidragen till sjukvården (Fu 1991:3) att den största ökningen av privatläkarbesöken skett i storstäderna, huvudsakligen som en följd av att antalet besök per läkare har ökat mer i de redan läkartäta områdena än i övriga delar av landet. Dessutom konstaterar RRV att sjukvårdshuvudmännens möjligheter att samordna den privata vården med den som bedrivs i egen regi inte har förbättrats nämnvärt genom Dagmarsystemet.

3.6.2 Internationell jämförelse

I Danmark, Nederländerna och England är husläkarna egna företagare som har ett fullständigt ansvar att driva sin verksamhet i enlighet med det kontrakt som upprättats med huvudmannen/finansiären.

Någon form av etableringskontroll finns dock i alla tre länderna. Motiven för denna anges vara dels att få en jämn geografisk spridning av läkarna och därmed kunna garantera befolkningen tillgång till läkare oavsett bostadsort, dels att hålla kostnaderna nere. Genom att en del av ersättningen är prestationsrelaterad, t.ex. kopplad till antal besök eller en viss behandling, antas läkartätheten i ett område påverka kostnaderna.

I Danmark och England finns centralt fastställda regler för vem som får etablera sig som husläkare och hur många läkare som får etablera sig i ett visst område. Om det inte finns tillräckligt med läkare i ett visst område förklaras området som "öppet" och en ny etablering tillåts.

Nederländerna införde en etableringskontroll år 1987, som innebar att den som ville etablera sig som husläkare måste ha tillstånd från de lokala myndigheterna. Denna formella etableringskontroll avskaffades dock vid ingången av år 1992. I realiteten finns det ändå en form av etable-

ringskontroll genom det avgörande inflytande som de lokala läkarorganisationerna har över etableringarna. Detta bl.a. genom det samarbete som den enskilde husläkaren måste ha med sina kollegor för att kunna klara sitt serviceåtagande i form av jourverksamhet m.m. En annan indirekt etableringskontroll finns genom att sjukkassor och privata försäkringsbolag själva bestämmer vilka läkare de vill upprätta kontrakt med.

Ett system med kontrakt mellan husläkaren och huvudmannen/finansieraren tillämpas i alla tre länderna. Visst utrymme finns för lokala tillägg m.m. i dessa avtal men i princip gäller att alla som vill arbeta som husläkare måste acceptera de villkor som stipuleras i det nationella kontraktet.

I England fastställs kontraktet av det ansvariga departementet. Det är mycket detaljerat. Målen för verksamheten anges liksom vilka rättigheter patienten har och vilka skyldigheter husläkarna har t.ex. vad gäller tillgänglighet. Det ställs krav på formaliserade verksamhetsredovisningar och arbete för att få till stånd en systematisk kvalitetssäkring. Vidare redovisas ersättningsreglerna. Kontrakten i Danmark är också mycket detaljerade och har ett liknande innehåll som de i England. Kontrakten i Nederländerna är däremot inte alls lika detaljerade.

Inom de ramar som kontraktet ger planerar och driver husläkaren, ensam eller i grupp, verksamheten som egen företagare. I detta ansvar ingår självfallet att planera arbetet, anställa personal, m.m. Rollen som egen företagare medför att husläkarna inte har reglerad arbetstid utan får arbeta den tid som krävs för att fullgöra kontraktets åtagande.

3.6.3 Husläkarnas etableringsrätt

Mitt förslag: De läkare som uppfyller de grundläggande kompetenskraven för husläkare skall ha rätt att etablera sig om de åtar sig de uppgifter, som följer av lagen om husläkare.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer med mitt förslag.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser är tveksamma till eller avvisar helt en fri etablering för husläkare enligt promemorians förslag. Det man främst vänder sig mot är att sjukvårdsmännen inte kan styra resurserna och att ett nationellt reglerat system för fri etablering innebär en alltför kraftig detaljstyrning av sjukvårdshuvudmännens finansiering och organisering av den öppna hälso- och sjukvården. Vissa menar också att systemet inte ger de effekter man strävar efter, t.ex. att fördela läkarresurserna över landet och göra verksamhet i öppenvård mera attraktiv, utan att effekterna kan bli de direkt motsatta. Vikten av producentneutralitet framhålls dock av flera remissinstanser.

Elva remissinstanser är uttalat positiva till fri etablering, åtminstone på sikt, därav fyra landsting. Även Svenska kommunförbundet har uttalat sig för fri etablering men anser att villkoren för en sådan skall avgöras av varje huvudman. Flera remissinstanser har vidare uttalat sig såväl för som emot fri etablering eller inte tagit tydlig ställning men framfört

svårigheter med och tveksamhet till fri etablering. Andra har förespråkat en central övergripande reglering i sammanhanget samtidigt som man framhållit behovet av stor lokal frihet.

Skälen för mitt förslag: Att själv ha möjlighet att påverka arbetets organisation och innehåll bidrar i stor utsträckning till arbetsglädje och motivation. Detta gäller såväl i stort som i smått. Flera internationella studier visar också att om en verksamhet utsätts för konkurrens – intern eller extern – ökar såväl produktivitet som effektivitet.

Enligt min mening är det mycket angeläget att husläkarsystemet inte låses till krav på en särskild driftform – varken i offentlig eller privat regi. Den enskilde läkaren skall ha möjlighet att välja om han eller hon vill arbeta som husläkare anställd av landstinget eller i vissa fall av kommunen, som anställd av ett bolag, inom ramen för ett personalkooperativ, som delägare i en gruppraktik eller som ensamföretagare. I förhållande till den befolkning respektive husläkare har ansvaret för, har han/hon dock samma åtagande oberoende av driftform. Valet av driftform kan bero på många skilda faktorer, bl.a. vilka förutsättningar de olika alternativen bedöms ha på den egna orten, i vilken utsträckning det finns möjlighet att välja anställning hos sjukvårdshuvudmannen och hur den enskilde värderar faktorer som t.ex. frihet respektive trygghet.

För att den enskilde läkaren skall ha en reell möjlighet att välja driftform måste åtagandets omfattning, ersättning m.m. ha som grundprincip att systemet skall vara producentneutralt. Kravet accentueras av att sjukvårdshuvudmännen både kommer att vara husläkarsystemets finansiärer och den dominerande producenten åtminstone i ett kortare tidsperspektiv. Jag återkommer till detta i det följande (avsnitt 3.6.4).

De läkare som dels uppfyller de grundläggande kompetenskraven för husläkare, dels är beredda att arbeta inom ramen för grundåtagandet eller det åtagande sjukvårdshuvudmannen fastställt inom de ramar lagstiftningen anger, skall ha rätt att etablera sig som husläkare. Sjukvårdshuvudmännen skall i dessa fall vara skyldiga att lämna ersättning, vilken skall vara densamma oavsett vilken driftform som gäller för husläkarverksamheten.

Som jag tidigare uttalat bör husläkarverksamheten vara läkarens huvudsakliga syssla. Detta bl.a. för att borga för en god tillgänglighet för medborgarna och för att en hög kvalitet skall kunna upprätthållas i verksamheten. Genom att husläkaren träffar relativt många patienter och därmed får en vidgad referensram underlättas diagnostik och behandling. Vidare stimuleras intresset av att följa utvecklingen inom området och delta i utbildning. Detta intresse kan förutsättas vara mindre om arbetet som husläkare endast är en mindre del av läkarens verksamhet.

Som följd av detta bör sjukvårdshuvudmannen inte vara skyldig att betala ut någon ersättning till den husläkare som inte efter 12 månader har minst 1 000 personer på sin lista. Men även om skyldigheten upphör försvinner inte möjligheten. Sjukvårdshuvudmannen och husläkaren kan således komma överens om att ersättning skall utgå även om färre än 1 000 personer är listade hos den aktuella husläkaren. Detta bör ske i undantagsfall och bara när det finns särskilda skäl, t.ex. när befolk-

ningsunderlaget är begränsat, när det är svårt att rekrytera en annan husläkare, när husläkaren har vissa andra åtaganden, t.ex. utredningsuppdrag, eller när de personer läkaren har ansvaret för har en större vårdtyngd än genomsnittsbefolkningen.

Inför en etablering är det naturligt att samråd sker med sjukvårdshuvudmannen eller i förekommande fall med en husläkarnämnd eller motsvarande, som jag anser att det vore till fördel om sjukvårdshuvudmännen beslutade att inrätta i samband med att husläkarsystemet införs. Jag återkommer senare till detta (avsnitt 4.3). Sjukvårdshuvudmannen har bl.a. genom sitt planeringsansvar god överblick över och kunskap om hur läkarförsörjningen ser ut inom olika delar av sjukvårdsområdet – kunskaper som den enskilde husläkaren behöver få del av när en etablering övervägs.

Även sjukvårdshuvudmannen har behov av att samråda med de husläkare som överväger att etablera sig inom området. Så kan t.ex. frågor om möjligheten att genom ett särskilt avtal träffa överenskommelse om mer omfattande insatser än gällande åtagande aktualiseras. Endast ett mycket begränsat antal etableringar kan förväntas ske utan samförstånd med sjukvårdshuvudmannen eller eventuell husläkarnämnd. Även i de fall dessa instanser bedömer att det inte finns behov av en husläkaretablering skall dock läkaren, som framgått ovan, ha rätt att etablera sig förutsatt att han uppfyller de grundläggande kompetenskraven och är beredd att arbeta enligt det fastställda åtagandet.

Jag vill i detta sammanhang också påpeka att sjukvårdshuvudmannen har skyldighet att lämna husläkarersättning under uppbyggnadsskedet oavsett hur många personer en husläkare har anslutna till sig under denna tid. Jag förutsätter dock att detta inte skall behöva ge upphov till problem i så måtto att många husläkare etablerar sig i attraktiva områden men där befolkningsunderlaget är otillräckligt. Det krävs omfattande investeringar i samband med inrättande av en husläkarverksamhet såväl vad gäller lokaler och utrustning som personal. Den enskilde läkaren torde därmed vara angelägen om att före en etablering göra en ordentlig "marknadsundersökning" och då bl.a. samråda med sjukvårdshuvudmannen.

En förutsättning för att den enskilde husläkaren skall kunna uppfylla de krav som ställs på verksamheten enligt grundåtagandet, t.ex. vad gäller jour, är att han samarbetar med andra husläkare. De flesta husläkare förutsätts därför välja att arbeta i grupp och då sannolikt ofta tillsammans med andra personalkategorier inom primärvården. För att en gruppraktik skall kunna klara jouråtagandet, semestrar, efterutbildning m.m. på egen hand krävs ca 7 – 10 läkare. Ett alternativ till gemensamma lokaler m.m. kommer att vara att mindre grupper av husläkare väljer att samarbeta.

Samarbete mellan flera husläkare som är verksamma inom ett visst område kommer att ge dessa läkare ett slags informellt inflytande över vem som kan etablera sig i detta område. Den enskilde husläkaren kommer sannolikt också att vilja samarbeta med andra läkare vars verksamhet är av hög kvalitet, då han dels är mån om de personer han har det

direkta ansvaret för, dels behöver andra läkares stöd för att lösa jourfrågan.

I 7 § HSL anges att landstingskommunen skall planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall även avse den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstingskommunen och kommunerna inom landstingskommunen. En motsvarande reglering vad gäller kommunernas ansvar återfinns i 20 §.

För att landstingen och berörda kommuner skall kunna fullgöra sitt planeringsansvar krävs, liksom i annan verksamhet, viss tid för att anpassa verksamheten till ändrade förutsättningar. Den läkare som vill etablera sig som husläkare skall därför anmäla detta till sjukvårdshuvudmannen senast sex månader innan verksamheten planeras att påbörjas. Efter en sådan anmälan skall ett samrådsförfarande mellan husläkaren och sjukvårdshuvudmannen ske. Vid anmälan skall läkaren i fråga även ange hur många invånare – efter de demografiska förutsättningarna som finns i området – han maximalt önskar ta ansvaret för. Denna anmälnings- och samråds skyldighet skall enligt min mening regleras i lag och därmed gälla i hela landet liksom att sjukvårdshuvudmannen skall underlättas minst sex månader innan en husläkare avser att upphöra med sin praktik.

En läkare skall inte kunna kombinera sin husläkarverksamhet med privat praktik som specialist i allmänmedicin med försäkringskasseanslutning. Läkaren skall heller inte kunna överlåta en sådan privatpraktik på någon annan. Däremot bör han kunna ha praktiken vilande under tid som han eventuellt är verksam som husläkare med anställning hos sjukvårdshuvudmannen. Detta för att kunna återgå till sin praktik med försäkringskasseanslutning efter ordinarie pensionsålder. Nuvarande etableringsregler bör i övrigt gälla för de allmänläkare som väljer att inte gå in i husläkarsystemet.

Övriga specialister som överväger att vara verksamma som husläkare på dispens skall enligt min mening inte kunna kombinera husläkarverksamheten med verksamhet som privatpraktiker med försäkringskasseanslutning. Han eller hon måste därför välja verksamhetsinriktning framförallt ur kvalitetssäkringssynpunkt. Dessutom skulle det kunna uppstå praktiska svårigheter genom att kombinera sådana verksamheter bl.a. vad gäller möjligheten att remittera, osäkerhet om patientavgifter och vissa svårigheter vid samhällets ersättning till läkaren.

3.6.4 Producent- och konkurrensneutralitet

Min bedömning: Producent- och konkurrensneutralitet är en central fråga i samband med husläkarreformen och av stor betydelse för att den skall kunna få avsedd effekt. Stor vikt bör därför läggas vid möjligheterna att följa utvecklingen härvidlag och bedöma om producent- och konkurrensneutraliteten respekteras.

Bedömningen i promemorian: Det är viktigt att producentneutraliteten upprätthålls. För att bedöma om så sker måste det vara möjligt att jämföra intäkter och kostnader mellan olika enheter oavsett i vems regi, offentlig eller privat, produktionen sker. Producentneutraliteten bör därför under en övergångsperiod följas upp av en partssammansatt delegation på nationell nivå till vilken ekonomisk expertis knyts.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig i frågan instämmer i att husläkarsystemet skall vara producentneutralt. Statskontoret menar dock att ett husläkarsystem enligt promemorians förslag inte kommer att kunna vara producentneutralt eftersom sjukvårdshuvudmännen också är finansärer. De flesta remissinstanser uttalar sig om producentneutraliteten i samband med synpunkter på den fria etableringen och inte någon har explicit uttalat sig i frågan om en partssammansatt delegation på nationell nivå för att följa upp denna fråga.

Skälen för min bedömning: Husläkarsystemet förutsätts vara producentneutralt, dvs. ingen driftform skall gynnas eller missgynnas. De olika producenterna bör teoretiskt sett ha samma åtagande, ersättningen för aktuellt åtagande skall vara lika oberoende av driftform och det bör inte finnas sådana skillnader på kostnadssidan, t.ex. till följd av skattelagstiftning m.m., som medför uppenbara konkurrensfördelar för en driftform i förhållande till en annan.

Ersättningen för en husläkarverksamhet skall till övervägande del utgöras av en fast ersättning per person för var och en av dem vilka en husläkare har ansvaret för. Jag vill i detta sammanhang markera att husläkarreformen således inte bygger på ett anbudsförfarande i fråga om gällande husläkaråtagande inom ett sjukvårdsområde. Ersättningsbeloppen skall vara desamma oavsett vem som utför tjänsten och beloppen skall i princip vara låsta genom de beslut som tas om nivåer i individersättningen och ersättningen per besök.

Jag vill också understryka att med ersättning avses betalning för ett åtagande som i sig medför olika typer av kostnader, oavsett driftform. En direktkoppling kan således inte göras mellan ersättningen och den enskilde husläkarens lön.

Den ersättning som sjukvårdshuvudmännen beslutar om skall gälla i förhållande till husläkaråtagandet skall alltså vara densamma och utges efter samma principer oavsett om produktionen sker i egen regi eller ej. För de sjukvårdshuvudmän som redan i dag arbetar med befolkningsbaserad budget och någon form av internkontrakt med de olika resultat-enheterna torde detta inte medföra några större svårigheter. Samma grunder får då tillämpas vid beräkning av intäkterna för verksamhet i egen regi som för motsvarande åtaganden som utförs i annan driftform. De landsting som inte har denna typ av styrning och budgetering torde behöva införa den för att alla husläkare skall få samma finansiella betingelser.

Vad gäller kostnadssidan kan det, till följd av redovisningsprinciper m.m., finnas vissa – om än relativt små – skillnader beroende på vilken driftform som väljs. Men detta är inget unikt för husläkarsystemet eller hälso- och sjukvården utan berör verksamhet i offentlig respektive privat

regi i stort.

Dessa frågor har bl.a. uppmärksammats av konkurrenskommittén i betänkandet (SOU 1991:26) Kommunala entreprenader – Vad är möjligt? och av Statskontoret bl.a. i rapporterna Den offentliga sektorns utmanare (1991:22) och Egen regi eller entreprenad (1991:8). Av Statskontorets rapporter drar jag slutsatsen att det inte finns något entydigt svar på vilken driftform som är den mest fördelaktiga. Statskontoret konstaterar också att de skillnader i beräkningsförutsättningar, som kan finnas mellan offentlig verksamhet i egen regi eller någon form av entreprenader för motsvarande verksamhet, t.ex. vad gäller vissa sociala avgifter, inte är sådana att de kan lösas av en enskild myndighet eller sektor utan de måste behandlas i ett större sammanhang. Flera utredningar som berör vilka eventuella hinder som kan finnas mot privatisering av viss offentlig verksamhet pågår för närvarande inom regeringskansliet. De skillnader som kan finnas på kostnadssidan för husläkare i offentlig respektive privat regi bör behandlas i dessa sammanhang.

Detta gäller bl.a. frågan om mervärdeskatt. Den 1 januari 1991 infördes den generella skatteplikten och reduceringsreglerna slopades. Dessa förändringar innebar att det ur mervärdeskattesynpunkt skulle bli mera gynnsamt för offentlig verksamhet att utföra tjänster i egen regi med hjälp av anställd personal jämfört med upphandling. För att motverka detta vad gäller skattepliktiga tjänster infördes samtidigt ett kompensationsystem, som för kommuner och landsting är utformad som en generell avdragsrätt inom mervärdeskattesystemet (18 a § ML). Den ekonomiska förstärkning som kommuner och landsting härigenom får återkrävs av staten inom ramen för den totala ekonomiska relationen mellan dessa och staten. Det finns dock inget direkt samband mellan det enskilda landstingets faktiskt avdragna mervärdeskatt och det belopp, som skall återläggas till staten. Den andel av den totalt avdragna ingående skatten, som det enskilda landstinget (eller kommunen) skall återlägga till staten, räknas ut med hänsyn till landstingets skattebärkraft.

När det gäller det skattepliktiga området skall därmed kompensationsystemet tillgodose kravet på producent- och konkurrensneutralitet. I fråga om de från skatteplikt undantagna tjänsterna skulle den generella avdragsrätten för kommuner och landsting dock i vissa avseenden innebära att kommunal verksamhet favoriserades. För att motverka detta infördes ett särskilt statsbidrag, som utgår med sex procent av kostnaden för upphandling, bidrag eller annan ersättning till näringsidkare. Statsbidraget skall alltså kompensera huvudmannen för den dolda mervärdeskattekostnad som ligger i priset för t.ex. en upphandlad sjukvårdstjänst. Den som säljer den skattefria tjänsten har inte avdragsrätt för ingående skatt. När sjukvårdshuvudmannen bedriver sjukvård i egen regi har kommunen däremot genom kompensationsystemet generell avdragsrätt för den ingående skatten. Både effekten av den generella avdragsrätten och de statsbidrag som kommuner och landsting erhåller skall dock ingå i den schablonmässiga återläggning som sker till staten.

Frågan om att åstadkomma producentneutralitet även vad gäller de från

skatteplikt undantagna tjänsterna har övervägts i utredningen om vissa mervärdesskattefrågor, som nyligen lagt fram sitt betänkande. Denna fråga kan därför förväntas vara löst innan en hushållsreform träder i kraft.

Även frågan om pensionsavsättningar måste lösas. Den pension en enskild person får vid sin pensionering består av tre delar. Två av dessa, folkpension och allmän tilläggspension (ATP) är lagstadgade förmåner, som försäkringskassan beräknar och fattar beslut om. Den tredje däremot, avtalspensionen, är en avtalsenlig förmån, som innebär att arbetsgivaren ger den anställde en utfästelse om pension. Enligt lagen (1967:531) om tryggnad av pensionsutfästelse m.m. (tryggandelagen) kan arbetsgivaren trygga pensionen för sina anställda genom särskild redovisning av pensionskuld eller avsättning av medel till pensionsstiftelse. Det vanligaste förfarings sättet hos en privat arbetsgivare är att teckna en försäkring. Kommuner och landsting tryggar dock i regel inte sina pensionsutfästelser genom försäkring eller avsättning, eftersom dessa utfästelser anses finansiellt säkerställda genom den kommunala beskattningsrätten.

När ett hushållssystem införs måste dock pensionsavsättningarna ske på likartade sätt oavsett driftform för att producentneutralitet skall uppnås. Man måste också finna vägar som innebär att en företagare inte drabbas av högre kostnader om han tar över personal från den kommunala sektorn jämfört med om tidigare privatanställd personal med värdesäkrad livränta/fribrev anställs. Dessa frågor har bl.a. redovisats och olika lösningar övervägts i en rapport (Ds 1992:108) Alternativa verksamhetsformer inom vård och omsorg. De närmare övervägandena i dessa frågor bör dock ske i samband med den allmänna prövningen av pensionsfrågorna, som för närvarande pågår, och syftar till ett generellt krav på värdesäkrade livräntor eller fribrev.

För att bedöma om producent- och konkurrensneutraliteten upprätthålls är det nödvändigt att kunna jämföra intäkter och kostnader mellan olika enheter oavsett i vems regi, offentlig eller privat, produktionen sker. Vissa grundläggande krav på överensstämmelse i redovisningssystemen bör därför ställas på de olika producenterna.

Det är i många avseenden oklart hur långt gällande konkurrenslagstiftning kan utnyttjas i hälso- och sjukvården. Vården innefattar produktion av tjänster och den är till viss del ekonomisk eller kommersiell verksamhet. Samtidigt styrs den av beslut som innefattar myndighetsutövning även om den faktiska vården inte har denna karaktär. Enbart det faktum att en sjukvårdshuvudman själv "producerar" vård kan dock inte anses konkurrensbegränsande. Enligt min mening är det dock angeläget att producent- och konkurrensneutraliteten följs upp i samband med hushållsreformen. Detta kan t.ex. ske genom någon partsneutral grupp med tillgång till ekonomisk expertis. Även Konkurrensverket har en funktion i detta sammanhang. Verket skall enligt sin instruktion (SFS 1992:820) bl.a. främja en effektiv konkurrens inom såväl privat som offentlig verksamhet samt analysera effekter på konkurrensen av nya och befintliga offentliga regleringar och vid behov föreslå ändringar.

Frågan om att på nationell nivå inrätta en partsneutral parlamentariskt sammansatt delegation för att följa upp bl.a. producentneutraliteten återkommer jag till i det följande (avsnitt 4.3).

3.6.5 Frågan om åldersgräns för husläkare

Min bedömning: Frågan om en eventuell åldersgräns för husläkare bör inte prövas innan remissinstansernas synpunkter på Specialisttaxeutredningens betänkande (SOU 1992:118) Taxa för vård hos specialistläkare har inhämtats.

Bedömningen i promemorian: Frågan om en eventuell åldersgräns för husläkare berördes inte i promemorian.

Remissinstanserna: Frågan om eventuell åldersgräns har i regel inte aktualiserats av remissinstanserna.

Skälen för min bedömning: Specialisttaxeutredningen har behandlat frågan om åldersgräns för de privatpraktiserande läkarna i sitt betänkande (SOU 1992:118) Taxa för vård hos specialistläkare. Utredaren anser att det finns skäl som talar för att en åldersgräns införs i läkarvårdstaxan. Detta skulle innebära att en läkare som fyllt 70 år inte längre skulle ha rätt att vara ansluten till försäkringen. Gränsen 70 år har valts med tanke på att det är den övre åldersgränsen i den rörliga pensionsålder som pensionsarbetsgruppen för närvarande överväger. De motiv som anförs för att tillämpa en åldersgräns är att läkarnas verksamhet är samhällsfinansierad och att gällande pensionsregler bör tillämpas på denna verksamhet. Utredningen menar dock att dess förslag bör samordnas med vad som kommer att gälla i ett husläkarsystem.

Att lämna sin yrkesverksamhet för att gå i pension är en rättighet. Men det är också en skyldighet för den som är anställd att gå i pension enligt de regler som gäller om arbetsgivaren så önskar. De som arbetar som egna företagare kan dock fortsätta sin yrkesverksamhet så länge de själva önskar och orkar.

För de läkare som i dag är anställda av sjukvårdshuvudmannen eller motsvarande gäller de pensionsbestämmelser som framgår av lagstiftning och gällande avtal. För de privat verksamma läkarna finns i gällande läkarvårdstaxa inte någon gräns för när läkaren av åldersskäl inte längre får vara ansluten till försäkringskassan. Däremot är de nuvarande arvoden i taxan uppdelade på två taxeersättningar, en normaltaxa och en särskild taxa. Den senare är något lägre än normaltaxan och gäller för anslutna läkare från och med det år då läkaren fyller 66 år.

När den särskilda taxan för pensionärer infördes i läkarvårdstaxan belastades inte de pensionerade läkarna av några kostnader för socialavgifter, vilket då motiverade den lägre ersättningen. Numera måste dock även de privat verksamma läkarna som uppnått pensionsåldern betala den särskilda löneskatten på 17,69 %, varför detta argument delvis urholkats. Bl.a. av detta skäl har Specialisttaxeutredningen föreslagit ett

Frågan om en eventuell åldersgräns bör enligt min mening inte prövas förrän remissynpunkterna på Specialisttaxeutredningens betänkande har inkommit till Socialdepartementet. Betänkandet remissbehandlas för närvarande och synpunkter skall ha inkommit senast den 8 mars 1993.

3.7 Husläkarna och omvärlden

Min bedömning: För att husläkarreformen skall få avsedd effekt, samtidigt som de positiva erfarenheter som hittills uppnåtts till följd av primärvårdens utveckling måste tas tillvara, är husläkarens samarbete och samspel med övrig hälso- och sjukvård samt andra service- och vårdgivare av vital betydelse. Genom att dels ställa krav på sådan samverkan i ett husläkaråtagande, dels lagreglera sjukvårdshuvudmännens sätt att bestämma vad som skall åligga husläkaren vad gäller bl.a. samverkan med andra aktörer inom vård- och rehabiliteringsområdena markeras denna betydelse. Möjligheterna att ta tillvara det som är bra och välfungerande inom dagens primärvård, inkl. samverkan med övriga personalgrupper inom densamma, garanteras genom att sjukvårdshuvudmännen själva beslutar om husläkaråtagandets omfattning.

Samverkan skall självfallet ske med hänsyn till gällande sekretess- och tystnadspliktsregler.

Bedömningen i promemorian: I promemorian framhålls primärvårdens betydelse för preventionsarbetet. Den nära och kontinuerliga kontakten mellan läkare, distriktssköterskor samt barn- och mödrahälsovård betonas liksom primärvårdens betydelse för att förmå människor att bryta invanda och ohälsosamma mönster. Preventionsarbetet kräver även samverkan med andra vårdområden och andra samhällssektorer, varför de samhällsmedicinska enheternas roll betonas.

Den hittillsvarande utvecklingen av primärvården har bl.a. byggt på ett s.k. områdesansvar. De fördelar som finns med ett sådant ansvar i det förebyggande och preventiva arbetet kan dock bibehållas även om den enskildes val av husläkare inte begränsas till ett visst geografiskt vård-sökande. Detta visar bl.a. erfarenheterna av det fria vårdsökandet inom primärvården, som innebär att den enskildes val av vårdcentral i princip inte begränsas.

Den statliga reglering som föreslås genom det begränsade grundåtagandet gör att det finns utrymme för sjukvårdshuvudmännen och berörda personalgrupper att utforma den övriga primärvården efter lokala behov och förutsättningar.

Remissinstanserna: Många remissinstanser är oroliga för att det nuvarande preventiva arbetet baserat på områdesansvar kommer att påverkas negativt. Några tror t.o.m. att det helt kommer att upphöra. En del anser å andra sidan att det individuella preventionsarbetet hos husläkaren

kan utvecklas i och med förslaget. Många betonar särskilt distriktsköterskans yrkesroll och menar att förslaget inte tillräckligt tydligt anger hur samverkan skall utvecklas med andra yrkesgrupper inom primärvården. Många anser vidare, att den nuvarande samverkan som finns inom primärvården kommer att försvåras genom förslaget. Några anser att barn- och mödrahälsovård liksom distriktsköterskeverksamhet skall ingå i husläkarsystemet medan andra förespråkar motsatsen.

Skälen för min bedömning: Hur det nuvarande preventiva arbetet baserat på ett områdesansvar kommer att påverkas av en husläkarreform är en av de två eller tre frågeställningar som remissinstanserna har behandlat mest ingående och där de flesta uttryckt stor oro. Under hela 1980-talet framhölls primärvårdens ansvar för ett definierat geografiskt område liksom arbetet i vårdlag. Under 1980-talet har vårdcentralerna också i allt högre grad infört en geografisk områdesindelning och börjat arbeta i vårdlag. År 1989 hade 52 % av vårdcentralerna en geografisk indelning och 39 % arbetade enligt vårdlagsprincipen. Motsvarande siffror år 1983 var 35 % respektive 15 %.

Trots den utveckling som skedde under 1980-talet kan jag konstatera att det i slutet av detta decennium ändå bara var drygt hälften av vårdcentralerna som hade infört en geografisk områdesindelning och knappt fyra av tio vårdcentraler arbetade enligt vårdlagsprincipen. Till detta kommer att Landstingsförbundet år 1989 gick ut med rekommendationer om ett friare vårdsökande, där den enskilde inte skulle vara bunden till ett visst geografiskt område i sina kontakter med hälso- och sjukvården – en rekommendation som numera alla sjukvårdshuvudmän anammat. I detta sammanhang kan jag också konstatera att när Landstingsförbundet gick ut med sina rekommendationer om ett friare vårdsökande ledde detta knappast till någon debatt om områdesansvaret, medan detta lyfts fram som en av de större frågorna i samband med husläkarreformen.

I vilken mån det fria vårdsökandet har påverkat vårdcentralernas verksamhet inom ett avgränsat geografiskt område är det ännu väl tidigt att uttala sig om. De hittillsvarande erfarenheterna tyder dock på att det fria vårdsökandet haft störst betydelse för vissa sjukhus. När det gäller besök på vårdcentralerna tycks människor vara mer benägna att söka hjälp nära bostaden. Att husläkarreformen skulle ha en större inverkan på människors beteende i detta avseende än möjligheterna att fritt välja vårdcentral finns det knappast någon anledning att vänta sig.

De förebyggande insatserna inom primärvården har ökat i omfattning under 1980-talet. År 1989 uppgav drygt 82 % av vårdcentralerna att man bedrev förebyggande verksamhet utöver barn- och mödrahälsovård. Ca 75 % ansåg att de hade viktiga riskgrupper att uppmärksamma i området och 30 % kartlade lokala hälsoproblem. Över 90 % bedrev dessutom riktad hälsouppllysning till olika patienter, speciellt diabetiker, rökare och överviktiga. Screeningverksamhet förekom vid drygt hälften och riktad hälsouppllysning till befolkningsgrupper vid en tredjedel av vårdcentralerna.

Vad jag nyss redovisat visar bl.a. under vilka olika förutsättningar det förebyggande och områdesbaserade arbetet inom primärvården bedrivs i

dag. Denna bild blir än mer mångfacetterad genom att olika organisatoriska lösningar finns för barnhälsovård respektive mödrhälsovård inom olika sjukvårdsområden. Att mot denna bakgrund finna ett centralt reglerat husläkaråtagande som skall passa alla sjukvårdshuvudmän oavsett hur de valt att organisera den öppna vården inom respektive område är knappast möjligt. Det är därför naturligt att sjukvårdshuvudmännen själva beslutar vilket åtagande som skall gälla i deras respektive sjukvårdsområde. På så sätt kan var och en av dem anpassa husläkarverksamheten efter de lokala behov och förutsättningar som finns i området, liksom att de kan värna om och vidareutveckla den samverkan som finns mellan olika yrkesgrupper.

Jag vill i detta sammanhang poängtera att husläkarreformen aldrig har syftat och syftar inte till att föreskriva för huvudmännen hur de skall organisera sin primärvård. Husläkarreformen har sin grund i att stimulera utbyggnaden av och därmed tillgängligheten till den öppna vården, att utveckla relationerna mellan patient och läkare, att öka människornas frihet att välja vilken vårdgivare man vill ha en fastare och mer långvarig kontakt med samt att skapa en sådan arbetssituation för specialister i allmänmedicin att de väljer att stanna kvar inom sin profession och att andra söker sig till denna. Jag vill ändå i det följande något utveckla tankarna kring husläkarens samspel med övrig hälso- och sjukvård och andra service- och vårdgivare. Detta sker dock med hänvisning till att förutsättningarna för sådana samverkansformer kommer att variera bl.a. till följd av de skillnader i husläkarnas åtaganden, som kan förekomma, beroende på de beslut respektive sjukvårdshuvudmännen kommer att fatta.

3.7.1 Samverkan för att förebygga ohälsa

Målet för hälso- och sjukvården är enligt HSL en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Den hälso- och sjukvård som erbjuds skall också vara förebyggande och planeringen av hälso- och sjukvården ske med utgångspunkt i befolkningens behov. Primärvården har under de senaste årtiondena fått en allt viktigare roll och utgör basen för detta arbete på den lokala nivån. Inom många sjukvårdsområden spelar primärvården en viktig roll vad gäller såväl förebyggande och behandlande som rehabiliterande insatser. Primärvården samverkar ofta framgångsrikt i en rad åtgärder utöver kontakten mellan patient och läkare, t.ex. med verksamheter inom kommunernas ansvarsområden såsom skola, hälso- skydd och olycksfallsförebyggande arbete och med företag och organisationer när det gäller alkoholprevention m.m.

Även när det gäller prevention som avser rent medicinska riskfaktorer som t.ex. högt blodtryck, rökvanor och olämpliga kostvanor har primärvården en viktig funktion, både vad gäller att ta upp dessa frågor med patienterna och genom att medverka i hälsoinformation och andra åtgärder som riktar sig till hela befolkningsgrupper. De små förändringarna hos många ger erfarenhetsmässigt de största hälsoeffekterna hos befolkningen. Det är därför angeläget att arbeta både med de grupper

som löper särskilt hög risk och hela befolkningsgrupper.

De internationella erfarenheterna på preventionsområdet visar entydigt att det är i den nära och kontinuerliga, personliga kontakten med t.ex. husläkaren, distriktssköterskan, barn- och mödrahälsovården liksom genom olika folkrörelser och organisationers personliga engagemang och aktiviteter, som människor förmår att bryta invanda och ohälsosamma mönster. Kampanjer och hälsoinformation kan inte ersätta denna basverksamhet men däremot fungera som stöd för sådan.

Ett effektivt förebyggande arbete kräver, förutom kunskaper om de relevanta hälsoproblemen och deras förekomst och fördelning bland befolkningen, såväl auktoritet som legitimitet. Detta innebär både rollen att förespråka och hävda preventionens betydelse på saklig grund och att ha människors förtroende att göra det. Många läkare men också annan personal inom hälso- och sjukvården känner stort engagemang i det förebyggande arbetet och har tagit omfattande egna initiativ inom området. Andra har av olika skäl inte haft samma intresse eller möjlighet att engagera sig i dessa frågor och har prioriterat andra uppgifter. Incitamentet för den enskilde läkaren och vårdpersonalen i övrigt att arbeta med preventionen har också varit mycket varierande.

Det husläkarsystem jag föreslår ger förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen att utforma det på sådant sätt att husläkaren och den lokala basorganisationen för hälso- och sjukvården även fortsättningsvis kommer att få en nyckelroll i det ovan beskrivna lokala preventionsarbetet. Men som jag tidigare nämnt kan olika lösningar komma ifråga alltefter de lokala behoven och förutsättningarna.

Husläkarens och den övriga personalens kunskaper och erfarenheter i sitt nära arbete med patienterna måste på olika sätt återföras till dem som på skilda områden har ett ansvar för hälsans grundläggande villkor. En viktig del av husläkarnas arbete blir således att utifrån sitt medicinska kunnande och sin personliga kännedom om sina patienter och deras hälsosituation medverka i det förebyggande arbetet. Detta bör, förutom sådant individuellt förebyggande arbete som naturligt ingår i patientkontakterna, också innefatta olika former av kunskaps- och erfarenhetsförmedling från husläkaren till olika aktörer inom preventionsområdet. Hit kan t.ex. höra att informera ansvariga om allvarliga åtgärdbara hälsoproblem och förhållanden i lokalsamhället som uppenbart är till skada för befolkningens hälsa samt att medverka till att människor får möjlighet att välja hälsosammare levnadsvanor.

I många fall kräver preventionsarbetet samverkan med vårdgrannar och andra intressenter. Här fyller sjukvårdshuvudmännens samhällsmedicinska enheter eller motsvarande funktioner en viktig roll, både som samordnare och som diskussionspartner och idégivare när det gäller insatser inom det förebyggande området. De samhällsmedicinska enheterna har också en viktig roll i att kontinuerligt förse beslutsfattare och lokalt verksamma med kvalificerat epidemiologiskt underlag om situationen när det gäller hälsa – ohälsa och välfärd – ofärd hos olika befolkningsgrupper och i geografiska områden.

3.7.2 Samverkan på primärvårdsnivå

Primärvården har, som jag tidigare nämnt, av tradition varit förankrad i ett områdesansvar. I HS 80, som styr utvecklingen sedan början av 1970-talet, var områdesansvaret mycket centralt. Det utgjorde också kärnan i i HS 90-programmet, där behovet av att kunna ta ett folkhälsoansvar, samla och analysera hälsodata om befolkningen och initiera förebyggande insatser betonades. Att samordna primära vårdgivare och behovsanpassa sjukvårdens utbud angavs som exempel på andra viktiga uppgifter.

I områdesansvaret ingår att följa utsatta gruppers behov av sjukvård och se till att dessa får vård på lika villkor. För detta behövs epidemiologisk analys och att sociala bakgrundsfaktorer kan identifieras.

År 1984 antog WHO ett hälsopolitiskt program, som ingår i strategin hälsa för alla år 2000. I programmet preciseras en rad delmål av vilka några har direkt betydelse för hur sjukvården bör utformas i ett befolkningsperspektiv. Bl.a. slås fast att ett hälso- och sjukvårdssystem bör vara baserat på en primär vårdnivå, som skall stödjas av en sekundär och tertiär vård. Dessa senare har således en kompletterande roll och skall tillgodose de diagnostiska och medicinska funktioner, som är alltför specialiserade för att kunna tas om hand på primärvårdsnivå och som dessutom ställer krav på koncentration av resurser.

De flesta förebyggande diagnostiska, terapeutiska och vårdande tjänster och aktiviteter skall, menar WHO, kunna tillhandahållas utanför sjukhus. Arbetet inom den primära vårdnivån skall vara baserat på samarbete och lagarbete mellan hälso- och sjukvårdspersonal och enskilda familjer. Det skall finnas instrument som gör det möjligt att tjänster, som ges av andra samhällssektorer och som hör samman med hälsa, samordnas på lokal nivå. Samhället har ansvar för att kvaliteten i vården utvecklas. Sammanfattningsvis kan konstateras att WHO:s mål är mycket långtgående men att de svenska strävandena att utveckla primärvården legat väl i linje med dessa.

Avgörande för en fortsatt positiv utveckling av den öppna vården på primärvårdsnivå är att samspelet mellan husläkaren och andra yrkesgrupper verksamma inom primärvården fungerar väl. Jag anser att de fördelar som finns med ett områdesansvar när det gäller det förebyggande och hälsobefrämjande arbetet kan bibehållas även om inte den enskildes val av husläkare begränsas till ett visst geografiskt område, vilket bl.a. hittillsvarande erfarenheter från det fria vårdsökandet tyder på. Genom husläkarreformen får läkaren ett tydligt ansvar för det sjukdomsförebyggande och hälsobefrämjande arbetet för ett visst antal namngivna personer. Större delen av befolkningen kommer också med stor sannolikhet att förteckna sig hos en husläkare nära hemmet. Närhet till husläkarmottagningen, möjligheten att få hembesök m.m. talar för detta liksom internationella erfarenheter. Även ur läkarens perspektiv bör det finnas stora fördelar med att huvuddelen av de personer som han har ansvaret för finns inom ett begränsat geografiskt område i anslutning till mottagningen. Hembesök blir lättare att genomföra, kunskapen om

patienternas närmiljö förbättras, kontakten med vårdgrannar underlättas osv.

Det är viktigt att den öppna vården på primärvårdsnivå får en ändamålsenlig organisation där skilda personalgrupper kan använda sin kunskap och kompetens så effektivt som möjligt. Bl.a. därför är det angeläget att husläkarreformen ger utrymme för sjukvårdshuvudmännen och berörda personalgrupper att utforma denna vård efter lokala behov och förutsättningar.

Oavsett vilken eller vilka organisationsformer som kommer att finnas lokalt är husläkarens samspel med övriga personalgrupper inom den nuvarande primärvården av stor betydelse. Detta gäller i särskilt hög grad vid vården och omhändertagandet av utsatta grupper. Mot denna bakgrund finns det skäl att i själva definitionen av en husläkarverksamhet ställa kravet på samverkan med bl.a. distriktssköterskor och personalen inom barna- och mödravård. Detta innebär att det är husläkarens ansvar att en sådan samverkan kommer till stånd när den enskildes behov påkallar detta, men också en skyldighet att medverka när sådan samverkan initieras av andra aktörer i vårdssystemet.

I detta sammanhang vill jag understryka de fördelar som finns med att husläkare och distriktssköterskor, oavsett vad husläkaråtagandet omfattar, har ett mycket nära samarbete. En effektiv samverkan innebär att husläkare och distriktssköterskor dagligen kan utbyta erfarenheter och förmedla information om enskilda personers hälsotillstånd. Den enskilde kan därmed få vård på rätt nivå. På detta sätt kan husläkare och distriktssköterskor tillsammans också få en bred kunskap om den enskildes sociala och medicinska situation. Genom att distriktssköterskan är utbildad i och har kunskap om preventivt arbete får också de personer, som husläkaren har ansvaret för, möjlighet att få del av kvalificerat förebyggande arbete. Den utveckling mot ett vårdteamsarbete som skett inom primärvården – och på sina håll kommit mycket långt – anses ha haft positiva effekter för såväl patienter som berörda personalgrupper och är något som man strävar efter att åstadkomma i flera andra länder.

De flesta vårdcentraler inom dagens primärvård har tre – fyra läkare anställda. Vare sig de tidigare s.k. enläkarstationerna eller de mycket stora vårdcentralerna med mellan 10 – 15 läkare betraktas numera som lyckade organisationsformer. Jag vill dock peka på flera fördelar med att ett mindre antal läkare arbetar tillsammans i någon form av gruppraktik. Förutom att samarbetat kring jourverksamhet, avbytarsystem vid semester och andra ledigheter underlättas är det för de flesta positivt att arbeta i en kollegial grupp, som också stimulerar verksamhetsutvecklingen och kvaliteten i det medicinska handlandet. Erfarenheterna från Nederländerna, Danmark och England visar också en tydlig utveckling mot gruppraktiker av olika slag. I Nederländerna finns dock fortfarande många ensampraktiker. Andelen sådana praktiker i England, där utvecklingen gått snabbare, uppgick dock endast till 12 % år 1990, medan 15 % arbetade i tvåläkarpraktiker och 73 % i praktik eller hälsocentral med tre eller flera läkare.

Inrättandet av ett husläkarsystem syftar främst till att förbättra tillgängligheten, kontinuiteten och närheten för befolkningen till läkarkontakter samt till att öka flexibiliteten och effektiviteten i nuvarande system. Det innebär också att den enskilde får en fast replipunkt i vårdsystemet som helhet. Husläkaren kommer att kunna fungera som "lots", för de personer som han eller hon åtagit sig att ha ett husläkaransvar för, till andra vårdinstanser och vårdnivåer inom hälso- och sjukvården. Det många gånger onödiga och påfrestande sökandet, som i dag inte är alltför ovanligt, torde därmed kunna undvikas. Den enskildes möjligheter att snabbt få rätt hjälp genom den ökade tillgängligheten och kontinuiteten kommer sannolikt att minska efterfrågan på insatser från länssjukvården. En successiv omfördelning av resurser från denna till den öppna vården på primärvårdsnivå blir därmed inte bara nödvändig utan också naturlig.

Att vara husläkare innebär alltså att läkaren känner och tar ett större och mer personligt ansvar för de personer som finns anslutna till honom än vad som är vanligt i dag. Det är en tydlig markering att husläkaren skall vara patientens vårdgivare, rådgivare och stöd. Men det innebär också att ett nytt beteendemönster behöver introduceras både hos de vård sökande och läkarna när det gäller var och på vilket sätt man söker vård.

I flera länder med husläkarsystem krävs remiss från husläkaren för besök hos annan specialist i öppen vård eller tillgång till sjukhusvård utom vid livshotande situationer. Ett generellt remisskrav för besök hos annan läkare än husläkaren skulle dock innebära en avsevärd förändring jämfört med nuvarande svenska system, då det inte finns något nationellt beslut om remiss tvång. Sjukvårdshuvudmännen har i regel inte heller något formellt krav på remiss från allmänläkare, men i praktiken har prioritering och kösituationen inom den övriga specialistvården inneburit att ett remissförvarande tillämpats i ganska stor utsträckning. Det är också naturligt att ett system för prioritering och medicinsk kommunikation växer fram i en sjukvårdsorganisation för att man skall kunna bedriva vård med hög effektivitet och kvalitet, bl.a. för att svårt sjuka personer snabbt skall kunna få adekvat vård. Remissen är i detta sammanhang ett instrument för främst läkarna att föra patienten till rätt specialist och rätt vårdnivå. Även i samband med en husläkarreform kommer remissen i detta avseende att vara ett viktigt instrument.

Ur samhällsekonomisk synpunkt måste det enligt min mening finnas någon möjlighet att styra efterfrågan för att de samlade resurserna inom hälso- och sjukvården skall kunna utnyttjas effektivt. Flera undersökningar visar att differentierade patientavgifter har en sådan styrande effekt. Jag har också den uppfattningen att differentierade patientavgifter för att styra efterfrågan är att föredra framför ett remiss tvång, då det stämmer bättre överens med det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Det blir dock varje sjukvårdshuvudmans sak att avgöra vilka patientavgifter man skall ha och i vilken mån man vill använda dessa som ett styrinstrument för vårdkonsumtionen.

Vissa människor med kroniska sjukdomar behöver en mer regelbunden och över tiden långvarig kontakt med andra specialister än allmänläkare/husläkare. Det gäller t.ex. reumatiker, njursjuka personer i behov av regelbundna dialysbehandlingar och personer med kroniska neurologiska sjukdomar. Jag har tidigare nämnt att detta skulle kunna lösas på så sätt att dessa personer av sin husläkare kan få en s.k. långremiss till en annan specialist för sin kroniska sjukdom. På motsvarande sätt skulle barns behov av en mer regelbunden kontakt med barnläkare, kvinnors kontakter med gynekolog och äldres människors kontakter med geriatriker kunna lösas. I de senare fallen kan man överväga om inte husläkaren skall avstå en del av den fasta individrelaterade ersättningen till specialisten, då merparten av de aktuella undersökningarna och behandlingarna normalt torde ingå i husläkaråtagandet. Detta blir dock frågor som respektive sjukvårdshuvudman har att närmare överväga och bedöma.

Ur den enskilde patientens synpunkt är det viktigt att kommunikationen mellan husläkaren och specialister vid sjukhusen fungerar på ett bra sätt. En patient, som skrivs ut från sjukhus, är oftast inte helt återställd. Om sjukhusen skall kunna utnyttja sin fulla kapacitet innebär det att patienten skrivs ut så snart som en effektiv hemsjukvård eller annan form av öppenvård kan ta över ansvaret för patientens vård. Det är därför viktigt att sjukhusläkarna låter husläkaren följa vad som hänt hans patient under sjukhusvistelsen och förser husläkaren med relevant information om slutenvårdsepisoden, vilka läkemedel eller vilken behandling som ordinerats m.m. På motsvarande sätt bör en kommunikation mellan husläkarna och andra specialister inom den öppna vården etableras.

3.7.4 Husläkarna och företagshälsovården

Företagshälsovården har vuxit fram på initiativ av parterna på arbetsmarknaden. Avtal har träffats såväl inom den privata som inom den offentliga sektorn.

Den 1 januari 1986 infördes ett nytt verksamhetsneutralt bidrag till anordnare av företagshälsovård, kopplat till antalet anställda i det anslutna företaget. Tidigare hade bidraget varit grundat på omfattningen av den sjukvårdande verksamheten inom företagshälsovården. Det generella bidraget till företagshälsovården upphörde fr.o.m den 1 januari 1993.

I april 1992 bemyndigade regeringen chefen för Arbetsmarknadsdepartementet att tillkalla en särskild utredare med uppgift att analysera vilka eventuella konsekvenser avvecklingen av det generella bidraget kunde komma att få för dels anslutningen till företagshälsovården dels verksamhetens inriktning. Utredningen överlämnade sitt slutbetänkande (SOU 1992:103) FHU 92 i oktober 1992. Betänkandet har remissbehandlats. En proposition till riksdagen i frågan kan komma att lämnas under år 1993.

Företagshälsovårdens huvuduppgift är att arbeta med det förebyggande arbetsmiljöarbetet med tonvikt på grupp- och organisationsinriktade insatser. Den skall aktivt delta i företagets och förvaltningarnas förändringsarbete och utifrån ett helhetsperspektiv på arbetsmiljön bistå med

synpunkter och råd.

Genom sin nära koppling till arbetsplatsen har företagshälsovården också en nyckelroll i rehabiliteringsarbetet på arbetsplatserna, som expert på hur arbete och arbetsförhållanden kan anpassas till individens förutsättningar och behov. Det finns också ett nära samband mellan rehabiliteringsinsatser för den enskilde och arbetsmiljöinriktade åtgärder. Arbetsgivaren har numera också ett förstahandsansvar för den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Detta ökar arbetsgivarens behov av hjälp från utomstående expertis. Detta gäller inte minst de små företagen som ofta saknar egna resurser för de insatser som lagstiftningen kräver. Arbetsgivarens vidgade ansvar skärper samtidigt anspråken på företagshälsovården i dess roll dels som expertresurs i arbetet med att skapa en väl fungerande arbetsmiljö, såväl fysiskt som psykiskt, dels i arbetet med rehabilitering av den enskilde. De anställdas förväntan på företagshälsovården att tillhandahålla sjukvård är dock alltså relativt stort. Införandet av sjuklön har i vissa fall accentuerat dessa önskemål också från arbetsgivarnas sida.

De erfarenheter och kunskaper en företagsläkare har från denna sin verksamhet kan vara en stor tillgång i en husläkarverksamhet för den yrkesverksamma befolkningen. Det skall därför finnas möjligheter för en enskild läkare att kombinera dessa olika funktioner genom att t.ex. vara verksam dels som husläkare, dels som företagsläkare. Det finns heller inga formella hinder för att detta skall kunna ske om läkaren i fråga uppfyller de kompetenskrav och övriga villkor som ställs på en husläkare. I de fall företagsläkaren inte har specialistkompetens i allmänmedicin kan han söka dispens för verksamhet som husläkare på motsvarande sätt som övriga specialister. Därvid bör avgörande vikt fästas vid om företagsläkaren genom tidigare erfarenheter förvärvat reell kompetens som svarar mot kraven på en husläkare.

I vilken utsträckning en läkare, som kombinerar dessa verksamheter, kommer att vara husläkare för dem eller vissa av dem som arbetar vid det företag han är verksam som företagsläkare är dock helt avhängigt om den enskilde väljer honom som sin husläkare. En kombination av dessa båda läkarfunktioner innebär alltså inte någon inskränkning av den enskildes valfrihet – snarare ökar den enskildes valmöjligheter.

Husläkarsystemet skall bl.a. bidra till ökad tillgänglighet, bättre kontinuitet och underlätta en helhetssyn. Företagshälsovården är med sin inriktning väl förtrogen med arbetsmiljön och har goda förutsättningar att medverka vid den arbetsplatsinriktade rehabiliteringen. Det är viktigt att former för kommunikation och samverkan mellan husläkaren och företagshälsovårdens representanter utvecklas. Företagshälsovårdens behov av kontakter med sjukvården i det enskilda fallet torde komma att underlättas när den enskilde har en fast replipunkt i hälso- och sjukvården.

3.7.5 Samspelet med försäkringskassan

Rehabilitering är ett samlingsbegrepp för alla åtgärder av medicinsk, psykologisk, social och arbetslivsinriktad art som skall hjälpa sjuka och skadade personer att återvinna bästa möjliga funktionsförmåga och förutsättningar för ett normalt liv. Rehabilitering har därför både ett medicinskt och ett socialt mål. Utmärkande är att åtgärderna medvetet inriktas på att kombinera och tidsmässigt samordna dessa mål. Insatserna inom de olika delområdena överlappar varandra och alla delar måste fungera och samverka för en integrerad helhet och ett gott resultat.

Försäkringskassan har ett övergripande samordningsansvar för samhällets rehabiliteringsverksamhet. Detta ansvar omfattar en skyldighet att organisera ett effektivt samarbete mellan olika myndigheter och organ med uppgifter inom detta område. Det gäller t.ex. hälso- och sjukvård, länsarbetsnämnd, kommuner, yrkesinspektion och arbetsmarknadens parter. Försäkringskassan har också ansvaret för att det finns samverkansgrupper inom rehabiliteringsområdet såväl på regional som lokal nivå. Dessa grupper är naturliga fora för de skilda aktörerna att samordna sina insatser, prioritera och komma överens om hur samarbetet i praktiken skall ske tillsammans med dem som berörs av rehabiliteringen. Försäkringskassan har också ansvaret för att följa upp och utvärdera hur rehabiliteringsverksamheten i stort fungerar inom kassans geografiska område och ta de initiativ som behövs.

Försäkringskassan har vidare ansvaret för att se till att rehabiliteringsåtgärder kommer i gång när det behövs i det enskilda fallet. En rehabiliteringsplan skall fastställas i samråd med den enskilde och beslut om rehabiliteringsersättning fattas. Planens syfte är främst att se till att den enskilde får den rehabilitering som är nödvändig för att han skall kunna återgå i arbete. Av planen skall målet för rehabiliteringen framgå, vilka åtgärder som behövs, vem som ansvarar för respektive åtgärd, när åtgärderna skall genomföras och hur de skall finansieras.

Ett väl fungerande samarbete med bl.a. sjukvårdshuvudmannen vid den övergripande planeringen och ett nära samarbete med den behandlande läkaren i det enskilda fallet är alltså viktiga förutsättningar för ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete. Såsom jag tidigare nämnt förväntas införandet av ett husläkarsystem underlätta samarbetet med den ansvarige läkaren då den enskilde genom ett sådant system får en fast replipunkt i hälso- och sjukvården. Såväl försäkringskassan som företagshälsovården kan genom den enskilde få uppgift om vilken husläkare denne har sin anknytning till. För den enskilde är det också viktigt att hans läkare utifrån sina medicinska sakkunskaper stödjer de åtgärder som planeras. Genom den helhetssyn husläkaren har på sin patient vad gäller livssituation, personlighet och arbetsuppgifter kan han sätta patientens medicinska begränsningar i relation till hans arbete och därmed också sjukskriva på ett adekvat och nyanserat sätt. Husläkaren bör därmed ha bred kompetens för att snabbt kunna ställa diagnos, bedöma om det finns behov av specialistvård på sjukhus (motsvarande) och för att kunna urskilja de problem av psykisk, social och arbetsrelaterad art som försvårar en

återgång till arbetet.

Jag vill också framhålla att även andra yrkesgrupper inom den nuvarande primärvården kan behöva engageras för ett effektivt rehabiliteringsarbete. Det gäller bl.a. distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer. Försäkringskassan har visserligen det övergripande samordningsansvaret för rehabiliteringsinsatserna men det faller på husläkarens ansvar att se till att även dessa yrkesgruppers kompetens och insatser tas till vara när dessa behov inte kan tillgodoses inom företagshälsovårdens ram. Försäkringskassans övergripande rehabiliteringsansvar torde underlättas av att den enskilde har en fast läkarkontakt genom sin husläkare.

3.7.6 Samverkan med kommunernas socialtjänst m.m.

För personer som står utanför arbetsmarknaden, såsom barn, äldre personer och förtidspensionärer är behovet av en fast och över tiden långvarig läkarkontakt i flera avseenden mer uttalat än för den yrkesverkamma delen av befolkningen. Bl.a. deras större vårdbehov talar för detta.

Huvudmännens ansvarsområden regleras i huvuddrag i lagstiftningen. Socialtjänstlagen (1980:620) föreskriver att varje kommun har ansvar för socialtjänsten inom sitt område. Socialnämnden eller dess motsvarighet 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. Det gäller alla människor oberoende av behovens orsak och omfattning. I socialtjänstlagen anges också att kommunerna 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.

En av primärvårdens mest omfattande uppgifter har varit att ge äldre människor vård vid såväl akuta som långvariga sjukdomstillstånd. Med primärvårdens utbyggnad under 1970- och 1980-talen skapades förutsättningar för att utveckla sjukvården i hemmet. Men detta innebar också att behovet av samverkan med kommunernas socialtjänst främst när det gällde stödet till äldre accentuerades. Flera centrala initiativ togs från myndigheter och organisationer för att initiera och stimulera samverkan och samordning inom äldreomsorgen. Det omfattande utvecklings- och utredningsarbetet under dessa årtionden ledde bl.a. fram till att riksdagen i december 1990 beslutade 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, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97). Beslutet innebär att kommunerna numera har ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre och handikappade. Kommunernas skyldighet i fråga om särskilda boendeformer för service och vård till äldre samt bostäder med särskild service för handikappade har klargjorts, och kommunerna har skyldighet att erbjuda viss hälso- och sjukvård vid de sjukhem och motsvarande som kommunerna tagit över från landstingen

liksom vid övriga särskilda boendeformer för service och omvårdnad och kommunala dagverksamheter. Kommunerna har även getts befogenhet att erbjuda hemsjukvård i ordinärt boende. Landstingets ansvar för läkarinsatser kan dock, enligt detta riksdagsbeslut, inte överlätas till kommunerna.

De förändringar som denna s.k. Ädel-reform haft för primärvården är omfattande. Den slutna primärvården har i det närmaste i sin helhet övergått till kommunerna och distriktssköterskornas arbetsituation har förändrats. Syftet har varit att skapa klara ansvarsförhållanden och ändamålsenliga förutsättningar för att utveckla samhällsinsatserna efter de målsättningar som riksdagen lagt fast i fråga om äldreomsorgen m.m. Det är dock fortfarande angeläget att den öppna hälso- och sjukvården på primärvårdsnivå och socialtjänsten samverkar och samarbetar. Husläkarreformen innebär ingen förändring i detta avseende. Däremot förväntas en förändring ske vad gäller läkarinsatserna i de särskilda boendeformerna. Varje person som bor i en sådan boendeform kan fritt välja sin egen husläkare. Det bör dock finnas möjlighet för berörda huvudmän att genom särskild överenskommelse knyta en särskild husläkare till en eller flera särskilda boendeformer med ansvar för dem som bor där. Det ankommer därvid på huvudmännen att komma överens om hur sådana insatser bör organiseras.

Husläkarens personliga ansvar för personer som valt honom till sin husläkare innebär en naturlig plattform för samverkan med kommunernas socialtjänst. Detta torde vara en fördel inte minst när det gäller vården av missbrukare och andra utsatta grupper, t.ex. psykiskt störda personer. Socialtjänstens representanter har ofta klagat på bristande stöd från hälso- och sjukvården i servicen och vården till dessa grupper. När sektorsreformen inom psykiatrien introducerades i början av 1980-talet var målsättningarna flera; socialpsykiatriskt arbete, integration av öppen och slutenvård, lättillgänglighet och indirekt prevention. Reformen har i realiteten kommit att utformas främst för den grupp patienter som i perioder behöver slutenvård, t.ex. personer med psykosjukdomar, gravare affektiva sjukdomar och vissa personlighetsstörningar. Mindre uppmärksamhet har ägnats t.ex. personer med kortvariga insufficiensstillstånd, krisreaktioner, ångestsyndrom, begränsade affektiva störningar och vissa personlighetsstörningar. För dessa patientgrupper torde en fast relation till en husläkare ha stor betydelse och utgöra ett värdefullt stöd genom det personliga ansvar denne har för sin befolkning. Förutom att husläkaren kan stödja dessa personer i deras kontakter med sjukvårdssystemet i övrigt är samverkan med socialtjänsten av avgörande betydelse. Det är angeläget att de medicinska och sociala insatserna samverkar för att ge dessa personer det stöd de behöver för sin rehabilitering.

I dag är det kommunernas uppgift att svara för skolhälsovården. I denna ingår tillgång till skolsköterska, psykolog, kurator och allmänläkare. Till skolhälsovårdens uppgifter hör förebyggande verksamhet av olika slag såsom vaccination, information och rådgivning i bl.a. sexual- och samlevnadsfrågor, påverkan av skolans arbetsmiljö, hälsoundersökningar och integrering av elever med handikapp m.m. Även enkla sjuk-

vårdsinsatser utförs inom skolhälsovården.

Den nuvarande skolhälsovården bärs i stor utsträckning upp av skol-sköterskorna. År 1990 fanns det nästan 1 500 budgeterade heltidstjänster för skolsköterskor, vilket innebar 810 elever per heltidstjänst. Skol-sköterskor finns också i alla kommuner och skolläkare i nästan alla kommuner. Antalet heltidstjänster för skolläkare har dock minskat sedan mitten av 1980-talet och uppgick år 1990 till 146. Detta innebär över 8 000 elever per heltidstjänst och i relation till elevantalet har neddragningen varit kraftig. Antalet budgeterade heltidstjänster för skolpsykologer och skolkuratorer uppgick år 1990 till 517 respektive 807. I ett drygt trettiotal kommuner fanns dessa yrkesgrupper inte representerade. Bristen var störst i de nordligaste länen och förutom att vissa kommuner helt saknar tjänster för dessa yrkesgrupper förekommer många vakanser, 19 % av psykologtjänsterna och 5 % av kuratorstjänsterna stod t.ex. vakanta år 1990.

I ett system där i det närmaste alla medborgare, inkl. skolbarn och skolungdomar, är förtecknade hos en husläkare kan man förvänta sig att detta får effekter också för skolhälsovårdens framtida utformning. Redan nu pågår en omfördelning inom elevvårdspersonalen där läkartjänsterna minskar och övriga yrkesgrupper ökar. I grundskolan sker läkarundersökning och bedömning av allmäntillstånd och kontroll av hjärta, cirkulation och testiklar i årskurs 1 och i gymnasieskolan framförallt vid de yrkesinriktade linjerna. Dessa läkarundersökningar i förebyggande syfte skulle lika väl kunna utföras av respektive elevs husläkare. Eventuella behov av ytterligare läkarinsatser skulle kunna initieras av skol-sköterskan eller övrig elevvårdspersonal.

3.7.7 Samverkan med samhällsmedicinska enheter och funktioner

Jag förväntar mig att husläkarreformen skall innebära en rad fördelar för de enskilda människorna i form av ökad valfrihet, kontinuitet och trygghet samtidigt som bättre lokalt anpassade organisatoriska lösningar kan uppnås. För att komplettera husläkarsystemet och möjliggöra denna ökade lokala flexibilitet är det önskvärt att den samhällsmedicinska kompetensen och resurserna förstärks i likhet med vad som sker i England. Denna kompetens behövs inte bara för medicinsk medverkan i det förebyggande arbetet på kommun- och organisationsnivå utan också som kompetens för sjukvårdshuvudmännens kvalitetssäkring av befolkningens hälsa och vård. Kvalitetssäkring på primärvårdsnivå omfattar således både enskilda vårdinsatsers kvalitet och uppföljning av förebyggande, behandlande och rehabiliterande insatserns kvalitet och effekt på befolkningsnivå.

För det epidemiologiska uppföljningsarbetet, som skall ligga till grund för en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård krävs i flertalet fall medverkan från en husläkare. Det kan t.ex. gälla uppgifter om förekomst av vissa sjukdomar eller besvär. Hos många huvudmän registreras t.ex. olycksfall för att utgöra ett underlag för det förebyggande arbetet i både kommuner och landsting m. fl. Det är viktigt att sådana uppgif-

3.7.8 Husläkarverksamheten vid katastrofer och i krig

Den lagstiftning som gäller hälso- och sjukvården i fred är grunden också för hälso- och sjukvården i krig. Detta innebär att ansvaret för en viss verksamhet i fredstid följs av ett ansvar för att förbereda, genomföra och leda samma verksamhet i krig. Enligt hälso- och sjukvårdslagen åligger det sjukvårdshuvudmännen att redan i fred planera för och vidta de olika åtgärder som behövs för att de skall kunna bedriva sin verksamhet även under kriser och i krig.

Under senare år har sjukvårdshuvudmännens katastrofberedskap i fredstid vidgats till att omfatta även primärvården. I en stor del av landets primärvårdsområden har också en god primärvårdsbaserad katastrofberedskap byggts upp. Det är angeläget att denna beredskap inte försämras.

Primärvården utgör en viktig del av sjukvårdsresurserna i krig. Akutsjukvården kommer då att reserveras för krigsskadade patienter och för dem som nödvändigtvis behöver akutsjukhusens resurser. För all övrig sjukvård kommer primärvården att vara den främsta resursen. Enligt min mening bör det, både vad gäller katastrofberedskapen i fred och primärvården i krig, ankomma på sjukvårdshuvudmännen att även med ett husläkarsystem säkerställa att primärvården fungerar även i kriser och i krig.

3.8 Tillsyn och kvalitetssäkring

3.8.1 Tillsyn

Min bedömning: En av Socialstyrelsens främsta uppgifter är att utöva tillsyn över hälso- och sjukvården i landet. Det bör därför vara en angelägen uppgift för styrelsen att följa upp och bedöma effekterna av en husläkarreform såväl vad gäller dess inverkan på hälso- och sjukvårdens utveckling i stort som effekterna för den enskilde.

För att förstärka Socialstyrelsens möjligheter att utöva tillsyn har regeringen i samband med budgetpropositionen 1993 föreslagit en utbyggnad av styrelsens regionala tillsynsorganisation.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer med min. I promemorian framhålls att bristen på relevant information inom den öppna vården gör det svårt att för närvarande på nationell nivå bedriva en effektiv tillsyn över verksamheten.

Remissinstanserna: Några av de remissinstanser som uttryckligen berört tillsynsfrågan, bl.a. Riksrevisionsverket och Landstingsförbundet, framhåller att tillsynsverksamheten bör vara kopplad till sanktionsmög-

ligheter mot de läkare, som uppvisar allvarliga brister i sin funktion som husläkare.

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

Att följa upp och bedöma effekterna i samband med att ett husläkarsystem inrättas kommer att bli en central uppgift för verket, såväl vad gäller reformens inverkan på utvecklingen av hälso- och sjukvården i stort som effekterna för den enskilde. I tillsynsverksamheten är sjukvårdshuvudmännens och vårdgivarnas målformuleringar av stor betydelse, då de utgör underlag för uppföljningen och kvalitetssäkringen.

En erfarenhet, bl.a. vid arbetet med att utforma ett husläkarsystem, är att det nästan helt saknas enhetlig och jämförbar information kring prestationer, effekter och kostnader inom primärvården. Det är också svårt att få fram uppgifter kring vårdkonsumtion i olika åldrar samt i olika delar av landet. De uppgifter som finns bygger framförallt på data från särskilda studier i vissa primärvårdsdistrikt t.ex. från Tierp och Dalby.

Bristen på relevant information gör att det för närvarande på nationell nivå är svårt att bedriva tillsyn över verksamheten. Likaså är det svårt att följa upp och utvärdera olika åtgärder eller att göra jämförelser mellan olika primärvårdsdistrikt och vårdcentraler.

Avsaknaden av sådan information försvårar även för dem som är verksamma inom primärvården att följa upp och kvalitetssäkra sin verksamhet. För att den egna verksamheten skall kunna värderas bör den kunna ställas i relation till annan likartad verksamhet. Sådana jämförelser kan t.ex. avse antal konsultationer per läkare eller distriktssköterska, läkemedelsförskrivning, diagnoser, behandlingar m.m.

Varje husläkare skall medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt. Verksamhetens omfattning och innehåll bör därvid redovisas i någon form av en verksamhetsrapportering eller verksamhetsberättelse, där de uppnådda resultaten kan ställas i relation till vårdgivarens mål för sin verksamhet vad gäller såväl service och tillgänglighet som medicinskt innehåll. Den förutsedda mångfalden när det gäller driftsformerna inom husläkarsystemet accentuerar behovet av att kunna följa upp, jämföra och värdera olika verksamheter. För detta behövs en metod vad gäller verksamhetsredovisningen samt preciserade uppgifter om vad en sådan redovisning skall omfatta. Jag återkommer till detta i det följande (avsnitt 3.8.2).

Men det måste också finnas en kontroll över att lämnade uppgifter är korrekta och ger en bild av verksamheten som överensstämmer med de faktiska förhållandena. Denna kontroll sköts närmast internt, men det är dessutom nödvändigt att en från verksamheten fristående instans kan utöva en sådan kontroll, dvs. i detta sammanhang Socialstyrelsen genom

sin tillsynsfunktion.

Om Socialstyrelsen i sin tillsyn finner att en husläkare, liksom andra läkare, har brustit i sin yrkesutövning kan styrelsen anmäla detta till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. HSAN prövar, som självständig statlig myndighet, frågor om fel eller försummelse i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. Det gäller t.ex. medicinsk diagnostik och behandling samt tolkningar av begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet. Frågor om sekretess, ansvarsfördelning mellan t.ex. läkare och sjuksköterska, samtycke till eller information om viss behandling kan också prövas. Inte sällan har HSAN att ta ställning till ärenden som berör säkerheten i vården.

Om HSAN finner att någon gjort sig skyldig till fel eller försummelse kan nämnden tilldela denne en erinran eller varning. Varning är den allvarligaste påföljden. Men HSAN är också den myndighet som prövar återkallelser av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens legitimation. Nämnden kan också besluta om inskränkningar i läkares och tandläkares rätt att skriva ut recept på narkotiska läkemedel och teknisk sprit. Nämndens beslut kan överklagas till kammarrätten.

De sanktionsmöjligheter som Socialstyrelsen har tillgång till i sin tillsynsverksamhet över husläkare är, som för alla andra läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal, anknutna till tillsynslagen och HSAN:s verksamhet. Att i samband med en husläkarreform tillskapa andra sanktionsmöjligheter för styrelsen anser jag inte befogat.

3.8.2 Kvalitetssäkring

Min bedömning: Genom husläkarättagandet förbinder sig den enskilde husläkaren att redovisa resultatet av sin verksamhet. Detta bör ske i form av verksamhetsberättelser i enlighet med nationella riktlinjer och anvisningar från sjukvårdshuvudmannen/finansiären och med utgångspunkt i vissa enhetliga basdata och kvalitetsindikatorer. Det pågående arbetet med att utveckla system för kvalitetssäkring bör intensifieras.

Sanktionsmöjligheter mot den husläkare, som uppvisar allvarliga brister i sin verksamhet men där de likväl inte är av den art att legitimationen kan återkallas, bör finnas.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer med mitt.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser, däribland många landsting, betonar vikten av kvalitetssäkring och att system för detta bör utvecklas ytterligare. Stockholms läns landsting påpekar att ett kvalitetssäkringssystem inom husläkarorganisationen också bör omfatta distriktsköterskor och andra personalkategorier inom primärvården. Svenska kommunförbundet betonar att det är sjukvårdshuvudmännen, som måste ges ansvaret för att bygga upp verksamheten och därmed svara för effektiva uppföljningssystem för bl.a. kvalitetssäkring.

Datainspektionen, SCB och Landstingsförbundet anser att det krävs särskild lagstiftning för de register som behövs för förteckning, ersättning och kvalitetsuppföljning.

Riksförsäkringsverket och Riksrevisionsverket påpekar att huvudmännen i sitt tillsynsarbete måste ha instrument för att kunna utesluta de läkare som inte uppfyller sina åtaganden eller missköter sin verksamhet.

Skälen för min bedömning: När man talar om god kvalitet inom hälso- och sjukvården tänker man kanske i första hand på att en riktig diagnos skall ställas och på att behandlingen av sjukdomstillståndet skall bli den allra bästa, dvs. faktorer med en stark koppling till den medicinska kompetensen. Men begreppet kvalitet inom vården rymmer mycket mera. Det inkluderar hur patienten blir omhändertagen och bemött, men också vårdens tillgänglighet och kontinuitet. Det är viktigt att kunna bedöma om vården totalt sett är ändamålsenlig och behovsanpassad samt står i relation till insatta resurser.

I kravet på kvalitetssäkring måste man kunna belysa de olika aspekterna av detta begrepp, men också ställa det i relation till att kvalitets-säkringsansvaret finns hos flera parter; den enskilde läkaren, sjukvårdshuvudmannen och tillsynsmyndigheten. Tillsynsmyndighetens ansvar i detta avseende innebär en skyldighet att övervaka nämnda aktörer bl.a. vad avser deras insatser när det gäller kvalitetssäkringsarbetet.

För närvarande finns vissa formella system för att säkerställa en viss nivå på hälso- och sjukvårdens kvalitet. Till dessa hör utbildningssystemet, viss lagstiftning, legitimations- och behörighetsbestämmelser, HSAN, Socialstyrelsens tillsynsfunktioner, sjukvårdshuvudmannens förtroendenämnder etc. Därutöver finns en informell kvalitetskontroll av betydande omfattning. Den bygger på en gemensam strävan hos de i vården verksamma, oavsett vårdnivå eller befattning, att ge dem som söker vård bästa tänkbara sådan. Jag vill framhålla vikten av att detta informella kvalitetssäkringsarbete tas till vara och vidareutvecklas i samband med att nya system byggs upp.

De system som redan finns är värdefulla men inte tillräckliga. De behöver kompletteras med system för en systematisk och kontinuerlig kvalitetsuppföljning, som ytterst syftar till att upprätthålla en vård som tillfredsställer befolkningens behov och förväntningar.

Ett mycket aktivt arbete pågår i England och Nederländerna för att få till stånd ett systematiskt kvalitetssäkringsarbete i husläkarverksamhet och primärvård i övrigt. I båda länderna är allmänläkarnas specialistföreningar drivande i detta arbete. De får också ekonomiskt stöd från staten. Även i Danmark har arbetet med kvalitetssäkring påbörjats med stöd av regeringen och under medverkan av specialistföreningen. Man har dock ännu inte kommit lika långt som i de två andra länderna.

I England finns preciserade krav på kvalitetssäkringsaktiviteter inskrivna i det nationella kontraktet. Där, liksom i Danmark, finns också reglerat i kontrakten vilken verksamhetsstatistik som skall redovisas, bl.a. i syfte att ge underlag för jämförande analyser av verksamhetens kvalitet och innehåll.

Även i Sverige måste det pågående arbetet med att utveckla system för

kvalitetssäkring intensifieras. Då husläkarsystemet successivt skall införas fr.o.m. år 1994 för att vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995 bör det redan inför år 1994 finnas utvecklade metoder och former för hur verksamheten skall kunna följas upp. Utvecklingsarbetet bör ske i nära samarbete mellan Socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och yrkeskåren. Sedan år 1991 finns det också en särskild grupp med representanter för dessa intressenter för arbetet med kvalitetssäkring, nämligen den s.k. Nationella samrådsgruppen för kvalitet i hälso- och sjukvården.

Principerna för att bygga upp system för uppföljning och kontinuerlig utveckling av kvaliteten är i grunden densamma vare sig det gäller primärvård eller sjukhusvård. När det gäller kvalitetssäkringen inom speciellt primärvården torde det dock vara av stort värde att ta del av bl.a. det danska systemet för återrapportering till huvudmannen och det kvalitetssäkringsarbete som sker i Nederländerna och i England. Även vid vissa vårdcentraler i vårt land pågår ett utvecklingsarbete av detta slag, vars resultat det är viktigt att följa och ta del av.

Som jag tidigare framhållit förbinder sig den enskilde husläkaren genom husläkaråtagandet att redovisa resultatet av sin verksamhet. Detta gäller alltså alla husläkare såväl offentligt anställda som privatpraktiserande. En avidentifierad redovisning bör ske enligt vissa enhetliga basdata och kvalitetsindikatorer, som anges av i första hand sjukvårdshuvudmannen i enlighet med HSL och det ansvar som sjukvårdshuvudmännen förvaltar inom dess ram, men också staten genom främst Socialstyrelsen för att precisera vilka av dessa uppgifter som behöver aggregeras till central nivå för att det skall vara möjligt att få en sammanhållen överblick av hälso- och sjukvårdens utveckling i landet.

Husläkarna bör i sin verksamhetsplanering redovisa sina mål inom de givna basdata och kvalitetsindikatorerna. I vilken utsträckning dessa mål uppnåtts och på vilket sätt de avvikit bör framgå av en årlig verksamhetsrapport. För att en sådan uppföljning skall kunna genomföras krävs att husläkarna har tillgång till informationshanteringssystem med erforderlig kapacitet.

På uppdrag av Socialdepartementet har Socialstyrelsen och Spri arbetat med att utveckla indikatorer och metoder som skall göra det möjligt att i husläkarverksamheten följa upp servicekvalitet, medicinsk kvalitet samt sådana indikatorer och metoder som kan vara av särskild betydelse för huvudmannen för att denne skall kunna följa verksamhetens innehåll och kvalitet. I det sistnämnda fallet är det särskilt viktigt att prioritera indikatorer som kan vara till ledning för att bedöma kvaliteten i hela vårdkedjan och inte bara husläkarverksamheten.

Socialstyrelsen och Spri har redovisat detta uppdrag genom dels en rapport om Kvalitetssäkringssystem för husläkarverksamhet, dels en delrapport om Informationssystem för verksamhetsuppföljning och kvalitetssäkring.

Det arbete som Socialstyrelsen och Spri utfört med anledning av uppdraget från Socialdepartementet har skett i nära samarbete med sjukvårdshuvudmännen och yrkeskåren och bedrivits i olika arbetsgrupper.

Det har också utgått från indikatorer som redan tagits fram i bl.a. Spris verksamhetsberättelseprojekt, Svensk förening för allmänmedicins kvalitetssäkringsgrupp, Socialstyrelsens aktiva uppföljning samt i lokala utvecklingsaktiviteter på skilda håll i landet. Socialstyrelsen har också utarbetat ett förslag om kvalitetssäkring, som är avsett att utgöra en grund för kvalitetssäkringssystem i vården.

Socialstyrelsen och dess regionala enheters tillsyn över husläkarverksamheten bör ske utifrån allmänna råd som utformas av Socialstyrelsen i samarbete med sjukvårdshuvudmännen och företrädare för yrkeskåren. HSL:s krav om vård på lika villkor innebär bl.a. för styrelsens del att tillsynen och kvalitetssäkringen inriktas på hela hälso- och sjukvårdsverksamheten. Socialstyrelsen skall således, förutom sin tillsynsuppgift enligt tillsynslagens bestämmelser, följa upp det totala sjukvårdsutbudet och ställa detta i relation till sjukvårdsbehoven i respektive landstingsområde. Dimensioneringen av den slutna vården kan i detta sammanhang t.ex. bedömas i relation till utbyggnaden av primärvården. En sådan tillsyn kan ske inom ramen för en aktiv uppföljning.

Tillsyns- och kvalitetssäkringsarbetet måste vara anknutet till någon form av sanktionsmöjligheter mot de husläkare som uppvisar allvarliga brister i sin verksamhet. I detta avseende måste man då skilja mellan de krav som följer av läkarlegitimationen eller de krav som ställs i enlighet med husläkaråtagandet. Jag har i föregående avsnitt berört kvalitetsbrister som har samband med förutsättningarna att behålla läkarlegitimationen. I dessa fall är det ytterst Socialstyrelsen och HSN som har ansvaret för granskning och beslut om åtgärder. Att HSN:s beslut kan överklagas till kammarrätten har jag redan nämnt.

När det gäller sådana situationer där husläkaren inte fullgör sina uppgifter i enlighet med det husläkaråtagande som gäller bör sjukvårdshuvudmannen/finansiären ha rätt att hålla inne hela eller delar av husläkarersättningen. Jag vill understryka att det i detta sammanhang inte är en myndighetsfunktion att granska huruvida en husläkare fullgör det av sjukvårdshuvudmannen fastställda husläkaråtagande utan en uppgift i dennes egenskap av uppdragsgivare och finansiär och omfattar alla husläkare, oavsett driftform.

Möjligheten att hålla inne hela eller delar av husläkarersättningen kan jämföras med vad som i dag gäller för de läkare som är i anslutna till försäkringen. Om en sådan läkare bryter mot en föreskrift i läkarvårdstaxan får försäkringskassan enligt en bestämmelse i taxan besluta att läkaren skall föras av från försäkringskassans förteckning. Till denna bestämmelse har Riksförsäkringsverket i allmänna råd 1991:6 rekommenderat att om en försäkringskassa upptäcker att en läkare bryter mot en föreskrift i läkarvårdstaxan bör kassan erinra läkaren om hans skyldighet att följa föreskrifterna i taxan. Försäkringskassan bör också upplysa om att den kan besluta om att en läkare som bryter mot en föreskrift i taxan skall föras av från kassans förteckning. Motsvarande bestämmelser om rätten att föra av läkare från försäkringskassans förteckning gäller även sjukgymnaster och tandläkare enligt behandlingstaxan respektive tandvårdstaxan.

På motsvarande sätt måste det finnas möjligheter för sjukvårdshuvudmännen att slippa betala ersättning till en husläkare, som av andra skäl än att han har för få personer anslutna till sig, inte bör vara husläkare. Detta gäller alltså de husläkare som missköter sin uppgift men där denna misskötsamhet inte är av den arten att legitimationen kan återkallas.

3.9 Utbildning, utveckling och forskning

3.9.1 Läkarutbildningen

Ett av syftena med att införa ett husläkarsystem är att öka tillgången till läkare i den första linjens sjukvård. Ett sådant system bör alltså utformas så, att det stimulerar rekryteringen av allmänmedicinare.

Läkarutbildningen består av tre delmoment, grundutbildning, allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST). Därtill kommer behovet av en kontinuerlig fortbildning. Utbildningstiden fram till specialistkompetens är lång, minst tolv år. Då kompetenskravet på en husläkare föreslås vara att han är specialist i allmänmedicin är det alltså först efter drygt tolv års studier som en person kan etablera sig som husläkare. Det är därför av stor betydelse hur utbildningen speciellt under specialiseringstjänstgöringen ordnas för att rekryteringen till funktionen som husläkare skall kunna främjas.

Den utbildning som i dag sker av allmänläkare har främst till uppgift att säkra tillgången av läkare med hög kompetens. Allmänmedicinen har genom de allmänmedicinska institutionernas tillkomst de senaste åren fått en allt starkare ställning inom läkarnas grundutbildning. Detta har medfört att allt fler vårdcentraler under allt längre tid har engagerats i denna utbildning. Denna utveckling förväntas förstärkas när ett husläkarsystem införs. Avgörande för rekrytering av de bästa och mest lämpliga kandidaterna för husläkarverksamheten är att den presenteras som ett lockande alternativ under grundutbildningen. Det är också viktigt att de blivande sjukhusspecialisterna får en positiv bild av husläkarens verksamhetsområde. Införandet av ett husläkarsystem påverkar också läkarutbildningen på alla nivåer, grundutbildningen, allmäntjänstgöringen (AT), specialiseringstjänstgöringen (ST) liksom fortbildningen.

3.9.2 Grundutbildningen och läkarnas allmäntjänstgöring (AT)

Min bedömning: Nuvarande system för grundutbildningen behålls. De medel som finns tillgängliga för undervisningen i allmänmedicin skall även fortsättningsvis fördelas av respektive universitet i samråd med sjukvårdshuvudmannen. Det ankommer då även fortsättningsvis på den senare att verka för att det finns tillräckligt antal platser till förfogande.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer i princip med min.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser som berört frågan om utbildning anser att det är viktigt att den klaras ut genom fortsatt utredning. De synpunkter som trots detta lämnas gäller sällan AT-utbildningen. Malmöhus läns landsting instämmer dock i promemorians förslag vad gäller AT-tjänstgöringen. Landstinget i Östergötland framhåller att systemen för såväl AT-utbildningen som ST-utbildningen måste göras neutrala.

Skälen för min bedömning: Läkarutbildning bedrivs i Stockholm, Uppsala, Umeå, Linköping, Göteborg och Lund/Malmö. Fr.o.m. läsåret 1992/93 finns sammanlagt 925 utbildningsplatser. Läkarlinjen omfattar 220 poäng eller elva terminer. Över hälften av denna tid är läkarkandidaterna verksamma på universitetssjukhusen och i begränsad omfattning även på länssjukhusen. I ökande omfattning tas nu även vårdcentralerna i bruk. Eftersom staten inte har tillgång till några egna vårdenheter har avtal träffats mellan berörda högskolor och respektive sjukvårdshuvudman om att läkarutbildning får bedrivas inom deras hälso- och sjukvårdsorganisationer. Staten ersätter det intrång som forskning och undervisning gör på sjukvården genom att tilldela s.k. ALF-medel. De utgör för hela landet något över en miljard kronor och av dessa skall 15 % gå till läkarutbildningen. Fördelningen av dessa medel görs av de medicinska fakulteterna och sjukvårdshuvudmännen i samråd.

Vid en övergång till ett husläkarsystem förväntas denna verksamhet drivas i flera olika producentformer. En del husläkare kommer sannolikt att även i fortsättningen vara anställda av sjukvårdshuvudmännen medan andra kommer att vara verksamma som privata företagare m.m. För att rekryteringen av allmänläkare skall kunna främjas ökar kravet på att fler vårdenheter (husläkarmottagningar) engageras i grundutbildningen av blivande läkare. Det är vare sig tillräckligt eller önskvärt, att enbart kunna repliera på de enheter som kommer att drivas i offentlig regi. Oavsett producentform måste alltså husläkarmottagningarna kunna stå till förfogande för utbildningsändamål och därmed kan i princip nuvarande system för grundutbildningen bibehållas.

Ersättning för medverkan i läkarutbildningen kan inte på ett logiskt sätt förenas med en fast individrelaterad ersättning. I stället bör en särskild ersättning ges till de husläkare som i realiteten åtar sig ett sådant utbildnings- och handledningsuppdrag. Vissa kvalitetskrav bör därvid ställas på de husläkare som skall få medverka i utbildningen av läkare. Exempel på sådana kvalitetskrav är att husläkarverksamheten bedrivs vid en grupp praktik och att den som handleder måste ha varit verksam som specialist i allmänmedicin under en viss tid m.m. Sådana krav bör närmare preciseras i samråd mellan Socialstyrelsen, yrkeskåren och sjukvårdshuvudmännen.

Ett alternativ där ALF-medlen lämnas direkt från universiteten till berörda vårdproducenter utan att förmedlas av sjukvårdshuvudmännen bedömer jag för närvarande som orealistiskt. De senare skulle då inte ha något ansvar för att ett tillräckligt antal utbildningsplatser tillhandahålls. Varje högskoleenhet skulle också behöva sluta avtal med ett stort antal vårdproducenter.

I avvaktan på vilka förslag den nyligen tillsatta utredningen om hälso- och sjukvårdens framtida finansiering och organisation kan komma att lägga fram under år 1994 förordar jag att ALF-medlen för undervisningen i allmänmedicin hos husläkarna, på motsvarande sätt som sker för närvarande, fördelas av universitetet i samråd med sjukvårdshuvudmännen. Det ankommer därvid på de senare att se till att det finns ett tillräckligt antal platser till förfogande.

Läkares allmäntjänstgöring (AT) är den tjänstgöring på 21 månader, som är obligatorisk för att efter läkarexamen få legitimation, dvs. behörighet att vara allmänt verksam som läkare. AT består av fyra olika avsnitt, inkl. sex månader allmänmedicin. Anställningsformen är ett tidsbegränsat förordnande om högst 24 månader.

Enligt en överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen skall de sistnämnda inrätta och finansiera den volym AT-block som behövs för läkarnas allmäntjänstgöring, för närvarande 895 stycken. Sjukvårdshuvudmännen förlägger AT-blocken till de sjukhus som finns inom respektive landstingsområde. Sin allmänläkartjänstgöring förväntas AT-läkarna göra i de angränsande primärvårdsområdena.

Husläkarsystemet syftar i första hand till att skapa kontinuitet i kontakten mellan patient och läkare. Befolkningens förväntningar i detta avseende kommer sannolikt att vara höga. Samtidigt måste AT-läkare få en gedigen inblick i allmänläkarens arbete. Det förutsätter bl.a. att AT-läkaren ges tillfälle att självständigt under handledning ha patientkontakt. AT-läkarens upplevelse av sin allmänmedicinska tjänstgöring kommer sannolikt att påverka hans framtida val av specialitet och därmed även påverka rekryteringen av allmänmedicinare. Bl.a. med hänsyn till detta är det viktigt att huvuddelen av aktuella vårdenheter kan komma i fråga när det gäller tjänstgöring inom AT-blocken.

Den överenskommelse som träffats mellan staten och sjukvårdshuvudmännen om att de sistnämnda skall inrätta och finansiera det antal AT-block som behövs skall gälla även fortsättningsvis. Det innebär att de husläkare, som är intresserade av en sådan medverkan, liksom vid medverkan i grundutbildningen, måste teckna kontrakt eller på annat sätt komma överens med sjukvårdshuvudmannen om att ta emot och handleda AT-läkare. Finansieringen av AT-blocken kan i sådana fall lämpligen ligga centralt hos respektive sjukvårdshuvudman, som betalar AT-läkarens lön under hela blockperioden oavsett tjänstgöringsställe. För en sådan lösning talar att landstingens planerings- och finansieringsansvar för hälso- och sjukvården enligt HSL kvarstår oförändrat i samband med husläkarreformen. Sjukvårdshuvudmännen bör därvid ha möjligheter att ta i anspråk även privat verksamma husläkare som en resurs i AT-utbildningen.

Hänsynen till den eftersträfvade producentneutraliteten skulle kunna tala mot den ordning jag här förordat för AT-tjänstgöringen. Enligt gällande lagstiftning skall AT dock fullgöras på läkartjänst för allmäntjänstgöring (blockförordnande), vilket bl.a. innebär att AT-läkaren skall vara anställd av sjukvårdshuvudmannen hela blockperioden. Det ligger också i läkarnas intresse att få behovet av AT-tjänstgöringen tillgodosett på detta

sätt under rådande finansierings- och övergripande organisationsförhållanden inom hälso- och sjukvården. Till fördelarna med en sammanhål- len AT-tjänstgöring hör bl.a. att de arbetsrättsliga reglerna för ledigheter går att tillämpa på AT-läkarna. Skulle AT-tjänstgöringen splittras, skulle det t.ex. kunna bli svårt att erbjuda möjligheter till fyra veckors semesteruttag. Under nuvarande förhållanden är det också förhållandevis lätt att ordna kompletterande utbildning för AT-läkare vars tjänstgöring inte anses tillfredsställande. Sammantaget har detta varit avgörande för min bedömning.

3.9.3 Specialiseringstjänstgöringen (ST)

Min bedömning: Villkoren för specialiseringstjänstgöringen i allmänmedicin bör i allt väsentligt ansluta sig till villkoren för specialiseringstjänstgöringen för övriga specialister. Detta gäller särskilt anställningsvillkor, t.ex. med avseende på tillvidareanställning.

Det bör ankomma på sjukvårdshuvudmännen att anställa ST-läkare i allmänmedicin.

Bedömningen i promemorian: Två huvudalternativ till att organisera ST-utbildningen för de blivande husläkarna redovisas. Det ena innebär att en ST-läkare tillsvidareanställs vid en husläkarmottagning, där man ser behovet av ett resurstillskott inom cirka fyra – fem år. Det andra alternativet innebär att sjukvårdshuvudmannen tillsvidareanställer ST-läkarna. Antalet utbildningstjänster bestäms år från år utifrån sjukvårdshuvudmännens bedömning, efter samråd med husläkarnämnden, av hur många husläkare som kan komma att behöva rekryteras. Detta senare alternativ kan betecknas som ett traineesystem i sjukvårdshuvudmännens regi. I promemorian förordas det förstnämnda alternativet.

Remissinstanserna: De flesta landsting anser att utbildningsfrågorna bör utredas vidare. Några ifrågasätter tillsvidareanställningen för ST-läkare och andra anser inte att det förslag som förordas är det bästa. Ytterligare någon framhåller att AT- och ST-tjänstgöringarna måste göras producentneutrala.

Landstingsförbundet framhåller att utbildningsfrågorna måste vara lösta innan reformen träder i kraft. Vad gäller ST-tjänstgöringen förordar man en trainee-modell, där sjukvårdshuvudmännen anställer, men med möjlighet till klinisk verksamhet hos annan vårdgivare. Sveriges Läkarförbund å sin sida avvisar bestämt ett s.k. trainee-system. ST-läkaren inom allmänmedicin måste kunna vara tillsvidareanställd liksom inom andra specialiteter. SHSTF anser att samhället skall ha kontroll och tillsyn över läkarutbildningens alla delar och att denna inte kan läggas ut på enskilda, egna företagare annat än vad gäller praktiktjänstgöring under handledning. Svenska Distriktläkarförbundet menar att ST-läkaren skulle kunna få sin lön delvis via husläkarmottagningen, delvis via s.k.

ryggsäckspengar.

Skälen för min bedömning: För att normalisera och avreglera läkarnas specialistutbildning gäller sedan den 1 januari 1992 nya regler för denna utbildning – specialiseringstjänstgöringen (ST). Dessa innebär bl.a. att en läkare efter legitimation skall tillsvidareanställas och att tjänstgöringen skall planeras med utgångspunkt i en målbeskrivning, som finns utarbetad för varje specialitet. För att nå målbeskrivningens krav för allmänmedicin är tjänstgöring inom andra områden än primärvård också nödvändiga – i vilken utsträckning beror främst på verksamhetens karaktär vid den vårdenhet, där ST-läkaren är anställd. Längre tjänstgöringar kan t.ex. bli aktuella inom internmedicin samt barnmedicin. Beroende på lokala förhållanden kan det också vara lämpligt med viss tjänstgöring inom bl.a. geriatrik, obstetrik och gynekologi, öron-, näs- och halssjukdomar, psykiatri osv. ST-läkaren kommer därmed sannolikt att vara frånvarande från tjänstgöring i primärvården (husläkarmottagningen) under en stor del av utbildningstiden (i den tidigare s.k. fortsatta vidareutbildningen, FV-utbildningen, på sammanlagt 4,5 år tjänstgjorde läkarna ca 1,5 – 2 år i primärvården).

Förutsättningarna för specialistutbildningen är annorlunda i Sverige än i andra europeiska länder, som i dag har ett husläkarsystem. I Sverige finns det inga särskilda tjänster, som är direkt inriktade på innehavarens egen utbildning, bl.a. som följd av kravet på tillsvidareanställning under denna period av kompetensutvecklingen. Specialistutbildningen är också betydligt längre än i andra länder, minst fem år jämfört med två till tre år. Den nya bestämmelsen om att ST-läkare skall vara tillsvidareanställda innebär att antalet ST-tjänster bestäms utifrån sjukvårdshuvudmännens rekryteringsbehov, och arbetsgivaren avgör om en färdigutbildad specialist eller en läkare, som skall genomgå sin specialiserings-tjänstgöring, skall rekryteras. Med dessa nya regler är läkarförsörjningen i stor utsträckning en personalplaneringsfråga. För att en läkare skall kunna bli specialist fordras alltså att någon ser ett långsiktigt behov och är beredd att tillsvidareanställa och handleda läkaren i fråga.

I samband med diskussionerna om en husläkarreform har frågan väckts om vem som i första hand skall ha ansvaret för denna personalplaneringsfråga, sjukvårdshuvudmännen, med hänsyn bl.a. till deras ansvar enligt HSL, eller husläkarna själva. Det nyligen införda ST-systemet skall kunna fungera i ett system där husläkare, antingen de är privata företagare eller offentligt anställda, skall tillgodose läkarinsatserna inom den nuvarande primärvården. Jag vill i detta sammanhang påpeka att det i dag inte finns reglerat vem som kan anställa en ST-läkare. Denne kan alltså vara anställd såväl i offentlig som privat regi. Jag ser heller inget behov av att reglera detta.

I promemorian skisseras två huvudalternativ för ST-tjänstgöringen. Det ena innebär att en ST-läkare tillsvidareanställs vid en husläkarmottagning, där man ser behovet av ett resurstillskott inom cirka fyra – fem år. Det andra alternativet skulle kunna betecknas som ett traineesystem i sjukvårdshuvudmannens regi. Socialstyrelsen har därefter på uppdrag av Socialdepartementet och i samråd med företrädare för yrkeskåren när-

mare övervägt för- respektive nackdelar med dessa båda alternativ.

Det förstnämnda alternativet stämmer väl överens med den normalisering och avreglering som det nya ST-systemet vill uppnå. Vid en sådan lösning gäller frågan bl.a. hur ST-läkarna skall finansieras, eftersom de inte själva kan etablera sig som husläkare och därmed få del av den fasta, individrelaterade ersättningen. De skall vara tillsvidareanställda av den husläkare, vid den husläkarmottagning eller det bolag, som är beredd att knyta en ST-läkare till sig. Systemet torde förutsätta att det tillskapades en särskild budget för ST-läkarna, som skulle kunna tilldelas respektive husläkarmottagning efter avtal med sjukvårdshuvudmannen och täcka kostnaderna för ST-läkaren oavsett vid vilken klinik denne för tillfället tjänstgjorde (s.k. ryggsäckspengar).

Till fördelarna med ett sådant system hör att utbildningen sker i direkt anslutning till en husläkarmottagning där man ser ett kommande behov. Detta garanterar bl.a. att ST-läkarna får arbete, när de är färdiga med sin specialiseringstjänstgöring. Ett liknande system tillämpas t.ex. vid advokatbyråer, där man tycker sig ha goda erfarenheter. Men det finns också många nackdelar. Systemet utbildar bara ST-läkare när en vårdgivare ser ett långsiktigt behov. Vissa sådana behov är lätta att förutse, t.ex. pensionsavgångar. Andra kan vara svårare att planera t.ex. när någon flyttar, ändrar sin arbetstid eller avlider. Då ST-läkaren skall vara tillsvidareanställd och i huvudsak endast skulle anställas vid förutsebara, långsiktiga behov finns risk för att systemet skulle leda till att alltför få specialister skulle utbildas. Även om utbildningens kvalitet skulle kunna säkerställas med ett effektivt kvalitetssäkringsprogram, kan man ändå inte bortse från risken att handledningen och utbildningens innehåll skulle kunna få ojämn kvalitet i en situation där i princip samtliga husläkarmottagningar skulle utbilda sina egna specialister.

Jag anser dock att detta alternativ måste avvisas till förmån för det alternativ som innebär att sjukvårdshuvudmännen tillsvidareanställer även ST-läkarna i allmänmedicin. Skälen för detta mitt ställningstagande är flera.

Specialiteten allmänmedicin skiljer sig från andra specialiteter såtillvida att den i mycket större utsträckning kräver tjänstgöring vid andra enheter än allmänläkarmottagningar för att uppnå de krav, som anges i målbeskrivningen, såsom pediatrik, gynekologi, kardiologi, oftalmiatrik, öron - näsa - hals (ÖNH), psykiatrik, infektionssjukdomar etc. Det kan vara svårt för en husläkarmottagning att upprätta ett individuellt tjänstgöringsprogram och därvid garantera att den blivande specialisten, inom rimlig tid, får möjlighet att arbeta inom dessa och andra verksamheter i vilka man kan kräva att en allmänläkare har erfarenhet, inom ramen för nuvarande organisation av hälso- och sjukvården i stort. Sjukvårdshuvudmännen bör ha de största förutsättningarna för att schemalägga dessa utbildningsavsnitt.

En stor fördel ligger i att kunna planera för flera mottagningars ST-läkare samtidigt. Detta gör det bl.a. möjligt att ha en jämn tillströmning av ST-läkare såväl i öppen som slutenvård. Ytterligare en fördel är att utbildningsresurserna kan koncentreras till vissa husläkarmottagningar

med tillgång till utbildade handledare och som ur verksamhetssynpunkt utmärks av en hög kvalitet. En handledare skulle också kunna ha två ST-läkare samtidigt. Den ene skulle därvid fullgöra sin utbildning i öppen vård, medan den andre fullgör sin utbildning inom andra kliniker. Detta skulle kunna bidra till stabilitet och en jämn ström av ST-läkare genom kliniken.

Till nackdelarna med denna lösning hör att många ST-läkare inte kan få arbeta som färdiga specialister vid de enheter de utbildats vid, vilket var ett av skälen vid förändringen av ST. Men det är svårt att förverkliga den normalisering och avreglering, som var huvudsyftet med ST, i ett system med många små och fristående producenter. För att kunna göra den investering, som det innebär att ta sig an och tillsvidareanställa en blivande specialist fordras resurser och en viss volym såväl vad gäller ekonomi som verksamhet. Det är också nödvändigt, och detta vill jag särskilt framhålla, att kunna säkra tillgång och återväxt när det gäller husläkare i en situation, där den enskildes rätt till tillgång till en sådan säkras i lag. Detta ställer större krav på planering, styrning och finansiering än vad som var den ursprungliga tanken med ST-reformen. Någon måste åta sig utbildningsansvaret och därvid också få de befogenheter som krävs för att kunna ta detta ansvar. I dagens situation är det mest ändamålsenligt att den som förfogar över största delen av de resurser, som krävs, också får ansvaret, dvs. sjukvårdshuvudmännen.

I samband med husläkarreformen bör sjukvårdshuvudmännen således inrätta tjänster för ST-läkare i allmänmedicin och tillsvidareanställa dessa läkare inom sjukvårdsområdet. ST-läkarna följer därvid en utbildningsgång med i förväg inplanerade tjänstgöringar och har under hela specialiseringsperioden sin bas och får handledning hos någon av de husläkare som är verksamma i sjukvårdsområdet, såväl privata som offentliga.

Antalet tjänster bestäms i ett sådant system år från år utifrån sjukvårdshuvudmännens bedömning av, efter samråd med husläkarnämnden, hur många husläkare som kan komma att behöva rekryteras. Tjänsterna finansieras av sjukvårdshuvudmännen och medlen tas från det utrymme som är avsett för husläkarverksamheten. Dessa medel bör täcka ST-läkarens lön, kurser och andra särskilda utbildningsinsatser, handledarutbildning m.m.

Arbetsgivaransvaret innebär ett stort åtagande. Att sjukvårdshuvudmännen tillsvidareanställer ST-läkarna i allmänmedicin innebär bl.a. att det kan bli aktuellt att utnyttja den förflyttningsskyldighet som gäller för ST-läkare, som uppnått specialistkompetens och inte funnit sysselsättning som husläkare. I de fall det inte kan bli möjligt att förflytta eller omplacera kan uppsägning till följd av arbetsbrist komma i fråga. Uppsägning på sådana grunder ger, enligt gällande regler, företrädesrätt till återanställning. Detta medför att producentneutraliteten rubbas när förflyttning, omplacering, återanställning etc. endast kan ske inom de enheter där husläkarverksamhet drivs i sjukvårdshuvudmännens regi.

I samband med att reformen träder i kraft är det viktigt att noga följa utvecklingen i dessa avseenden – en uppgift som bör ligga på den parla-

3.9.4 Fortbildning

Min bedömning: Kostnaderna för fortbildning av personalen vid en husläkarmottagning bör betraktas som en driftskostnad och därmed inkluderas i den fasta, individrelaterade ersättningen.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer med min.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har uttryckligen berört denna fråga. Aneby kommun instämmer dock i förslaget samt föreslår att en redovisning av fort- och vidareutbildningen skall göras varje år. Svensk förening för allmänmedicin föreslår att kontinuerlig efterutbildning införs som ett kvalitetskrav i husläkaråtagandet eller att ersättningssystemet konstrueras på ett sådant sätt att vidareutbildning premieras. Även Svenska Läkaresällskapet föreslår att efterutbildning införs som ett kvalitetskrav för husläkare.

Skälen för min bedömning: Den medicinska och medicintekniska utvecklingen sker fortlöpande och i snabb takt. Nya behandlingsmetoder och ny teknik tillkommer, medan andra blir omoderna och olönsamma. I ett husläkarsystem är det av stor vikt att husläkarna kan följa kvalitets- och verksamhetsutvecklingen. Kostnaderna för sådan fortbildning, både vad gäller husläkarna själva och eventuell annan personal, måste därför enligt min mening betraktas som en driftskostnad och därmed ingå i den fasta, individrelaterade ersättningen. När sjukvårdshuvudmännen fastställer ersättningsnivåerna, skall det alltså göras på ett sådant sätt att ersättningen även täcker en rimlig volym av fort- och vidareutbildning.

Husläkaren skall också, som ett led i kvalitetssäkringsarbetet, åläggas krav på att årligen redovisa vilken fortbildning som han och eventuell övrig personal har genomgått.

Erfarenheter från andra länder visar att det ofta är svårt för ensampraktiserande husläkare att följa kvalitets- och verksamhetsutvecklingen. Bl.a. av detta skäl är det önskvärt att det bildas grupper av samverkande husläkare eller bolag, som driver husläkarverksamhet i stället för att ensampraktiserande husläkare gör det. Sjukvårdshuvudmännen bör, i samband med att ersättningen för husläkarverksamheten fastställs, bl.a. överväga om de skall skapa ekonomiska incitament för gruppraktiker.

3.9.5 Forsknings- och utvecklingsarbete

Min bedömning: Forskning är en förutsättning för all utveckling. Förutom ny kunskap lägger forskningen grunden för kvalitetsutveckling samt en adekvat och effektiv resursanvändning.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer i princip med min.

Remissinstanserna: Alla som yttrat sig i frågan anser att forsknings- och utvecklingsarbetet är angeläget i samband med att ett husläkarsystem inrättas. Någon är dock orolig för att såväl utbildningen som forsknings- och utvecklingsarbetet kan komma att försvåras med ett husläkarsystem enligt den modell som föreslagits.

Skälen för min bedömning: Framstegen inom medicinen sker genom forsknings- och utvecklingsarbete. Detta gäller inte minst inom allmänmedicinen, som i framtiden kommer att utgöra husläkarens verksamhet. Utvecklingen av denna nya verksamhet måste ske inom husläkarens arbetsfält. Angelägna forskningsfrågor inom detta område kommer att vara bl.a. kvalitetssäkring, diagnostik, metodutveckling och patient – läkarkontinuitetens betydelse. Hit hör också hälsoekonomiska aspekter på husläkarverksamheten.

Forskningen i allmänmedicin är ett relativt nytt forskningsfält i Sverige. Den har dock haft en intensiv utveckling under senare år och det finns i dag allmänmedicinska institutioner vid samtliga sex medicinska fakulteter. Dessa är helt inriktade på allmänläkarnas utbildning och forskning, och det är främst här den allmänmedicinska forskningen bedrivs. Ämnet allmänmedicin har också fått ett större utrymme i grundutbildningen av läkare och forskarutbildningen har utökats. Lärarkapaciteten inom institutionerna är dock begränsad – endast två tjänster med handledarkapacitet finns inom respektive institution. Trots att antalet disputerade har ökat under senare år är andelen läkare som har disputerat inom denna specialitet mycket låg jämfört med andra kliniska specialiteter. För närvarande finns det sju professorer, varav två i Uppsala. Ytterligare två professorer förväntas inrättas inom kort, en i Linöping, speciellt kvinnohälsa, och en i hälsoekonomi.

Till stöd för sitt forsknings- och utvecklingsarbete kommer således de blivande husläkarna att ha de egna akademiska allmänmedicinska institutionerna, där det finns forskningsresurser, kunskap och handledning. Universitetens forskningsfonder, Medicinska forskningsrådets (MFR:s) fonder, Cancerfonden och övriga fonder står öppna för dessa institutioner. Den allmänmedicinska forskningen har dock av tradition haft svårt att hävda sig i konkurrensen om forskningsmedel. Existerande forskningsfonder har prioriterat andra specialiteters forskning. Detta har bidragit till att krav rests från allmänläkarna på att ekonomiska resurser skall tillskapas som direkt "öronmärks" för allmänmedicin.

Flera landsting har också träffat avtal med de allmänmedicinska institutionerna för att ge distriktsläkarna tillfälle till forskarutbildning – en verksamhet som gett ömsesidigt utbyte. Landstinget har fått personal med högre kompetens och institutionerna en klinik som deltar i undervisningen och ger institutionen en ökad forskarkompetens. På detta sätt har också institutionerna fått en regional spridning.

Det är angeläget att det inom ramen för ett husläkarsystem finns utrymme för forsknings- och utvecklingsarbete. Små enheter är emellertid känsliga för störningar i verksamheten. Erfarenheter från andra verksamhetsområden talar också för att det är svårt för egna företagare att ta

ledigt från arbetet. Kraven på vikarier vid en husläkarmottagning måste också ställas högt för att inte tillgänglighet och kontinuitet skall bli lidande.

På liknande sätt som det kan vara lättare för de husläkare som samverkar i grupp att följa med i kvalitets- och verksamhetsutvecklingen torde forsknings- och utvecklingsarbete stimuleras och underlättas i en sådan arbetsmiljö. I denna finns det också bättre förutsättningar för att de där verksamma husläkarna skall göra en god insats när det gäller medverkan i läkarutbildningen på olika nivåer.

Forskningsverksamhet och utbildning kan ses som skilda sidor av samma mynt. Forskningen stimulerar undervisningen och tvärtom. I dag är det endast någon procent av de blivande husläkarna som disputerat. En ökning av antalet disputerade bland husläkarna skulle öka sjukvårdens kvalitet.

4 Genomförandet

4.1 Reformens ikraftträdande

I enlighet med vad jag tidigare föreslagit skall ett husläkarsystem införas successivt och vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995. Det ankommer på sjukvårdshuvudmännen att genomföra reformen i fråga. Det är en omfattande reform och jag har noga övervägt de faktiska möjligheterna av att förbereda och genomföra den under de kommande knappa tre åren. Under denna tid har sjukvårdshuvudmännen möjlighet att successivt införa reformen inom respektive område. I huvudmännens planering bör självfallet vägas in att alla – oberoende av bostadsort – skall ha möjlighet att välja en husläkare senast vid utgången av år 1995. Läkarförsörjnings- och läkarfördelningsfrågorna blir således centrala. Sjukvårdshuvudmännen kan därför anse att det finns skäl för att införa husläkarverksamheten stegvis inom sitt sjukvårdsområde. Detta för att först försöka tillgodose behoven av husläkare inom de områden där det tidigare har varit svårt att rekrytera läkare. Jag vill här erinra om vad jag tidigare anfört om husläkarnas etablering (avsnitten 3.2 och 3.6.3).

De flesta sjukvårdshuvudmän är redan nu ganska väl förberedda för en sådan reform. Flera av dem har, sedan länge, planerat för eller delvis genomfört ett husläkarsystem som i många delar liknar det som jag här föreslår. Redan för drygt ett år sedan, i november 1991, uppgav tio sjukvårdshuvudmän på en förfrågan från Landstingsförbundet att de vid denna tidpunkt hade fattat beslut om att införa ett husläkarsystem. Sex av dem hade då också i viss utsträckning inrättat husläkare vid en eller flera vårdcentraler. Därutöver hade åtta huvudmän givit förvaltningen i uppdrag att utarbeta beslutsunderlag för att införa husläkare och ytterligare sju uppgav att frågan var under beredning. Vid årsskiftet 1992/93 hade 17 sjukvårdshuvudmän fattat beslut om att införa ett husläkarsystem.

Landstingsförbundets programgrupp för primärvård har också arbetat med frågan och presenterade i början av april 1992 sina överväganden vad gäller huvuddragen i ett kommande husläkarsystem. Detta överensstämmer i väsentliga delar med vad jag här föreslår. Det enda betydelsefulla undantaget är frågan om etableringssätt. Programgruppen följer de olika försöksverksamheter som pågår i landet och medverkar till erfarenhetsutbyte mellan huvudmännen. Sammantaget bidrar detta till att jag anser att det finns en hög beredskap att genomföra en husläkarreform och att målet skall kunna uppnås vid utgången av år 1995. Detta förutsätter dock att det kommer att finnas tillräckligt många läkare som dels vill arbeta inom denna verksamhet, dels har den kompetens som erfordras.

4.2 Husläkarreformens effekter och finansiering

4.2.1 Reformens effekter

Min bedömning: En husläkarreform kommer att bidra till att befolkningen får tillgång till en öppen vård med bättre tillgänglighet och kontinuitet. Detta bör ske genom att fler läkare stimuleras till att arbeta inom ramen för ett husläkarsystem och det ökade ansvar som husläkaren får för de personer som han har anslutna till sig. En fastare relation mellan patient och läkare ger förutsättningar för en ökad helhetssyn och underlättar diagnostik och behandling. En minskad efterfrågan av insatser från främst länssjukvården kan därför förväntas och den önskvärda omfördelningen av resurser mellan slutet och öppen vård komma till stånd.

En ökad tillgång till läkare inom detta verksamhetsområde torde också bidra till en bättre fördelning av läkare över landet bl. a. till följd av att ersättningssystemet i huvudsak bygger på en individersättning.

Bedömningen i promemorian: Överensstämmer med min.

Remissinstanserna: Många av remissinstanserna instämmer i bedömningen att införandet av ett husläkarsystem kommer att bidra till bättre kontinuitet och tillstyrker grundtankarna i ett sådant system. Några anser dock att den nuvarande primärvården har så stora fördelar att ett husläkarsystem bör avvisas. Andra tror inte att en husläkarreform kan bidra till att läkarresurserna fördelas över landet på ett bättre sätt än vad som nu är fallet.

Skälen för min bedömning: Ett av huvudsyftena med husläkarreformen är att öka tillgängligheten inom primärvården. Den enskildes möjlighet att få kontakt med och hjälp via primärvården alla tider på dygnet, veckans alla dagar kommer även att förbättras genom att hembesök och jourverksamhet ingår i husläkarverksamheten. Krav kommer också att ställas på husläkaren när det gäller att snabbt kunna erbjuda den enskilde

en tid för besök på mottagningen. Dessa krav bör specificeras av sjukvårdshuvudmannen i samråd med företrädare för verksamheten.

Det är min bestämda uppfattning att en fast relation mellan patient och läkare i den första linjens vård och upprepade möten dem emellan bidrar till en bättre helhetssyn och underlättar diagnostik och behandling. Den enskilde får även en fast replipunkt i vårdsystemet. Det är lättare för den enskilde att tala om sina besvär, sin oro och sina önskemål med en läkare han känner igen och är trygg med, vilket medför att det många gånger onödiga och påfrestande sökandet hos olika vårdgivare och på olika vårdnivåer kan minskas. Möjligheten att få snabb och kompetent hjälp från den öppna vården kommer med all sannolikhet att minska efterfrågan på och behovet av insatser från länssjukvården och då inte minst från sjukhusens akutmottagningar.

En stor andel av de samlade resurserna inom hälso- och sjukvården är för närvarande knutna till sjukhusen. Flera sjukvårdshuvudmän kan därför behöva minska antalet sjukhusplatser med hänsyn till behoven och befolkningsunderlaget. För att hela befolkningen skall få del av en hälso- och sjukvård, som utmärks av att den finns nära människorna i deras bostadsområden och är lätt tillgänglig för dem, kan det finnas skäl att omfördela vissa resurser från länssjukvården till en husläkarorganisation. Att avveckla hela eller delar av ett sjukhus väcker ofta stor oro och motstånd från de människor som bor i den närmaste omgivningen. De alternativ som då erbjuds måste vara såväl trovärdiga som av hög medicinsk kvalitet. Enligt min mening är husläkarverksamheten ett stöd för den omstruktureringsprocess som sker samtidigt som husläkarreformen accentuerar behovet av en viss resursöverföring. Att genomföra en husläkarreform får dock inte innebära att sjukhus eller sjukhusplatser avvecklas, där de av medicinska, geografiska eller ekonomiska skäl bör bevaras.

Jag vill i detta sammanhang nämna att jag inom kort kommer att uppdra åt Hälso- och sjukvårdsberedningen, HSB, att analysera de krav på en förändring av hälso- och sjukvårdens struktur som är nödvändig med hänsyn till den pågående utvecklingen och de begränsade ekonomiska resurserna.

HSB skall särskilt uppmärksamma hur behovet av omhändertagande och vård skall kunna tillgodoses vid akut sjukdom i olika delar av landet samt belysa hur sjukvården skulle kunna organiseras för att säkerställa en hög medicinsk kvalitet och ett gott omhändertagande.

Ibland kan administrativa indelningar och ekonomiska styrsystem innebära hinder för en effektiv organisation. I uppdraget skall ingå att analysera om så är fallet vad gäller den vård som sker vid sjukhus och hur eventuella hinder skulle kunna överbyggnas.

Att förändra hälso- och sjukvårdens struktur är en utdragen och inte sällan konfliktladdad process. Trots detta har flera förändringar genomförts, vilka har upplevts positivt av såväl patienter och personal som allmänheten i stort. Att studera hur dessa förändringar har genomförts skall vara ett viktigt led i arbetet liksom att analysera och beskriva vilka generella lärdomar som kan dras och som kan komma till nytta i ett fortsatt förändringsarbete.

Min bedömning: Uppbyggnaden av husläkarsystemet bör ske såväl inom en samhällsekonomi i balans som bidra till denna balans. På sikt förväntas husläkarreformen leda till lägre kostnader för hälso- och sjukvården jämfört med om reformen inte skulle genomföras. Den bör även leda till lägre kostnader för socialförsäkringen till följd av ett ändrat sjukskrivnings- och läkemedelsförskrivningsmönster.

Det ankommer på varje sjukvårdshuvudman att besluta om hur reformen skall finansieras och vilka omfördelningar som måste göras inom ramen för hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Skälen för min bedömning: Regeringens syn på de ekonomiska förutsättningarna för den kommunala sektorn under de närmaste åren har presenterats i den reviderade finansplanen och fått riksdagens godkännande (prop. 1991/92:150 bil. II, bet. 1991/92:FiU29, rskr. 1991/92:345). Som följd härav omfattas bl.a. husläkarreformen av den s.k. finansieringsprincipen. Denna innebär att kommuner och landsting inte bör åläggas nya uppgifter utan att de samtidigt får möjlighet att finansiera dessa med annat än höjda skatter. Om statsmakterna fattar beslut som gör det möjligt att den kommunala verksamheten kan bedrivas billigare bör statsmakterna på motsvarande sätt minska de statliga bidragen.

Den husläkarverksamhet, som jag här föreslår, ryms inom de samlade resurser som i dag står till hälso- och sjukvårdens förfogande. Däremot kan verksamheten, som jag tidigare nämnt, aktualisera behovet av att resurser omfördelas mellan den slutna och öppna vården samt inom den öppna vården. I vilken utsträckning detta behövs beror bl.a. på hur långt huvudmännen har kommit i sitt arbete med att utveckla den öppna vården och hur mycket av de sammanlagda resurserna för hälso- och sjukvården som är bundna i den slutna vården. En reform av det slag som husläkarreformen representerar medför dock vissa initialkostnader. Det finns därför anledning att överväga begränsade statliga resurstillskott för vissa specifika insatser i samband med dess genomförande. Jag återkommer till detta i det följande (avsnitt 4.3).

Det är alltså sjukvårdshuvudmännen som, förutom patientavgifter, skall bekosta husläkarverksamheten oavsett om husläkaren i fråga är privatpraktiserande eller offentligt anställd. Det ankommer därför på varje huvudman att besluta om hur reformen skall finansieras och vilka omfördelningar som måste göras inom ramen för hälso- och sjukvårdsbudgeten.

Den avlastning av länssjukvården, som husläkarreformen förväntas medföra, är dock bara en del av det pågående reformarbete som påverkar länssjukvårdens resursbehov och struktur. Annat förändringsarbete av betydelse är bl.a. övergång till dagkirurgi och veckovård, klinikgemensamma vårdplatser och ändrad jourorganisation. Att koncentrera

vissa mindre frekventa behandlingar och operationer till ett färre antal sjukhus är andra exempel på omstruktureringar som diskuteras och som är angelägna att genomföra bl.a. ur kvalitetssäkringssynpunkt.

Behovet av omfördelningar mellan länssjukvård och primärvård påverkas naturligtvis också av vilka möjligheter och incitament det finns att bättre utnyttja de resurser som redan finns tillgängliga inom primärvården. I de försök som gjorts med husläkarliknande system, t.ex. vid de s.k. kvartersakuterna i Stockholm, har läkartätheten kunnat ökas inom i princip tillgängliga ekonomiska ramar genom att andra personal-kategorier kunnat minskas.

Den kontakt och det förtroende som på goda grunder förväntas byggas upp mellan husläkaren och de personer som han har anslutna till sig torde komma att minska efterfrågan på andra specialistkontakter i öppenvården. En sådan utveckling förstärks om sjukvårdshuvudmännen beslutar sig för att använda differentierade patientavgifter som ett medel att styra vårdsökandet.

I andra länder med husläkarsystem krävs remiss från en husläkare för att få tillgång till annan öppen specialistvård och sluten vård vid sjukhus eller motsvarande. Vid olycksfall eller livshotande tillstånd görs naturligtvis undantag från denna regel. Det generella remissvänget verkar i dessa länder vara allmänt accepterat, både bland läkare och patienter. Det hävdas också att remissvänget aktivt bidragit till att begränsa kostnaderna för hälso- och sjukvården. Trots dessa positiva erfarenheter anser jag inte, som tidigare framgått, att ett generellt remissväng bör införas i det svenska husläkarsystemet. Skulle det dock senare visa sig att den åsyftade utvecklingen till förmån för primärvård och husläkare inte kommer till stånd bör frågan tas upp till förnyad prövning. Uppbyggnaden av ersättningssystemet för husläkarverksamheten innebär i sig en viss kostnadskontroll, men för att denna skall få full effekt måste den kombineras med vissa insatser för att styra vårdsökandet. Jag vill därför understryka vikten av att sjukvårdshuvudmännen noga överväger detta i samband med att de fastställer patientavgifterna.

Men differentieringen av patientavgifter bör givetvis inte ta sådana former att alla patienter av ekonomiska skäl tvingas att söka all vård genom husläkare. I de fall där det är uppenbart att vården bör ges av en annan vårdgivare skulle detta, utöver att fördröja kontakten mellan rätt vårdgivare och patienten, också kunna innebära samhällsekonomiska förluster genom den tid besöket hos husläkaren tar, besöksersättning, reseersättning, inkomstbortfall m.m.

Målsättningen är att alla skall ha tillgång till en fritt vald husläkare senast vid utgången av år 1995. Husläkaren skall kunna vara egen företagare eller offentligt anställd. De närmaste åren kommer därmed att kännetecknas av ett intensifierat förändringsarbete inom primärvården. Under denna tid skall en ny verksamhet byggas upp, ibland i nya driftformer, och andra verksamheter minskas eller kanske helt avvecklas. Statskontoret har i rapporten Den offentliga sektorns utmanare gjort en inventering av teoretiska och praktiska aspekter när det gäller valet av i vems regi produktionen av offentliga varor och tjänster skall ske. Av

rapporten framgår att konkurrens kan spara betydande belopp i den offentliga sektorn. Vid en sådan omstrukturering kan det dock under en övergångsperiod uppstå viss friktion och extrakostnader, t.ex. kostnader för avtalsenliga löner under uppsägningstiden, vissa lokalkostnader, temporärt produktionsbortfall eller dubbelkapacitet. Eventuella kostnader av detta slag är mycket svåra att uppskatta, men omfattningen torde bli relativt begränsad.

4.3 Vissa statliga övergångsåtgärder

Mitt förslag: Som stöd för husläkarreformens genomförande skall staten under en treårsperiod tillskjuta sammanlagt högst 600 miljoner kronor. Dessa medel skall finnas tillgängliga från och med den 1 juli 1993 till och med den 30 juni 1996 och fördelas jämnt över de tre budgetåren. Resurstillskottet skall avse bidrag till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med husläkarsystemets införande, kvalitetssäkring och informationsförsörjning samt uppföljning och utvärdering.

Medlen till utgiften för budgetåret 1993/94, som beräknas uppgå till 200 miljoner kronor, bör anvisas under ett nytt reservationsanslag, Bidrag till husläkarsystem m.m.

Min bedömning: En särskild parlamentariskt sammansatt delegation, husläkardelegationen, tillsätts för att följa genomförandet av reformen och bl.a. bevaka att ingen driftform otillbörligt gynnas framför andra.

Förslaget i promemorian: Överensstämmer i huvudsak med mitt.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig i frågan anser att det behövs statliga stimulansbidrag i samband med reformens införande. Ingen remissinstans har dock uttryckligen berört frågan om att producentneutraliteten bör följas upp av en partssammansatt nationell delegation.

Skälen för mina ställningstaganden: Skyldigheten att erbjuda medborgarna en husläkare, liksom finansieringen av densamme, kommer att åvila sjukvårdshuvudmännen. Staten bör dock ha ett kostnadsansvar för vissa utbildningsinsatser. Staten har även ett starkt intresse av att kunna bedriva en aktiv tillsyn, följa verksamhetens utveckling och bedöma dess effekter. För att underlätta såväl genomförandet av husläkarreformen som säkerställandet av att verksamheten får en hög och jämn kvalitet i hela landet bör staten bidra med vissa tidsbegränsade statliga stimulansåtgärder. Dessa skall avse följande:

- Bidrag till sjukvårdshuvudmännen för vissa kostnader i samband med husläkarsystemets införande. Detta bidrag bör i första hand avse kostnader för information och förteckning, fortbildning av andra specialister för att dessa skall uppnå kompetens som husläkare samt vissa andra övergångskostnader i samband med att reformen genomförs.

- Specialistkurser
- Bidrag till kvalitetssäkring och informationsförsörjning.
- En parlamentariskt sammansatt delegation på nationell nivå - husläkardelegationen.
- Utbildningsinsatser för distriktssköterskor

Stimulansbidrag till sjukvårdshuvudmännen

I samband med att husläkarreformen genomförs är det viktigt att befolkningen får en tydlig och ändamålsenlig information om husläkarverksamheten och vad den innebär för den enskilde. Det är också nödvändigt att sjukvårdshuvudmannen som finansiar av verksamheten har kunskap om vilka personer i sjukvårdsdistriktet som är anslutna till (förtecknade hos) en viss husläkare.

Sjukvårdshuvudmannens finansieringsansvar innebär bl.a. att det närmast är denne som bör ha ansvaret för att de personer som själva angivit en viss speciell husläkare blir uppförda på en särskild förteckning hos denne. Den enskilde som inte själv namnger en husläkare kan tilldelas en sådan av sjukvårdshuvudmannen. Såväl husläkaren som den enskilde skall underrättas om detta.

Förutom de teoretiska delarna av specialistutbildningen kommer det att behövas praktisk utbildning i form av handledd tjänstgöring inom olika kliniker. Även här blir omfattning och inriktning beroende av de potentiella husläkarnas tidigare utbildning och erfarenhet. Möjligheterna till praktisk utbildning är dock beroende av klinikernas kapacitet att erbjuda handledd tjänstgöring. Sjukvårdshuvudmännen bör i princip svara för de kostnader som är förknippade med denna del av utbildningen av de specialister som även vill uppnå specialistkompetens i allmänmedicin. Det kan dock bli fråga om vissa extra insatser som kommer att innebära en ytterligare arbetsbelastning på de enheter hos sjukvårdshuvudmännen som är engagerade i utbildningen.

Som jag tidigare har nämnt kommer de närmaste åren att kännetecknas av ett intensifierat förändringsarbete inom primärvården. Ny verksamhet planeras, ibland i nya driftformer, vilket på sikt skall gagna en effektivare verksamhet. Vid en sådan omställning kan det dock under en övergångsperiod uppstå extrakostnader i form av, t.ex. vissa lokalkostnader, kostnader för avtalsenliga löner under uppsägningstid, temporära produktionsbortfall eller dubbelkapacitet.

Sammantaget anser jag att detta talar för att ett statligt bidrag om 130 miljoner kronor per år eller sammanlagt 390 miljoner kronor under den aktuella treårsperioden bör lämnas för vissa kostnader i samband med att husläkarsystemet införs.

Läkartillgång och utbildningsbehov

För att husläkarreformen skall kunna genomföras kommer det att behövas fler läkare som är verksamma som specialister i allmänmedicin. Målsättningen är en husläkare på ca 2 000 invånare, vilket med en be-

folkning på 8 650 000 innebär ett behov av minst ca 4 325 husläkare.

Detta kan jämföras med att det enligt uppgift från Socialstyrelsen den 1 januari 1992 fanns ca 4 570 läkare med vidareutbildning i allmänmedicin. Knappt 8 % eller 361 av dem var 65 år eller äldre. Härtill kommer de läkare som nu genomför sin vidareutbildning inom denna specialitet. Men jag vill påpeka att långt ifrån alla med specialistkompetens inom allmänmedicin är verksamma inom detta område. Jämfört med andra specialiteter är det också relativt många som avbryter sin vidareutbildning i allmänmedicin respektive lämnar sin yrkesverksamhet som distriktsläkare. Tillgången till specialister i allmänmedicin är dock betydligt bättre än bara för ett par år sedan, vilket kommer att underlätta genomförandet av ett husläkarsystem.

Vid 1980-talets slut fanns det ca 2 950 inrättade allmänläkartjänster. Av dessa var uppemot en tredjedel vakanta eller uppehölls av mer eller mindre tillfälliga vikarier. I dag är situationen betydligt bättre. På flera orter där man tidigare haft flera vakanta distriktsläkartjänster har dessa nu kunnat bemannas. Detta gäller dock ännu inte hela landet.

Generellt sett finns det ingen brist på läkare i Sverige. Jämfört med förhållandena i andra länder kan snarare motsatsen hävdas. År 1988 var det genomsnittliga antalet invånare per läkare 340 i Sverige, i Danmark 375 invånare per läkare, i Nederländerna 412, i USA 429 och i Storbritannien 730 invånare per läkare.

De läkare på vilka husläkarsystemet skall bygga finns alltså i princip redan i dag inom hälso- och sjukvården. Men det gäller att finna sådana arbetsmässiga och ekonomiska förhållanden, som gör det attraktivt att arbeta som husläkare. I första hand bör givetvis de specialister i allmänmedicin som av olika skäl lämnat primärvården stimuleras att återvända dit. Men detta är inte tillräckligt för att täcka behoven. Även läkare med annan specialistutbildning bör därför ges möjlighet att efter viss kompletterande utbildning arbeta som husläkare. Dessa läkare kan i dag återfinnas inom såväl öppenvården som den slutna vården.

Det bör, som jag tidigare föreslagit, ankomma på Socialstyrelsen att utforma riktlinjer för vilken kompletterande utbildning som behövs för specialister av olika slag för att de även skall uppnå specialistkompetens i allmänmedicin. Omfattningen av denna utbildning kommer med naturlighet att variera högst väsentligt beroende på den enskilde läkarens ursprungliga specialitet och erfarenheter. Arbetet med att utforma riktlinjer för erforderlig vidareutbildning bör ske i nära samarbete med representanter för yrkeskåren, i första hand Svensk förening för allmänmedicin.

Den kompletterande utbildningen bör i regel bestå av såväl viss teoretisk utbildning som handledd tjänstgöring inom olika kliniker. Den teoretiska utbildning som kan komma i fråga är främst s.k. specialistkompetenskurser (SK-kurser) men också andra kurser och seminarier. Socialstyrelsen svarar för den övergripande planeringen och administrativt för den av SK-kurserna. Kurserna genomförs till stor del som uppdragsutbildning vid de högskolor där läkarutbildning bedrivs.

Det är i dagsläget svårt att bedöma hur många läkare som kan komma

att behöva denna kompletterande utbildning, bl.a. för att det inte är möjligt att förutse hur många specialister i allmänmedicin, vilka tidigare har lämnat primärvården, som nu kommer att återvända för att arbeta som husläkare. Vidare är behovet av kurser beroende av vilken specialitet som de potentiella husläkarna har i dag.

Socialstyrelsen har i sin budget vissa medel för vidareutbildning av läkare. I samband med husläkarreformen beräknar jag att ytterligare 7 miljoner kronor behövs årligen, dvs. sammanlagt 21 miljoner under den kommande treårsperioden, för att utöka antalet SK-kurser. Dessa kurser skall då riktas till de läkare med specialistbevis i andra specialiteter än allmänmedicin, som vill få specialistbevis även inom detta område.

Bidrag till kvalitetssäkring och informationsåterföring

Som jag tidigare nämnt saknas det i dag nästan helt information kring prestationer, effekter och kostnader inom primärvården. Det är också svårt att få fram uppgifter kring vårdkonsumtion i olika åldrar samt i olika delar av landet.

Det är nödvändigt att denna brist på information undanröjs. På nationell nivå måste en effektiv tillsyn av verksamheten kunna ske och på regional och lokal nivå skall man kunna följa upp och utvärdera olika åtgärder eller att göra jämförelser mellan olika primärvårdsdistrikt och husläkarmottagningar.

Även de som är verksamma inom primärvården behöver information för att kunna granska och följa upp sin verksamhet, som ett led i arbetet att vidareutveckla kvaliteten i densamma. Den egna verksamheten skall kunna värderas och ställas i relation till annan likartad verksamhet.

Enligt minimikraven på ett husläkaråtagande skall varje husläkare medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt. Den förutsedda mångfalden när det gäller driftformerna inom husläkarsystemet accentuerar behovet av möjligheterna att kunna följa upp, jämföra och värdera olika verksamheter. I England finns preciserade krav på kvalitetssäkringsaktiviteter inskrivna i det nationella kontraktet. Där, liksom i Danmark, finns också reglerat i kontrakten vilken verksamhetsstatistik som skall redovisas.

Det pågående arbetet med att utveckla system för kvalitetssäkring och verksamhetsredovisning bör således intensifieras. Då husläkarsystemet successivt skall införas för att vara fullt utbyggt vid utgången av år 1995 bör det redan inför år 1994 finnas utvecklade metoder och former för hur verksamheten skall kunna följas upp. Utvecklingsarbetet bör, som tidigare nämnts, ske i nära samarbete mellan Socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och yrkeskåren. Under utvecklingsarbetet bör det vara av stort värde att ta del av bl.a. det danska systemet för åiterrapportering till huvudmannen samt det kvalitetssäkringsarbete som sker i Nederländerna och i England samt vid vissa vårdcentraler i vårt land. Arbetet med att utveckla kvalitetssäkringen är dock en ständigt pågående process.

I syfte att stimulera kvalitetssäkringsarbetet inom primärvården och

koppla detta till husläkarsystemets införande bör ett statligt bidrag lämnas med 5 miljoner kronor årligen under budgetåren 1993/94, 1994/95 och 1995/96, eller med sammanlagt 15 miljoner kronor. En viktig del i det arbete som behöver utföras är att utforma kvalitetsindikatorer för husläkarnas verksamhet.

Mycket talar för att kvalitetssäkringen och informationsåterföringen skall ske i ADB-miljö. Det blir då viktigt dels att samtliga husläkare använder sig av de möjligheter som datoriseringen ger, dels att avidentifierade statistiska data på ett enkelt sätt kan överföras från husläkaren till sjukvårdshuvudmannen eller Socialstyrelsen. Det sistnämnda talar för att vissa mycket grundläggande krav vad gäller enhetliga begrepp, kommunikationsstandarder och kompatibilitet m.m. bör utarbetas och fastställas centralt.

En ökad datorisering i syfte att underlätta kvalitetssäkring och informationsåterföring bör ske parallellt med uppbyggnaden av husläkar-systemet. För att underlätta denna avser jag att ta upp förhandlingar med företrädare för sjukvårdshuvudmännen om hur ett bidrag om 50 miljoner kronor årligen eller sammanlagt 150 miljoner kronor för att stimulera denna verksamhet skulle kunna utformas.

I detta sammanhang vill jag också påpeka att det inom Socialdepartementet pågår ett förberedelsearbete i syfte att tillkalla en utredning med uppgift att se över frågan om lagreglering av personregister inom hälso- och sjukvården. Avsikten är att en sådan utredning skall kunna påbörja sitt arbete under år 1993.

Husläkardelegationen

Det ankommer i första hand på Socialstyrelsen att följa utvecklingen och bedöma effekterna av en husläkarreform. Detta är ett led i Socialstyrelsens ordinarie tillsyns- och kvalitetssäkringsarbete där den enskildes rätt till en god hälso- och sjukvård står i fokus.

Det finns dock flera syften med och inslag i husläkarreformen, som det finns anledning att särskilt uppmärksamma. En parlamentariskt sammansatt delegation bör därför tillsättas på nationell nivå, där också företrädare för berörda intressenter är representerade. En av delegationens huvuduppgifter skall enligt min mening vara att följa reformens effekter vad gäller fördelningen av husläkare och andra läkare över landet. Delegationen bör också lämna förslag till åtgärder om husläkarreformen inte leder till att nuvarande obalanser i läkartillgången över landet minskar.

Vidare skall delegationen på begäran av berörda parter yttra sig i frågor som rör producent- och konkurrensneutralitet och bedöma om en sådan neutralitet mellan olika driftformer i realiteten uppnås. Men jag anser också att det är angeläget att delegationen fortlöpande noga följer den praktiska tillämpningen av det nya ersättningsystem, som är förknippat med husläkarreformen, och hur sjukvårdshuvudmännen väljer att utforma husläkaråtagandet. Delegationen bör i övrigt kunna ta upp andra frågor som kan aktualiseras till följd av husläkarreformen.

I detta sammanhang vill jag också ta upp frågan om husläkarnämnder.

Enligt min mening vore det till stor fördel att sjukvårdshuvudmännen i samband med en husläkarreform beslutade att inrätta ett partssammansatt organ, en husläkarnämnd eller motsvarande, där man kunde diskutera frågor av gemensamt intresse. Jag tänker då närmast på frågor som rör information till befolkningen i samband med att husläkarsystemet inrättas och erbjudandet om att ansluta sig till en husläkare, mål och riktlinjer för husläkarverksamheten, informationsförsörjning och kvalitets-säkring, uppföljning av ersättningssystemet, producentneutralitet m.m. Det ankommer dock på sjukvårdshuvudmännen själva att avgöra om man önskar inrätta ett sådant organ.

För husläkardelegationen och vissa andra uppföljnings- och utvärderingsinsatser beräknar jag att 3 miljoner kronor årligen kommer att behövas, dvs. sammanlagt 9 miljoner kronor under aktuell treårsperiod.

Utbildningsinsatser för distriktssköterskor

I det följande (avsnitt 5) kommer jag att behandla frågan om förskrivningsrätt för distriktssköterskor. Enligt min mening bör distriktssköterskor med viss utbildning generellt få möjlighet att förskriva vissa läkemedel. Ett statligt stimulansbidrag om sammanlagt 15 miljoner kronor bör lämnas för att anordna sådan utbildning.

Sammanställning av de statliga stimulansåtgärderna

En översiktlig redovisning av kostnaderna för de tidsbegränsade statliga stimulansåtgärderna som jag föreslår i samband med husläkarsystemets införande m.m. utfaller därmed enligt följande (miljoner kronor):

	93/94	94/95	95/96	93/94-95/96
Bidrag till sjukvårdshuvudmannen	130,0	130,0	130,0	390,0
Specialistkurser	7,0	7,0	7,0	21,0
Informationsförsörjning (ADB-stöd)	50,0	50,0	50,0	150,0
Kvalitetssäkring	5,0	5,0	5,0	15,0
Husläkardelegation m.m.	3,0	3,0	3,0	9,0
Utbildningsinsatser för distriktssköterskor	5,0	5,0	5,0	15,0
SUMMA	200,0	200,0	200,0	600,0

Medel till dessa utgifter för budgetåret 1993/94, som beräknas uppgå till 200 miljoner kronor, bör anvisas under ett nytt reservationsanslag, Bidrag till husläkarsystem m.m.

5.1 Bakgrund

Regeringen uppdrog år 1978 åt Socialstyrelsen att – efter samråd med bl.a. företrädare för Universitets- och högskoleämbetet, Landstingsförbundet, Sveriges läkarförbund, Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund och Apoteksbolaget AB – utreda förutsättningarna och formerna för en begränsad försöksverksamhet med rätt för distriktssköterskor och företagssköterskor att förskriva vissa läkemedel. Uppdraget begränsades sedermera till att endast avse distriktssköterskor. År 1985 uppdrog regeringen åt styrelsen att fullfölja uppdraget och inleda en försöksverksamhet med förskrivningsrätt för distriktssköterskor.

Det huvudsakliga motivet för försöket var att det skulle kunna vara till gagn för både patienter och personal, särskilt i glesbygdsområden med läkarbrist, om distriktssköterskor, som ofta står i nära kontakt med patienterna, kunde få förskriva vissa läkemedel.

5.2 Försöksverksamheten

Socialstyrelsen presenterade år 1986 en projektplan för försöksverksamheten för regeringen, som påföljande år beslutade att försöket skulle genomföras i enlighet med planen, pågå i tre år och sedan utvärderas. Jämtlands län utsågs till försökslän. Ett skäl för detta val var den omfattande registrering av läkemedelsförskrivningar som hade pågått i länet sedan början av 1970-talet.

Försöksverksamheten startade år 1988. Enligt de ursprungliga planerna skulle den pågå i tre år, men har senare förlängts och pågår fortfarande.

I försöksverksamheten har 37 distriktssköterskor fördelade på knappt tio vårdcentraler deltagit. Både receptfria och receptbelagda läkemedel har ingått i försöket. Läkemedlen har varit utvalda så att de anses ingå i en distriktssköterskas omvårdnadsarbete. Valet av läkemedel har gjorts av den lokala läkemedelskommittén. Under försöksperioden har många läkemedel som tidigare varit receptbelagda blivit receptfria. Vidare har möjligheten att förskriva receptfria läkemedel med rabatt starkt begränsats genom olika reformer på läkemedelsområdet.

5.3 Utvärdering

Utvärderingen har huvudsakligen gjorts under år 1992, dvs. efter cirka fyra års försöksverksamhet. Utvärderingen omfattar tre delstudier:

- Utvärdering av den medicinska säkerheten och kvaliteten.
- Intervjuer med distriktssköterskor och distriktsläkare.
- Inleverans av läkemedel till berörda områden.

Vårdkvaliteten och de samhällsekonomiska konsekvenserna har inte utvärderats.

Med reservation för försökets begränsade omfattning har utvärderings-

gruppen gjort följande konstateranden:

1. Några medicinska säkerhetsproblem under givna förutsättningar har inte avslöjats.

2. I de studerade förskrivningarna har den medicinska kvaliteten varit god.

3. Distriktssköterskorna har varit positiva till försöket, men upplevt ointresse och ibland samarbetsproblem och passivt motstånd från distriktsläkarna.

4. Statistiken för läkemedel som inlevererats till de områden som omfattats av försöksverksamheten totalt sett tycks inte ha påverkats.

5. Distriktssköterskorna har i genomsnitt skrivit 2,8 recept per månad under försöket, vilket är mindre än 1 % av distriktsläkarnas förskrivningsfrekvens.

Socialstyrelsen har i sin bedömning framhållit att försöksverksamheten varit så begränsad att några generella slutsatser inte kan dras. Styrelsen föreslår emellertid att distriktssköterskorna erhåller förskrivningsrätt för icke receptbelagda läkemedel. Vidare föreslår styrelsen att en vidgad studie med ett mer kvalificerat urval av läkemedel genomförs och att denna fortlöpande värderas.

5.4. Överväganden och förslag

Mitt förslag: Lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. ändras så att läkemedel som får förskrivas av distriktssköterskor omfattas av prisnedsättning och kostnadsbefrielse.

Min bedömning: Försöksverksamhet med förskrivningsrätt för distriktssköterskor för ett bredare sortiment av läkemedel än det som varit aktuellt i försöksverksamheten i Jämtland bör genomföras.

Skälen för mina ställningstaganden: Vid hanteringen av läkemedel utgör förordnande och utlämnande det sista ledet före användning. Självfallet måste lika höga krav på säkerhet och kvalitet ställas på detta led som på andra led i hanteringen. Det ankommer på Läkemedelsverket att, enligt regeringens bemyndigande, besluta om vem som får förskriva läkemedel.

Inom ramen för försöksverksamheten med förskrivningsrätt har vissa distriktssköterskor i Jämtlands läns landsting haft möjlighet att förskriva vissa läkemedel. Den utvärdering som har gjorts visar att de förskrivningar som berörda distriktssköterskor har gjort har varit korrekta. Samstämmigheten mellan besöksanledning och ordination har varit mycket god. Någon anmärkning mot den medicinska säkerheten har inte redovisats och servicen i "frontlinjen" bedöms vara betryggande. Remisser till andra vårdinstanser har också kunnat begränsas.

Jag anser att utvärderingen utgör ett tillräckligt underlag för att distriktssköterskor med viss utbildning generellt skall få möjlighet att förskriva vissa läkemedel. I första hand torde detta kunna bli aktuellt för de läkemedel som omfattats av försöksverksamheten. Jag är heller inte främmande för att distriktssköterskor skulle kunna få förskriva fler läkemedel än de som omfattats av försöksverksamheten i Jämtland. Jag har därför för avsikt att föreslå att en ny försöksverksamhet med ett bredare sortiment av läkemedel genomförs. Förutsättningen för att distriktssköterskor skall kunna ges rätt att förskriva läkemedel är emellertid att detta sker under medicinskt betryggande former. För detta krävs att aktuella distriktssköterskor erhåller kompletterande utbildning i läkemedelslära. På sikt ser jag det som naturligt att sådan utbildning byggs in i den grundläggande utbildningen för personalgruppen.

För att underlätta möjligheterna för distriktssköterskorna att få nödvändig utbildning för att förskriva vissa läkemedel förordar jag att ett statligt stimulansbidrag om sammanlagt 15 miljoner kronor lämnas för att anordna sådan utbildning. Jag föreslår också att lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. ändras så att även de läkemedel, som kan förskrivas av distriktssköterskor med behörighet därtill, omfattas av samma prisnedsättning och kostnadsbefrielse som läkemedel som förskrivas av läkare. Vidare förordar jag att en ny försöksverksamhet genomförs i syfte att vidga läkemedelssortimentet vad gäller distriktssköterskornas förskrivningsrätt.

6 Upprättade lagförslag

I enlighet med vad jag nu har anfört har inom Socialdepartementet upprättats förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om husläkare,
3. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
4. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,
5. lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor,
6. lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

Lagen under 1 och 2 har granskats av Lagrådet. De övriga lagarna hör inte till Lagrådets granskningsområde.

7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

5 §

Paragrafens första stycke är oförändrat. Av detta framgår bl.a. att all hälso- och sjukvård som sker utan att patienten är intagen i sjukhus benämns öppen vård.

I det nya andra stycket föreskrivs att landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en husläkare. Till skillnad från vad Lagrådet föreslagit framgår det således av denna lag även att det är de enskilda som skall kunna välja husläkare. Bestämmelsen har i övrigt utformats enligt Lagrådets förslag.

Av 3 § i lagen följer att den nya bestämmelsen gäller även kommuner som inte ingår i ett landsting.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall varje landsting erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta i landstinget (3 §). Hur detta skall ske regleras däremot inte annat än i vissa hänseenden. Av denna paragrafs första stycke framgår exempelvis att det måste finnas sjukhus. Ett annat exempel är bestämmelserna om personalen i 13 - 16 §§. Ytterligare ett exempel är bestämmelsen om att ledningen för hälso- och sjukvården skall utövas av en eller flera nämnder (10 §).

Genom det nya andra stycket preciseras kraven på landstinget ytterligare. Den öppna vården måste organiseras med husläkare. Bestämmelsen i sig anger däremot inte hur detta skall ske utöver att det i första hand är den enskilde och inte landstinget som skall kunna välja sin husläkare. Jag anser sistnämnda förhållande vara så väsentligt att det bör återspeglas i hälso- och sjukvårdslagen.

Att även andra än landstinget kan bedriva hälso- och sjukvård anges i lagens 3 §. Av samma paragraf framgår numera även att landstinget, med vissa inskränkningar vad gäller uppgifter som innefattar myndighetsutövning, får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget har enligt denna lag (SFS 1992:1382 som trädde i kraft den 1 januari 1993). Landstinget kan således anställa husläkare i landstinget eller låta privatpraktiserande läkare utföra de uppgifter som husläkarna skall ha.

De nya bestämmelserna om husläkare korresponderar med de särskilda bestämmelserna om husläkare som finns i den lag om husläkare som föreslås i detta ärende. Beträffande den närmare innebörden av husläkarens särskilda ansvar hänvisar jag därför till den lagen. I paragrafen finns slutligen en hänvisning till dessa bestämmelser.

14 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården. Bestämmelserna i sin hittillsvarande lydelse har gällt sedan den 1 juli 1991 (prop. 1989/90:81, bet. 1989/90:SoU24, rskr. 1989/90:313).

Ändringen innebär att det vid sådana enheter inom den offentliga hälso- och sjukvården som består av husläkare inte behöver finnas chefsöverläkare med ett samlat ledningsansvar. En husläkare bör vad gäller medicinskt ansvar inte vara underställd annan läkare. Hur husläkarna skall inordnas i administrativt hänseende bör landstinget självt få avgöra.

Genom utformningen av 13 § i lagen innebär ändringen vidare att det vid enheter med husläkare inte skall utses särskilda patientansvariga legitimerade läkare. De uppgifter som sådana läkare har motsvaras till stor del av det särskilda ansvaret för patienterna som husläkaren avses få.

Ikraftträdande m.m.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 1994. Landstingets skyldighet enligt 5 § andra stycket inträder dock enligt punkt 2 inte fullt ut förrän vid utgången av år 1995. Bestämmelsen har utformats i enlighet med Lagrådets förslag. Landstinget kan således successivt anpassa organisationen av den öppna vården till de nya kraven. Skälen till denna övergångsreglering berörs vidare i kommentaren till lagen om husläkare.

7.2 Förslaget till lag om husläkare**Inledande bestämmelser****1 §**

I den inledande paragrafen anges att lagen innehåller bestämmelser om husläkare och om enskilda personers val av husläkare i den öppna vård som anges i 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Att det i lagstiftningen i övrigt finns bestämmelser som har betydelse för husläkarnas verksamhet säger sig självt. Det gäller t.ex. sådana bestämmelser som riktar sig till eller avser samtliga läkare.

Hänvisningen till hälso- och sjukvårdslagen innebär bl.a. att målet för husläkarnas hälso- och sjukvård är en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen och att vården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Med hälso- och sjukvård avses i hälso- och sjukvårdslagen att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. En husläkares särskilda uppgifter i vårdorganisationen regleras främst i lagens 9 - 11 §§. Den hälso- och sjukvård som meddelas enligt denna lag är dock inte en särskild form av vård utan en del av den samlade hälso- och sjukvården. Husläkarsystemet är ett sätt att bättre nå upp till de krav som lagstiftningen ställer på hälso- och sjukvården. I den

allmänna motiveringen har särskilt betonats att reformen syftar till att förbättra kontinuiteten och tillgängligheten i den öppna vården.

Hänvisningen till hälso- och sjukvårdslagen medför vidare att bestämmelserna om landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård åt alla gäller även i fråga om vård enligt lagen om husläkare. Bestämmelsen kompletteras av föreskriften i andra stycket. Enligt detta stycke gäller vad som i lagen sägs om landsting även kommuner som inte ingår i ett landsting och andra kommuner som har ansvaret för primärvården i ett område.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen har landstingen och de kommuner som inte ingår i ett landsting det grundläggande ansvaret för hälso- och sjukvården. Vid försöksverksamhet med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård kan en kommun inom landstinget överta ansvaret för viss del av hälso- och sjukvården (primärvården).

I denna paragraf klargörs således att lagens följande bestämmelser om landsting gäller även de nämnda kommunerna.

En kommun som ingår i ett landsting kan vidare på försök helt eller delvis få bedriva primärvård utan att huvudmannansvaret för denna vård går över på kommunen. Verksamheten regleras i lagen (1985:1089) om försöksverksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Lagens giltighetstid har förlängts till utgången av år 1996 (SFS 1991:1590). För försöksverksamheten krävs bl.a. Socialstyrelsens medgivande. Det bör observeras att landstinget, som nyss nämndes, har kvar sitt huvudmannansvar för vården vid sådan försöksverksamhet som nu avses. Detta medför bl.a. att de bestämmelser som reglerar landstingens ansvar och uppgifter inom primärvården gäller även i försöksområdena.

För kommuner i övrigt gäller att de inte har ansvar för läkarinsatser (18 § hälso- och sjukvårdslagen). Dessa kommuner berörs därför inte på ett direkt sätt av ett husläkarsystem.

Hur vården organiseras och dimensioneras är i princip en fråga för sjukvårdshuvudmännen. Vårdorganisationen regleras av staten inte annat än översiktligt och i vissa särskilda delar. En sådan reglering är t.ex. bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om att landstinget måste se till att det finns patientansvariga legitimerade läkare resp. chefsöverläkare vid vissa enheter. Enligt ett förslag i detta ärende skall i hälso- och sjukvårdslagen vidare införas en bestämmelse om att landstinget skall organisera den öppna vården på ett sådant sätt att alla som är bosatta inom landstinget får möjlighet att välja en husläkare. Varken av det nu nämnda förslaget eller av denna lag följer att landstinget måste ha egna husläkare. Däremot skall landstinget se till att varje invånare i landstinget kan få tillgång till en sådan läkare.

2 §

I paragrafens första stycke anges att en husläkare kan vara offentligt eller privat anställd eller vara verksam som enskild företagare. De privatpraktiserande husläkarna kan således vara anställda av annan eller bedriva sin rörelse i bolagsform eller som enskilda yrkesutövare.

Hälso- och sjukvård bedrivs i Sverige fortfarande till övervägande del genom landstingens direkta försorg. I hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om landstingets ansvar för hälso- och sjukvård erinras dock om att detta ansvar inte utgör hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård. Enligt regeringens bedömning i prop. 1992/93:43 Ökad konkurrens i kommunal verksamhet är konkurrens ett viktigt medel för att uppnå ökad effektivitet inom den kommunala sektorn. I syfte att klarlägga landstingens möjligheter att lägga ut verksamhet på entreprenad föreslog regeringen därför i nyss nämnda proposition en ändring i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen. Ändringen innebär att det i hälso- och sjukvårdslagen uttryckligen anges att landstinget får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av den nya bestämmelsen överlämnas till ett bolag, en förening, en samfällighet, en stiftelse eller en enskild individ. Riksdagen har nyligen beslutat i enlighet med regeringens förslag (bet. 1992/93:SoU9, rskr. 1992/93:105). Lagändringen trädde i kraft den 1 januari 1993 (SFS 1992:1382).

En privatpraktiserande husläkare som är verksam enbart med sådana uppgifter som följer av det grundläggande ansvaret enligt 9 § utför inte sina uppgifter på landstingets uppdrag. De enda avtalsförhållanden som råder mellan en sådan husläkare och landstinget är de som behövs för ersättning till läkaren och för dennes medverkan i uppföljning eller utvärdering av den egna verksamheten. De privatpraktiserande husläkare som efter överenskommelse med landstinget eller efter beslut med stöd av 10 § utför mera omfattande uppgifter är däremot att se som uppdragstagare eller entreprenörer.

En särskild fråga i detta sammanhang är i vilken omfattning landstingen får bilda privaträttsliga subjekt som t.ex. aktiebolag för att i denna form utföra sina uppgifter enligt denna lag. En husläkare som är anställd i ett aktiebolag är definitionsmässigt att anse som privatpraktiserande även om landstinget äger samtliga aktier i bolaget. Frågan om i vilken utsträckning ett landsting får lämna över vården av en angelägenhet till ett bolag etc. regleras i 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900). Det är en fråga för domstolarna att genom rättspraxis fastställa gränserna för denna möjlighet.

Enligt andra stycket skall husläkaren ha specialistkompetens i allmänmedicin. En möjlighet till dispens finns dock. Frågan om husläkarnas formella kompetens och om dispensmöjligheterna har behandlats i avsnitt 3.3.3.

För att enskilt utöva läkaryrket i Sverige krävs legitimation som läkare (6 § lagen (1984:542) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m.). Läkaren behöver däremot inte ha specialistkompe-

tens. Inom den offentligt bedrivna hälso- och sjukvården kan även icke-legitimerade läkare få särskilt förordnande att utöva läkaryrket. Sådana förordnanden krävs t.ex. för läkare som genomgår allmäntjänstgöring för att få legitimation som läkare (AT-läkare). Inom landstingen gäller i övrigt att andra läkare än AT-läkare och sådana läkare som genomgår vidareutbildning för att få specialistkompetens (ST-läkare) skall vara specialister. Sedan den 1 juli 1991 finns det däremot, med några enstaka undantag inom t.ex. den psykiatriska tvångsvården, inte längre något krav på att landstingen skall anställa en läkare med viss specialistkompetens på en viss tjänst. Också för chefsöverläkarna enligt 14 § hälso- och sjukvårdslagen är det formella kravet specialistkompetens men utan inskränkning till viss angiven specialitet. Av förarbetena till den nämnda bestämmelsen framgår dock att chefsöverläkaren skall ha en specialistkompetens med i huvudsak samma inriktning som verksamheten vid enheten (prop. 1989/90:81 s. 27 f.).

I den allmänna motiveringen (avsnitt 3.3.3) har redovisats skälen till att husläkaren i normalfallet bör vara specialist i allmänmedicin. Kravet har ansetts så betydelsefullt att det bör anges i lagen. Samtidigt har det konstaterats både att tillgången på sådana specialister ännu inte är tillräcklig och att det undantagsvis kan finnas skäl att låta annan läkare vara husläkare. I paragrafen anges därför att regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får medge undantag från det angivna behörighetskravet. Uppgiften ligger nära Socialstyrelsens övriga uppgifter när det gäller att pröva olika behörighets- och kompetensfrågor. Styrelsen får t.ex. med stöd av 5 § förordningen (1984:545) om behörighet att utöva yrke inom hälso- och sjukvården m.m. när det finns särskilda skäl meddela bevis om specialistkompetens till en legitimerad läkare trots att hans utbildning inte uppfyller de villkor som föreskrivs i förordningen för sådan kompetens.

I likhet med vad som gäller enligt behörighetslagstiftningen bör Socialstyrelsens beslut om avslag kunna överklagas. Bestämmelser härom kan tas in i förordning.

Val av husläkare

3 §

I paragrafen finns den grundläggande bestämmelsen om enskildas val av husläkare. I den allmänna motiveringen har det fria valet av husläkare angivits som en av grundförutsättningarna i husläkarreformen (avsnitt 3.2). Frågor om att välja husläkare har behandlats i avsnitt 3.4.

Enligt bestämmelsen skall en enskild som vill ha en viss läkare som sin husläkare anmäla detta till läkaren. Anmälan får göras av den som är bosatt här i landet. Någon närmare bestämning av bosättningsbegreppet finns inte i lagen. Avsikten är att samma bosättningsbegrepp som inom folkbokföringen skall tillämpas. Reglerna härom finns i folkbokföringslagen (1991:481).

Med bosatta kommer att likställas sådana personer som enligt lagen (1992:1777) om samordning av systemen för social trygghet när perso-

ner flyttar inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) skall omfattas av svensk lagstiftning såvitt gäller hälso- och sjukvård och annan social trygghet (jfr prop. 1991/92:170, del II, bilaga 4). Den nämnda lagen träder i kraft den dag regeringen bestämmer.

Paragrafen innehåller vidare bestämmelser om anmälan för barn, dvs. den som är under 18 år. Av bestämmelserna framgår att ett barn som har fyllt 16 år har rätt att själv välja husläkare. Om ett sådant barn och dess vårdnadshavare har olika uppfattning är det således barnets önskemål som är avgörande.

Den enskildes val av husläkare är självfallet inte helt fritt. En första förutsättning är att den valde läkaren är eller inom kort tid kommer att bli verksam som husläkare. Det måste vidare finnas möjlighet för husläkaren att ta emot ytterligare personer, dvs. läkaren får inte redan ha ansvar för ett maximalt antal patienter. Husläkaren skall däremot inte ha möjlighet att göra ett urval av för läkaren lämpliga patienter (jfr 13 §).

Några begränsningar i den enskildes val till ett avgränsat geografiskt område finns inte i paragrafen. Det är därför i princip möjligt att välja en husläkare som är verksam i ett annat landsting än det där den enskilde är bosatt. För att underlätta sådana val bör landstingen med stöd av 4 § hälso- och sjukvårdslagen komma överens om att tillåta även den som är bosatt i ett annat landsting att välja husläkare. Om några sådana överenskommelser inte ingås är en husläkare anställd av ett annat landsting än det där den enskilde är bosatt i princip förhindrad och i vart fall inte skyldig att ta emot denne. En privatpraktiserande husläkare kan däremot ta emot patienter oavsett i vilket landsting dessa är bosatta.

Frågan om kommunernas och landstingens möjligheter att åta sig uppdragsverksamhet utanför det egna området övervägs av Lokaldemokrati-kommittén (C 1992:01).

4 §

Lagen gäller enligt den inledande paragrafen i den öppna vård som anges i 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Detta innebär att hälso- och sjukvårdslagens föreskrifter, t.ex. om landstingens och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård, gäller även i fråga om vård som omfattas av denna lag. Bestämmelsen kompletteras av föreskrifterna i denna paragraf om att det är landstinget som ansvarar för att alla som är bosatta inom landstinget får möjlighet att välja en husläkare.

Med bosättning avses detsamma som i hälso- och sjukvårdslagen som i sin tur använder begreppet i samma betydelse som i folkbokföringsbestämmelserna. Dessa finns numera i den nyss nämnda folkbokföringslagen. Att vissa personer dessutom kan komma att likställas med bosatta framgår av kommentaren till 3 §.

Det ankommer i huvudsak på landstinget självt att avgöra närmare hur ansvaret enligt denna bestämmelse skall uppfyllas och vilket administrativt stöd som krävs härför.

Landstingets ansvar innebär bl.a. att landstinget på olika sätt måste informera om vad husläkarsystemet innebär lokalt och vilka husläkare

5 §

Enligt paragrafen skall husläkaren föra en särskild förteckning över dem som han eller hon är husläkare för. Husläkaren skall också se till att landstinget fortlöpande har kännedom om vilka dessa personer är. Bestämmelserna om förteckning av personer hos en husläkare har, på grundval av Lagrådets synpunkter, fått en annan utformning än i lagrådsremissen.

I husläkarens särskilda förteckning skall anges alla de personer som han eller hon är husläkare för. Där skall således anges såväl sådana personer som själva valt husläkaren enligt 3 § som sådana som landstinget har fördelat enligt 7 §. Personer som husläkaren av någon orsak inte längre är husläkare för skall föras av från förteckningen. Vid ett byte av husläkare (jfr 8 §) kan detta inte ske hos den förre husläkaren förrän denne underrättats om bytet. En person kan således under en kortare tid komma att vara förtecknad hos två husläkare samtidigt. Vilka administrativa system som landstingen behöver för att korta ned denna tid bör dock överlätas åt landstingen själva att avgöra.

Eftersom det är husläkaren som skall svara för förteckningen är det också husläkaren som ansvarar för att denna är riktig. Detta hindrar inte att t.ex. någon annan organisatorisk del av landstinget svarar för de landstingsanställda husläkarnas förteckningar. Ur husläkarens synvinkel bör uppgiften knappast vara särskilt betungande. Husläkaren har ett förhållandevis begränsat antal personer på sin förteckning. Grundidén med ett husläkarsystem är att relationen mellan en husläkare och en enskild person skall vara stabil över tiden. Det kommer mot denna bakgrund inte att bli vanligt med mera omfattande förändringar i förteckningen.

Ur landstingets synvinkel har husläkarens särskilda förteckning betydelse såväl för ersättningen till husläkaren som för att förhindra att en enskild anmäler sig hos flera husläkare.

Om förteckningen förs på ADB-medium, vilket måste förutsättas komma att ske, torde tillstånd krävas för inrättande av personregister enligt datalagen (1973:289). Sådant tillstånd krävs i vart fall om förteckningen skall innefatta även andra personer än sådana som själva anmält sig hos läkaren eller om registret skall användas även för administrativ hantering av uppgifter till och från register hos sjukvårdshuvudmännen.

För att landstinget skall kunna planera sin verksamhet och uppfylla ansvaret att ge alla möjlighet att få en husläkare krävs en fortlöpande registrering av de enskildas val av husläkare. I paragrafen föreskrivs därför att husläkaren fortlöpande skall underrätta landstinget om vilka personer han eller hon är husläkare för. Underrättelsen skall göras till den enskildes hemlandsting.

Personregister på ADB-medium för administrativa ändamål kräver även inom hälso- och sjukvården licens och ofta därutöver tillstånd enligt datalagen.

För en uppgift om att en enskild valt en viss husläkare råder i princip sekretess såväl inom den offentliga som den enskilda hälso- och sjukvården (7 kap. 1 § sekretesslagen (1980:100) resp. 6 § lagen (1980:11) om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl.). Røjande av uppgiften får vanligen ske endast om det står klart att detta kan ske utan att den enskilde eller någon honom närstående lider men resp. om røjandet inte är obehörigt. Samtycke från den enskilde till utlämnandet bör eftersträvas. Sjalva det faktum att en individ valt en viss husläkare torde dock i allmänhet inte vara särskilt integritetskänsligt. Om patienten motsätter sig uppgiftslämnandet får detta ändå ske med stöd av denna bestämmelse.

6 §

Möjligheten att få en husläkare skall omfatta alla. Det är däremot naturligtvis inte ett ovillkorligt tvång att göra ett sådant val. I paragrafen finns därför en bestämmelse om att en enskild skall kunna avstå från att bli förtecknad hos någon husläkare. För att stå utanför husläkarsystemet krävs dock en viss aktivitet, nämligen ett meddelande till landstinget. Med hänsyn bl.a. till den ovillkorliga rätten att byta husläkare torde det komma att bli relativt ovanligt att någon väljer att avstå från möjligheten till en husläkarkontakt.

Landstinget har självfallet kvar sitt grundläggande ansvar enligt hälso- och sjukvårdslagen även beträffande de personer som väljer att inte ha en särskild husläkarkontakt. Dessa personer skall således erbjudas en god hälso- och sjukvård. Vilka närmare konsekvenser ett avstående från husläkarkontakt får, t.ex. vad gäller vårdens tillgänglighet och patientavgiftens storlek, blir i första hand beroende av resp. landstings beslut i dessa frågor.

7 §

Enligt bestämmelsen skall landstinget förteckna den som inte har avstått från att förtecknas och inte själv har valt en husläkare hos någon av husläkarna inom landstinget. Med landsting avses det geografiska området. Den s.k. passiva fördelningen måste ske på ett sådant sätt att ingen husläkare eller driftform gynnas framför andra. Fördelningen skall vara rättvis för alla husläkare i ett visst område såväl vad gäller antal individer som med hänsyn till andra faktorer som kan antas påverka vårdbehovet. Landstinget får inte gynna sina egna husläkare eller sådana privatpraktiserande husläkare som ingått individuella avtal med landstinget. Både ur de enskildas och husläkarnas synvinkel torde en fördelning till den avståndsmässigt närmaste husläkaren i allmänhet vara att föredra.

En privatpraktiserande husläkare som är missnöjd med landstingets fördelning kan inte begära överprövning i större omfattning än vad som följer av kommunallagens bestämmelser om laglighetsprövning. Att bevaka hur den passiva fördelningen av individer sker blir en väsentlig fråga för de privatpraktiserande husläkarna och andra intressenter, t.ex.

i lokala eller regionala samverkansorgan. Uppgiften hör också till Konkurrensverkets verksamhetsområde. Konkurrensverket skall enligt sin instruktion bl.a. främja en effektiv konkurrens inom såväl privat som offentlig verksamhet samt analysera effekter på konkurrensen av nya och befintliga offentliga regleringar och vid behov föreslå ändringar. Den särskilda husläkardelegationen på nationell nivå som tidigare föreslagits (avsnitt 4.3) bör också nämnas i sammanhanget.

Husläkaren och den passivt förtecknade skall enligt bestämmelsen underrättas om åtgärden (jfr 5 §). Om den enskilde är missnöjd med valet kan han eller hon genom ett aktivt val byta husläkare (jfr 8 §).

Byte av husläkare

8 §

I paragrafen regleras den enskildes möjlighet till byte av husläkare. Denna fråga har tagits upp i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.4).

Av bestämmelsen följer att de enskilda på egen hand avgör om och när de vill byta husläkare. Några skäl behöver inte anges. På samma sätt som när det gäller det ursprungliga valet av husläkare kan det fria valet naturligtvis begränsas av faktiska omständigheter. Om en husläkares patienter i stor omfattning vill byta läkare bör landstinget undersöka varför så är fallet. Landstinget kan dock inte enbart av en sådan anledning hålla inne ersättning till läkaren. Om landstinget inte kan agera som arbetsgivare eller avtalspart bör Socialstyrelsen uppmärksammas på förhållandet.

Vid ett byte måste den nye husläkaren snabbt kunna ge besked om bytet accepteras. Detta torde inte innebära några svårigheter eftersom en husläkares möjlighet att avvisa en enskild är begränsad (jfr 16 §). Att husläkaren snarast skall underrätta landstinget om bytet följer av 5 §. Ett eventuellt dröjsmål med att förteckna den enskilde hos den nye husläkaren får naturligtvis inte tas till intäkt för att behövliga vårdåtgärder får underlåtas.

I den allmänna motiveringen (avsnitt 3.4) har angivits att det, när den enskilde byter husläkare, bör finnas ett system för överföring av journaluppgifter. I paragrafen föreskrivs mot denna bakgrund att en husläkare på begäran av den enskilde skall lämna de uppgifter om patienten till den nye husläkaren som denne behöver för vården. Bestämmelsen gäller såväl landstingsanställda som privatpraktiserande husläkare. Om en enskild som bytt husläkare inte vill att den nye husläkaren skall få ta del av patientjournalen men den nye husläkaren anser sig behöva dessa uppgifter får den förutvarande husläkaren göra en sedvanlig sekretessprövning av om uppgifterna kan lämnas ut. Det kan vanligen antas att en enskild samtycker till att uppgifter som behövs för vården lämnas mellan olika vårdgivare. Om den enskilde motsatt sig detta uppgiftslämnande torde det dock vanligen innebära hinder mot utlämnande. Ur den nye husläkares synvinkel kan en sådan vägran leda till en förtroendeklyfta som gör det godtagbart för läkaren att avsäga sig husläkaransvaret för den enskilde (jfr kommentaren till 16 §).

Det bör understrykas att bestämmelsen innebär en skyldighet för husläkaren att på patientens begäran lämna vissa uppgifter till en ny husläkare. Däremot regleras inte hur detta uppgiftslämnande skall ske. Bestämmelsen hindrar t.ex. inte en privatpraktiserande husläkare eller landstinget från att ha kvar originaljournalen och lämna ut en kopia. För landstingen gäller att de måste följa bestämmelserna om allmänna handlingar, reglerna i arkivlagen (1990:782) och andra föreskrifter på området.

Husläkarens uppgifter

9 §

I paragrafen anges de grundläggande uppgifterna för varje husläkare och de krav som alltid måste ställas på verksamheten. Uppgifterna är utformade som ett grundåtagande som gäller lika för alla husläkare i landet. Dessa frågor har behandlats i den allmänna motiveringens avsnitt 3.3.1.

Bestämmelserna innebär att husläkaren har ett särskilt ansvar som går utöver det yrkesansvar som all hälso- och sjukvårdspersonal har (jfr 5 § lagen om tillsyn över hälso- och sjukvårdspersonalen m.fl., tillsynslagen). Ansvaret är särskilt inriktat på den enskildes behov av hälso- och sjukvård men berör även det allmänna preventionsarbetet och kvalitets-säkringsfrågor (jfr kommentaren till 1 §).

Husläkaren ansvarar till att börja med för att de personer som förtecknats hos honom eller henne genom mottagnings- eller jourverksamhet vid behov kan komma i kontakt med en läkare. Den enskilde skall i allmänhet kunna få kontakt med sin husläkare. Det säger sig dock självt att husläkaren inte personligen kan ta emot varje patient vid vilken tidpunkt som helst. När husläkaren inte finns tillgänglig måste det dock alltid finnas en annan läkare som kan ta emot den som behöver vård. Ett organiserat samarbete mellan husläkarna är därför nödvändigt. En husläkare kan inte bara förlita sig på att någon annan läkare alltid finns till hands.

Den enskilde kan inte själv alltid få avgöra om han behöver läkarvård. Det ligger i sakens natur att husläkaren har möjlighet att avvisa en besökare som uppenbart inte har behov av läkarkontakt. Det torde dock vara naturligt för de allra flesta husläkare att i största möjliga omfattning ta emot besök.

Husläkaren svarar vidare för hembesök i skälig omfattning. Vad som är skäligt måste avgöras utifrån lokala förhållanden och ibland från fall till fall. Hembesök torde t.ex. inte kunna ske i samma omfattning i glesare bebyggda delar av landet eller hos den som av annat skäl bor långt från husläkaren. Även vid hembesök måste husläkaren vidare ha möjlighet att göra en medicinsk bedömning av om besöket är befogat eller inte.

Ett generellt krav på hälso- och sjukvården i alla former är att den skall arbeta för att förebygga ohälsa och att den som vänder sig till hälso- och sjukvården, när det är lämpligt, skall ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada. I husläkarens särskilda

ansvar ingår uttryckligen den individpreventiva verksamheten. Att husläkaren även på andra sätt skall arbeta för att förebygga ohälsa framgår också av paragrafen. Varje husläkare skall medverka till att lokala hälsoproblem och risker i miljön uppmärksammas. Det kan gälla sanitära olägenheter av olika slag som t.ex. hygieniska brister, buller, luftföroreningar och andra hälsoskydds- eller miljöproblem. Vilka åtgärder husläkaren skall vidta får avgöras med hänsyn till lokala förhållanden och från fall till fall. Det kan förutsättas att Socialstyrelsen kommer att meddela allmänna råd i bl.a. detta hänseende.

Husläkaren har en viktig uppgift som den enskildes främsta kontaktperson gentemot andra inom vård- och rehabiliteringsområdet. Husläkaren skall se till att den enskildes behov av kontakter med dessa organ och personer i möjligaste mån tillgodoses. Det gäller självfallet sådant som hänvisningar och remisser till andra vårdgivare inom primärvården eller läns- och regionsjukvården. Det gäller även kontakter med försäkringskassan, företagshälsovården, socialtjänsten m.m. En ingående beskrivning av husläkarens samarbete och samspel med andra service- och vårdgivare har lämnats i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.7).

Alla husläkare skall slutligen medverka till att uppföljning och utvärdering av den egna verksamheten kan ske. Detta innebär bl.a. en skyldighet att på landstingets, dvs. finansärens, begäran redovisa verksamhetens kvalitet och innehåll. Landstingsrevisionen har i denna del en kontrollerande funktion (jfr 25 §). Även frågor om kvalitetssäkring och de avsedda redovisningarna har mera ingående tagits upp i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.8.2).

10 §

I paragrafen finns bestämmelser om det utvidgade husläkaråtagande som landstinget kan besluta om. Bestämmelsen medför en skyldighet för husläkare att på landstingets begäran ta på sig vissa uppgifter utöver dem som följer av 9 §. Skyldigheten motiveras av att landstingen måste kunna fullgöra det ansvar som de har enligt hälso- och sjukvårdslagen och av de enskildas behov av en välfungerande primärvård. Bestämmelserna behövs också för att verksamheten skall kunna anpassas efter lokala behov och förutsättningar. Bakgrunden till bestämmelsen har närmare redovisats i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.3.1).

Enligt paragrafen får landstinget bestämma att varje husläkare i ett visst område för viss tid, utöver de grundläggande husläkaruppgifterna enligt 9 §, också skall fullgöra läkaruppgifter inom primärvården i övrigt. Dessa tilläggsuppgifter är begränsade till att gälla läkaruppgifter.

Landstinget kan vidare besluta att samtliga husläkare i ett visst område och för viss tid skall svara för att de personer som förtecknats hos husläkaren har tillgång till insatser av distriktssköterska. Hur samarbetet mellan husläkaren och distriktssköterskan skall organiseras anges inte i lagen. Detta kan därför utformas utifrån lokala behov och förutsättningar. Det är önskvärt att husläkaren och distriktssköterskan själva i största möjliga utsträckning får avgöra sådana frågor.

Landstinget får också som ett utvidgat husläkaråtagande bestämma att husläkarna skall rapportera till landstinget om sin verksamhet och att de skall samverka med andra inom vård- och rehabiliteringsområdena. Besluten kan gälla sådant som formerna för denna samverkan och vilka uppgifter som skall rapporteras till landstinget eller i övrigt. De närmare reglerna måste självfallet utformas med beaktande bl.a. av gällande sekretessbestämmelser. Rapporteringarna måste också ligga inom ramen för landstingets och husläkarnas uppgifter. Som redan nämnts skall husläkarna därutöver på landstingets begäran lämna de uppgifter som behövs för att bedöma verksamhetens kvalitet och innehåll.

Vilka uppgifter en distriktssköterska har och vad som ingår i primärvården i övrigt kan i viss utsträckning variera i olika delar av landet. Ett utvidgat husläkaransvar skall kunna omfatta samtliga eller någon eller några av de angivna verksamheterna, men det måste gälla samtliga husläkare inom ett visst område. Det finns inte något hinder för att landstinget och husläkarna efter överenskommelser fördelar uppgifterna mellan husläkarna.

Lagrådet har anfört att det framstår som något oklart vad vissa av tilläggsuppgifterna avses innebära. En utförlig beskrivning av primärvårdens uppgifter och aktuella utvecklingstendenser har lämnats i avsnitten 2.3 och 2.4. Mot bakgrund av den variationsrikedom som primärvården innefattar är en uttömmande beskrivning av dessa uppgifter svår att åstadkomma. Det förutsätts dock att såväl sjukvårdshuvudmännen i samverkan som Socialstyrelsen kommer att ange närmare riktlinjer för dessa verksamheter inom ramen för sina resp. uppgifter på området.

11 §

Alla de uppgifter som läkarna i primärvården skall eller bör ha hand om omfattas inte av husläkarnas grundläggande ansvar enligt 9 § och de särskilda åligganden som kan följa efter beslut enligt 10 §. Inom landstingets ansvarsområde ligger, som tidigare nämnts, hela hälso- och sjukvården med undantag endast för sådan hälso- och sjukvård som en kommun numera skall svara för. Det är alltså landstinget som skall se till att bl.a. primärvården lever upp till kraven på en god hälso- och sjukvård för alla. Landstinget gör detta i stor utsträckning genom att anställa hälso- och sjukvårdspersonal. Förhållandet mellan landstinget och de landstingsanställda husläkarna är arbetsrättsligt. Dessa husläkares uppgifter bestäms därför väsentligen utifrån kollektivavtal och de enskilda anställningsavtalen. I dessa avtal måste naturligtvis tvingande författningar beaktas. När det gäller privatpraktiserande husläkare krävs däremot vanligen en överenskommelse med landstinget för att de skall vara skyldiga att ta på sig ytterligare arbetsuppgifter. I paragrafen anges det, i och för sig kanske självklara, förhållandet att sådana överenskommelser får ingås.

Det är önskvärt att överenskommelser mellan landstinget och de privatpraktiserande husläkarna om uppgifter utöver minimiåtagandet kommer till stånd i erforderlig utsträckning. Initiativ till en sådan överenskom-

melse kan komma från landstinget eller den enskilde läkaren. I dessa delar kan upphandlingsförfarande förekomma från landstingets sida.

Överenskommelserna kommer i första hand naturligtvis att avse uppgifter inom primärvården. Det kan gälla bl.a. sådana uppgifter som angivits i den föregående paragrafen. Undantagsvis kan det dock finnas behov av läkarinsatser även inom ett område som organisatoriskt hör till länssjukvården. Möjligheten till överenskommelser är inte begränsad till primärvården. Det är dock självklart att uppgiften skall falla inom husläkarens kompetensområde.

Husläkarverksamhetens omfattning m.m.

12 §

I den allmänna motiveringen (avsnitt 3.3.1) har redovisats skälen för att en husläkarverksamhet skall ha en viss minsta resp. högsta omfattning såvitt avser antal individer som en husläkare skall ansvara för.

Enligt denna paragraf skall en husläkare senast ett år efter det att verksamheten inleddes ha minst 1 000 personer på sin förteckning. Om husläkaren inte uppfyller detta minimikrav är landstinget enligt 24 § inte längre skyldigt att svara för husläkarersättning. Under det första verksamhetsåret kan husläkaren däremot ha färre personer antecknade hos sig.

Även under det första verksamhetsåret skall en husläkare kunna tillföras och vara skyldig att ta emot sådana individer som inte själva valt en husläkare.

Om en husläkare inom ett år inte lyckas knyta minst 1 000 personer till sin verksamhet är landstinget, som nyss nämndes, inte skyldigt att låta verksamheten fortsätta med offentlig finansiering. Ett alternativ är att husläkaren och landstinget kommer överens om att verksamheten skall få fortsätta trots det lägre individantalet. En sådan överenskommelse kan vara befogad t.ex. om verksamheten bedrivs i glesbygd eller om husläkaren tagit på sig andra väsentliga vårduppgifter (jfr 14 §).

Landstinget skall, om verksamheten upphör, i enlighet med sin skyldighet att se till att alla invånare får möjlighet att välja en egen husläkare, erbjuda dem som förtecknats hos läkaren att välja en ny husläkare.

13 §

Paragrafen innehåller en bestämmelse om det maximala antalet personer som en husläkare får ha på sin förteckning om inte landstinget och husläkaren kommit överens om annat (jfr 12 och 14 §§). Den övre gränsen är satt till 3 000 personer. Detta motiveras av att ansvaret för ett större antal personer kan leda till en kvalitetsmässigt sämre vård.

14 §

Enligt bestämmelsen får en husläkare efter överenskommelse med landstinget ha färre eller flera personer förtecknade än vad som anges i de två föregående paragraferna. Denna fråga är av arbetsrättslig art såvitt gäl-

ler landstingsanställda husläkare.

De skäl som kan motivera avsteg från huvudreglerna i 12 och 13 §§ kan vara hänförliga till husläkarens person eller till lokala förhållanden. Exempelvis kan en läkare som arbetar deltid eller som tagit på sig andra uppgifter av betydelse för hälso- och sjukvården i större omfattning ha ett berättigat intresse av att ha färre individer att ansvara för som husläkare. Vanligen skall dock den angivna omfattningen 1 000 - 3 000 individer täcka även sådana situationer.

15 §

I 18 och 19 §§ finns föreskrifter om vissa anmälningar från privatpraktiker till landstinget. En privatpraktiserande husläkare skall till landstinget också anmäla det högsta antal personer som han eller hon avser att vara husläkare för. Föreskriften hänger samman med bestämmelserna om högsta resp. lägsta antal patienter som varje husläkare skall få ha på sin förteckning (jfr de föregående paragraferna). Kravet har också betydelse för landstingets möjlighet att fördela de personer som inte själva valt en husläkare på övriga husläkare.

Av bestämmelsen framgår att husläkaren senare kan anmäla ett ändrat antal personer. Några särskilda skäl härför behöver inte anges.

Både vid ursprunglig anmälan och vid senare anmälan om ändrat antal personer gäller att anmälan skall ske senast sex månader i förväg. Tiden överensstämmer med vad som gäller enligt 18 § och motiveras av landstingets behov av att praktiskt kunna uppfylla sina skyldigheter. Om en privatpraktiserande husläkare vill ha ett snabbare genomslag av t.ex. ett minskat antal individer för att minska sin arbetstid, måste en överenskommelse med landstinget ingås.

Förhållandet mellan landstinget och de landstingsanställda husläkarna i motsvarande hänseende regleras inte i lagen. Det är en i huvudsak arbetsrättslig fråga.

Lagrådet har efterlyst klarlägganden av vad som avses gälla då en person sägs upp från en husläkares personkrets. Om en husläkare t.ex. vill minska antalet personer på sin förteckning måste i allmänhet ett visst antal föras av från denna. Dessa personer skall då enligt tidigare redovisade bestämmelser genom landstingets försorg ges möjlighet att välja en ny husläkare eller, om så inte sker, fördelas hos någon av husläkarna. Eftersom husläkarens anmälan om neddragning skall ske sex månader i förväg bör detta inte innebära några svårigheter för landstinget. Jag återkommer i kommentaren till 16 § till frågan om vem som avgör vilka personer som skall föras av från förteckningen.

16 §

Enligt bestämmelserna i den föregående paragrafen skall en privatpraktiserande husläkare till landstinget anmäla det högsta antal individer inom föreskrivna gränser som han vill vara husläkare för. Innan detta antal personer har uppnåtts får läkaren enligt denna bestämmelse inte utan särskilda skäl föra av en person från förteckningen eller vägra någon att

föras upp på hans eller hennes förteckning. Det är de enskilda som skall välja husläkare, och inte husläkarna som skall välja patienter. Husläkaren skall t.ex. inte kunna säga nej till individer som förväntas kräva extra insatser. Bestämmelsen gäller såväl sådana personer som själva väljer husläkare som sådana som fördelas av landstinget.

Undantagsvis kan dock en läkare ha godtagbara skäl för att säga nej till en viss individ. Ett sådant särskilt skäl kan t.ex. vara tidigare oenighet av mera omfattande slag mellan läkaren och en enskild. Som tidigare angetts kan också en vägran av patienten att gå med på att för vården behövliga journaluppgifter från en tidigare anlitad husläkare lämnas över, utgöra ett godtagbart skäl att inte ta emot denne. Ett ytterligare exempel är det av Lagrådet nämnda, nämligen att en patient utan grund flera gånger anmält husläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvars-nämnd. Om en sådan patient ändock vill fortsätta kontakten med husläkaren bör denne vara berättigad att avsäga sig husläkaransvaret. Särskilda skäl att inte ta emot en patient bör i övrigt kunna vara sådana som kan hänföras till det individuella förhållandet mellan läkaren och den enskilde. Sådana skäl som har att göra med allmänna svårigheter som har uppkommit eller kan möta i vården av patienten är däremot inte godtagbara. En privatpraktiserande husläkare skall inte kunna säga nej till en person på grund av att denne är bosatt i ett annat område eller landsting. Detta innebär bl.a. att läkaren kan bli tvungen att ta emot individer till lägre ersättning än han förväntat sig.

När en husläkare vill dra ner på sin arbetsinsats genom att minska det antal personer som han eller hon är husläkare för måste, som nyss nämndes, i allmänhet ett visst antal personer föras av från husläkarens förteckning. En sådan neddragning utgör ett godtagbart skäl för att föra av en person från förteckningen. Om något annat inte överenskommit är det landstinget som avgör hur neddragning skall ske för de landstingsanställda husläkarna och en privatpraktiserande husläkare eller dennes arbetsgivare som avgör motsvarande fråga såvitt gäller hans eller hennes verksamhet.

Lagrådet har anfört att det i detta sammanhang kan finnas anledning att överväga om behov föreligger för en förtecknad person att kunna överklaga ett beslut om uppsägning. Ett formellt överklagandeinstitut i just denna situation skulle dock inte fylla någon avgörande funktion. Eftersom det är landstinget som ansvarar för att alla som bor i landstinget kan få tillgång till en husläkare är det naturligt att en enskild som vill vara kvar hos en viss husläkare vänder sig till landstinget.

Om det kommer till landstingets kännedom att en privatpraktiserande husläkare utan godtagbara skäl vägrar att låta vissa individer anteckna sig hos läkaren bör landstinget, efter att ha undersökt saken, vara berättigad att hålla inne husläkarersättningen (jfr 25 §). För de läkare som är anställda i landstinget får landstinget agera i sin egenskap av arbetsgivare. Brister i detta hänseende kan i vissa fall också utgöra ett åsidosättande av vad som åligger husläkaren i hans yrkesutövning och därmed, om felet inte är ringa, föranleda disciplinansvar enligt tillsynslagen.

Etablering som husläkare

17 §

En grundtanke med husläkarförslaget är att den läkare som uppfyller det föreskrivna kompetenskravet och som är villig att åta sig de uppgifter som följer med rollen som husläkare skall kunna fritt etablera sig i denna roll. Paragrafen innehåller en bestämmelse om detta. Enligt bestämmelsen får varje läkare som uppfyller behörighetskravet i 2 § andra stycket, dvs. är specialist i allmänmedicin eller har fått dispens från detta krav, och är villig att ansvara för de uppgifter som en husläkare har enligt denna lag, etablera sig som husläkare i privat verksamhet. Detta innebär att husläkaren måste ta på sig det särskilda ansvar som följer av 9 § och eventuellt 10 § med de begränsningar som anges i 12 - 16 §§.

Att det förutsätts finnas även offentligt anställda husläkare framgår av 2 § första stycket.

Lagrådet har ifrågasatt om paragrafen fyller någon självständig funktion. Jag har förståelse för Lagrådets synpunkt men anser att bestämmelsen bör finnas kvar. Av lagens bestämmelser i övrigt kan visserligen utläsas att formellt kompetenta läkare har rätt att etablera sig som husläkare i privat verksamhet utan något godkännande i förväg från landstingets eller annan myndighets sida. För att det inte skall råda någon tvekan i detta hänseende bör detta återspeglas i en särskild bestämmelse.

18 §

Den fria etableringen enligt 17 § har ansetts behöva förenas med ett krav på anmälan till landstinget viss tid i förväg. En sådan anmälningsskyldighet föreskrivs i denna paragraf. Anmälan skall ske senast sex månader i förväg. Den skall göras till det landsting där läkaren avser att vara verksam. Om en husläkare avser att flytta sin verksamhet till ett annat landsting krävs alltså en förnyad anmälan till det nya landstinget. Till anmälningsskyldigheten i övrigt vid flyttningar återkommer jag under nästa paragraf. Att en läkare som är anställd i landstinget också måste iaktta gällande regler om uppsägning m.m. säger sig självt.

Bestämmelserna om anmälningsskyldighet i denna och nästa paragraf har utformats med beaktande av vad Lagrådet har anfört.

Landstinget har enligt 7 § hälso- och sjukvårdslagen en skyldighet att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av sådan vård. Planeringen skall enligt samma bestämmelse avse även den hälso- och sjukvård som erbjuds av annan än landstinget och kommunerna inom landstinget. Med ett ökat inslag av privatpraktiserande husläkare är anmälningsskyldigheten väsentlig för att landstingen skall kunna fullgöra sin planeringsskyldighet. Skyldigheten att göra anmälan sammanhänger naturligtvis i högsta grad med landstingets ansvar för att tillgodose behovet av husläkare om inte andra sådana läkare finns. Anmälan är en av förutsättningarna för rätt till ersättning enligt denna lag.

I paragrafen föreskrivs vidare att läkaren skall samråda med landstinget om sin kommande verksamhet som husläkare. I vilken form detta

samråd skall ske regleras inte. Det är naturligt att samrådet avser i vart fall sådant som verksamhetens lokalisering och omfattning samt husläkarens uppgifter. Också denna föreskrift hänger samman med landstingens planeringsansvar. En motsvarande bestämmelse om landstingens samverkansskyldighet finns i 8 § hälso- och sjukvårdslagen. Enligt den bestämmelsen skall landstingen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Med enskilda avses i detta sammanhang enligt förarbetena i huvudsak privata vårdgivare av olika slag.

En husläkare som anmält att han eller hon avser att etablera sig som husläkare kan givetvis få ändrade planer eller förutsättningar som medför att etableringen inte blir av. Det finns för landstinget ingen möjlighet att i en sådan situation framtvinga etableringen. Om landstinget vill gardera sig mot "obefogade" avhopp krävs avtal med den blivande husläkaren.

19 §

På motsvarande sätt som enligt 18 § skall en privatpraktiserande husläkare underrätta landstinget minst sex månader innan han avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet som husläkare till ett annat sjukvårdsområde. Anmälningsskyldigheten gäller således såväl när verksamheten avses helt upphöra som när läkaren avser att flytta sin verksamhet till ett annat område. Att t.ex. ett lokalbyte inom samma område som inte påverkar verksamheten inte behöver anmälas ligger i sakens natur.

Även om det ur landstingets synvinkel skulle vara av visst värde med en mera omfattande anmälningsskyldighet har detta ansetts föra för långt. De privatpraktiserande husläkarna är således inte skyldiga att inom vissa frister anmäla varje planerad förändring av sin verksamhet. Lagen innebär dock inget hinder mot ett närmare samarbete mellan landstinget och de privatpraktiserande husläkarna i t.ex. detta hänseende.

Om de patienter som valt läkaren som husläkare eller blivit uppförda på läkarens förteckning inte väljer en ny husläkare skall landstinget se till att dessa personer erbjuds en ny husläkare.

Husläkarersättning

20 §

I denna och följande paragrafer finns bestämmelser om husläkarersättningen. Ersättningssystemet har behandlats i den allmänna motiveringens avsnitt 3.5.

I paragrafen anges husläkarersättningens olika delar för en husläkare som etablerat sig på grundval av den i lagen bestämda miniminivån enligt 9 § och eventuellt 10 §. Ersättningen för dessa uppgifter består av två delar, dels en individersättning med ett bestämt belopp för varje enskild som har förtecknats hos husläkaren, dels besöksersättningar som

betalas antingen genom patientavgifter eller av landstinget. Individ ersättning, som betalas av landstinget, skall utgöra den övervägande delen.

Nivån på individ ersättningen behandlas i nästföljande paragraf. Ersättningen utgår med samma belopp för en viss individ oavsett vilka insatser från hushälkaren som individen behöver. Ersättningssystemet är således, som betonats i den allmänna motiveringen, väsentligen annorlunda utformat än ett prestationsinriktat ersättningssystem som t.ex. enligt läkär-vårdstaxan (1974:699).

Besöksersättningen är ett prestationsrelaterat inslag i ersättningssystemet. Denna ersättning skall utges för patientbesök hos eller av hushälkaren. Som Lagrådet angivit bör ersättning utgå även för telefonkonsultationer och liknande åtgärder. På Lagrådets inrådan har i lagen angivits att besöksersättning utgår för "besök eller annan åtgärd". Ersättningen tas ut antingen genom patientavgifter enligt 26 § eller genom att landstinget utger ersättningen eller en del av denna. Att landstinget svarar för patientavgifterna för en enskild som omfattas av det s.k. högkostnads-skyddet följer av 26 §. Landstinget kan i andra situationer välja att svara för delar av patientavgiften. Ett skäl för detta kan vara att landstinget genom differentierade avgifter vill ytterligare motivera den enskilde att i större utsträckning söka sin hushälkare framför andra läkare. För att hushälkaren inte skall missgynnas av en sådan lägre patientavgift kan landstinget skjuta till en del av besöksersättningen.

Som redan påpekats i den allmänna motiveringen är den ersättning som regleras i paragrafen inte detsamma som en hushälkares inkomst. Ersättningen skall täcka även de kostnader som är förenade med hushälkarens verksamhet oavsett i vilken driftform verksamheten bedrivs.

Det är väsentligt att landstinget organiserar den egna verksamheten på sådant sätt att ersättningarna till hushälkare i olika driftform kan jämföras på ett rättvisande sätt.

21 §

Enligt paragrafens första mening fastställer landstinget hur individ ersättningen och besöksersättningen skall beräknas. Några närmare bestämmelser om detta finns inte i lagen. Det anges dock att beräkningen skall ske enligt samma grunder för alla hushälkare i sjukvårdsområdet eller del av detta.

Eftersom vårdbehovet varierar mellan olika grupper av människor med hänsyn bl.a. till ålder och kön bör även individ ersättningen i viss utsträckning variera. Åldersfaktorn är den enskilda faktor som har störst inverkan både på antalet läkarbesök och den tid de enskilda besöken tar. I första hand bör därför åldersfaktorn beaktas när landstingen fastställer nivån på individ ersättningen. Även andra faktorer kan dock tänkas behöva påverka individ ersättningens storlek för att ersättningen skall upplevas som rättvis. En sådan faktor kan vara befolkningstätheten i området. Det ankommer dock på landstinget att ytterst avgöra vilka faktorer som bör få betydelse i detta hänseende.

Eftersom storleken på individ ersättningen kan komma att variera mel-

lan olika patienter är det väsentligt att den s.k. passiva fördelningen enligt 7 § sker på ett rättvist sätt. Om en husläkare tilldelas ett markant inslag av individer med lägre eller högre ersättningsnivå kan detta leda till olämpliga och orättvisa effekter på ersättningen.

Betydelsen av att en viss driftform varken gynnas eller missgynnas framför andra har betonats i olika sammanhang. I paragrafen anges att ersättningsbeloppen skall beräknas enligt samma grunder för alla husläkare i sjukvårdsområdet eller del av detta. Om landstinget väljer att låta nivån vara olika hög exempelvis i tätort jämfört med glesare bebyggda delar av sjukvårdsområdet bör uppdelningen i delområden inte göras alltför finmaskig. Naturligtvis bör storleken på individersättningen vara högre om några tilläggsuppgifter enligt 10 § ingår i husläkarens ansvar.

Även om ersättningsbeloppen skall beräknas enligt samma grunder för alla husläkare kan storleken på besöksersättningarna komma att variera. I ersättningarna kan t.ex. ingå målrelaterade delar. En husläkare som når ett av landstinget uppsatt mål - t.ex. att alla personer på läkarens förteckning i en viss ålder eller åldersgrupp skall ha fått möjlighet till hälsoundersökning - kan få en bonus för detta genom en högre ersättning för dessa besök.

22 §

Enligt bestämmelsen utgår ersättning för en privatpraktiserande husläkares åtagande utöver uppgifter enligt 9 och 10 §§ enligt grunder som landstinget och husläkaren kommit överens om. Det är inte avsikten, och knappast heller lämpligt, att varje enskild husläkare skall förhandla om ersättningen. Det torde bli naturligt att dessa ersättningar fastställs efter förhandlingar på regional nivå mellan företrädare för landstingen resp. de privatpraktiserande husläkarna.

Ersättningen enligt denna paragraf kan innehålla andra komponenter än individersättningar och besöksersättningar. Ett exempel som tagits upp i den allmänna motiveringen (avsnitt 3.5) är olika former av målrelaterade ersättningar. För att sådan ersättning, utöver vad som nyss nämndes i samband med besöksersättningarna, skall utges krävs dock en överenskommelse mellan landstinget och husläkaren.

Landstinget avgör hur ersättning för landstingsanställda husläkares extrauppgifter skall beräknas. Det är även i denna fråga väsentligt att landstinget behandlar husläkare i olika driftform på ett likvärdigt sätt. Som tidigare nämnts är denna ersättning inte detsamma som vilken lön husläkaren skall uppbära i sin anställning.

23 §

Landstinget svarar, som framgår av 20 §, för de delar av husläkarersättningen som inte utgörs av patientavgifter. Att landstinget kan få svara för även en del av patientavgifterna följer av 26 §.

Att landstinget skall stå för kostnaderna för den del av husläkarverksamheten som bedrivs i landstingets regi säger sig självt. En nyhet i

systemet är dock att landstinget skall svara för ersättning även till privatpraktiserande husläkare. I paragrafen finns en föreskrift om utbetalning av denna ersättning.

24 §

Enligt 12 § första meningen skall husläkaren ha minst 1 000 personer på sin förteckning inom ett år. Om husläkaren inte uppfyller detta krav är landstinget enligt denna paragraf inte längre skyldigt att betala husläkarersättning. Som tidigare nämnts är det möjligt för husläkaren och landstinget att komma överens om ett mindre antal personer. Detta torde dock förutsätta att husläkaren kan få andra inkomster än enbart husläkarersättning.

Husläkarersättningen består av både individersättning och besöksersättningar. Det är endast i den mån som landstinget svarar för även patientavgifter (jfr 26 §) som bestämmelsen får betydelse även för dessa avgifter. Till det ekonomiska förhållandet mellan en patient och en husläkare som inte längre är berättigad till husläkarersättning återkommer jag i kommentaren till 26 §.

25 §

I paragrafen finns bestämmelser om landstingets sanktionsmöjligheter mot en privatpraktiserande husläkare som inte utför sina husläkaruppgifter. Dessa sanktioner måste hållas isär från reglerna om disciplinansvar m.m. i tillsynslagen. Paragrafen har utformats i enlighet med Lagrådets inrådan.

Om en landstingsanställd husläkare missköter sina yrkesuppgifter får och skall landstinget agera i sin egenskap av arbetsgivare. Landstinget har däremot inte något sådant ansvar vad gäller en privatpraktiserande husläkares medicinska yrkesansvar. Det är inte heller avsikten att landstinget skall utöva någon annan kvalitetskontroll av hur dessa läkare sköter sina uppgifter än den som följer av landstingets finansieringsansvar. Finansiären har ett berättigat intresse av att följa upp utbytet av sina betalningar. De privatpraktiserande husläkarna står i övrigt, liksom all hälso- och sjukvårdspersonal, under Socialstyrelsens tillsyn.

Om en privatpraktiserande husläkare inte utför de uppgifter som han har ansvar för enligt denna lag bör landstinget ges möjlighet att hålla inne hela eller delar av husläkarersättningen. Det kan exempelvis vara fråga om en husläkare som konsekvent vägrar att göra hembesök. Om ett sådant förhållande kommer till landstingets kännedom bör ett avdrag på husläkarersättningen som skäligen motsvarar försummelsen kunna göras. Hur stort detta avdrag får vara måste avgöras från fall till fall beroende av främst vilken försummelse det är frågan om och under hur lång tid. Som Lagrådet har påpekat rör sig detta om ett både svårbedömt och känsligt avgörande.

Avdrag kan även ske om en husläkare i annat hänseende inte fullgör sina uppgifter. Avdrag på ersättningen kan således ske även vid bristan- de medverkan i utvärderingen av den egna verksamheten.

Eftersom landstinget har ett ansvar för att befolkningen erbjuds en god vård är det naturligt att landstinget tar kontakt med husläkaren för att förmå denne att utföra sina uppgifter som husläkare. Om husläkaren trots sådana påminnelser inte fullgör sina uppgifter är landstinget inte längre skyldigt att betala husläkarersättning. Som Lagrådet anmärkt kan betalningsindragning inte tillgripas oberoende av vilken grad av försumelse det är frågan om. Det anges därför att indragning får ske endast om husläkaren i väsentlig mån underlåter att fullgöra sina uppgifter.

Lagen innehåller inte någon reglering av hur tvister mellan läkaren och landstinget i detta hänseende skall lösas. Om en privatpraktiserande husläkare menar att landstinget med orätt innehållit ersättning eller gjort avdrag med för stort belopp får läkaren därför väcka talan mot landstinget vid allmän domstol om utfående av ersättningen. Det kan dock antas att riktlinjer i detta hänseende vid behov förhandlas fram mellan landstingen och de privatpraktiserande husläkarna.

Patientavgift

26 §

I paragrafen finns bestämmelser om patientavgift och om kostnadsbefrielse. Patienten skall enligt första stycket betala en avgift för vård eller behandling av husläkaren eller den som husläkaren anvisat, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Med stöd av 26 § hälso- och sjukvårdslagen får landstinget ta ut vårdavgifter av patienterna enligt grunder som landstinget bestämmer. Bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen gäller endast i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Den 1 januari 1991 avskaffades dock den statliga regleringen av avgifterna inom den öppna offentliga vården och den till försäkringssystemet anslutna öppna privata hälso- och sjukvården. Det finns däremot fortfarande bestämmelser om att avgift inte får tas ut för vissa åtgärder, t.ex. enligt smittskyddslagen (1988:1472).

Avgiften hos en privatpraktiserande husläkare får vara högst ett belopp som motsvarar den patientavgift som gäller inom landstinget. Som Lagrådet påpekat är det inte nödvändigt att särskilt framhålla att en husläkare aldrig får överskrida de av landstinget enligt 21 § fastställda taxorna.

Det finns däremot inte något hinder för en privatpraktiserande husläkare att ta ut en lägre patientavgift än den som gäller hos landstinget. Om en privatpraktiserande husläkare väljer att ta ut en lägre patientavgift, skall landstinget inte behöva stå för en högre eventuell utfyllande besöksavgift. I andra stycket föreskrivs därför att landstingets del av besöksavgiften i den nyss angivna situationen inte skall påverkas.

Enligt tredje stycket gäller det s.k. högkostnadsskyddet enligt lagen om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. även patientavgifter enligt denna lag. Vissa ändringar i detta hänseende har nyligen beslutats (prop. 1992/93:17, bet. 1992/93:SfU6, rskr. 1992/93:141, SFS 1992:1693 m.fl.)

Om en patient söker en f.d. husläkare som inte längre är berättigad att uppbära husläkarersättning, regleras det ekonomiska förhållandet dem

emellan på samma sätt som mellan en privatpraktiserande läkare som inte är ansluten till sjukförsäkringen och en patient. Läkaren och patienten är således i princip fria att komma överens om vilken ersättning som helst. Det är bl.a. mot denna bakgrund väsentligt att landstingen snarast informerar de personer som förtecknats hos en husläkare som inte når upp till den nedre gränsen om 1 000 personer om detta förhållande och ger dessa möjlighet att välja en ny husläkare.

Resekostnadsersättning

27 §

I paragrafen hänvisas till lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor. Innebörden av bestämmelserna i den lagen framgår av förslaget i detta ärende till ändring i nämnda lag.

Ikraftträdande m.m.

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 1994.

Landstingen får utan särskilt lagstöd i övergångsbestämmelserna även före denna tidpunkt vidta förberedande åtgärder för att lagen skall kunna tillämpas vid ikraftträdandet. En läkare som avser att etablera sig som privatpraktiserande husläkare bör på motsvarande sätt kunna börja anmäla detta till landstinget sex månader innan lagen skall träda i kraft. En föreskrift om att anmälan enligt 15 och 18 §§ får göras från och med den 1 juli 1993 har därför tagits in. Landstingen måste alltså förbereda sig för att det redan vid ikraftträdandet kan finnas ett antal privatpraktiserande läkare som vill vara husläkare.

Under de två första åren får landstingen, som en följd av punkten 3, successivt bygga ut husläkarsystemet till dess alla som är bosatta i landstinget har fått möjlighet att välja en husläkare. Den långa övergångstiden är nödvändig främst på grund av den i vissa delar av landet rådande bristen på specialister i allmänmedicin.

Många landsting har redan inlett en verksamhet med husläkare eller husläkarliknande primärvård. Organisationen av och omfattningen av dessa verksamheter skiljer sig dock åt mellan landstingen. Även av detta skäl är en relativt lång anpassningsperiod befogad. En anpassning till det föreslagna husläkarsystemet är dock till stor del möjlig inom ramen för gällande bestämmelser.

7.3. Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Bestämmelserna i 2 kap. lagen om allmän försäkring (AFL) innehåller ett flertal bemyndiganden för regeringen att fastställa grunder för den allmänna sjukvårdsersättning som lämnas från sjukförsäkringen. I denna paragraf behandlas ersättningen för bl.a. öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av landsting eller kommun som inte tillhör ett landsting. Närmare föreskrifter om detta finns i förordningen (1984:908) om vissa

ersättningar till sjukvårdshuvudman från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Ändringarna i paragrafens första stycke innebär endast vissa terminologiska anpassningar. I kommunallagen (1991:900) har benämningen landsting ersatt den äldre benämningen landstingskommun. I prop. 1992/93:159 om stöd och service till funktionshindrade har regeringen föreslagit att begreppet funktionshinder genomgående skall ersätta begreppet handikapp. Motsvarande ändringar bör ske i AFL.

I paragrafen har därutöver lagts till ett nytt stycke enligt vilket hälso- och sjukvård enligt lagen om husläkare inte omfattas av första stycket. Utan detta undantag skulle ersättning ges ut från sjukförsäkringen för de landstingsanställda husläkarna. Som angivits i den allmänna motiveringen (avsnitt 4.2.2) skall husläkarreformen finansieras av sjukvårdshuvudmännen.

Ersättning från sjukförsäkringen ges ut för läkarvård med anledning av sjukdom som lämnas av läkare som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning (2 kap. 5 § AFL). Som tidigare nämnts (avsnitt 3.6.3) skall privatpraktiserande husläkare inte få föras upp på en sådan förteckning.

7.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

4 §

I paragrafens första stycke föreskrivs, liksom hittills, att bestämmelserna i lagens 3 § om nedsättning av läkemedelskostnader skall gälla även medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller barmorskor och i fråga om läkemedel som förskrivs av legitimerade tandhygienister. Samma regler om prisnedsättning skall enligt förslaget gälla i fråga om läkemedel som förskrivs av distriktssköterskor.

Bakgrunden och skälen till förslaget har redovisats i den allmänna motiveringen (avsnitt 5). I det sammanhanget har angivits att distriktssköterskor för närvarande har rätt att förskriva läkemedel endast inom ramen för en försöksverksamhet men att denna rätt bör permanentas och i viss utsträckning utvidgas. Genom ändringen i denna paragraf kommer de läkemedel som förskrivs av distriktssköterskor att omfattas av samma prisnedsättning som om läkemedlet förskrivits av läkare. Lagens bestämmelser i övrigt, t.ex. om högkostnadsskydd och kostnadsbefrielse enligt 7 §, kommer också att gälla i samma utsträckning som om läkemedlet förskrivits av läkare.

I lagen regleras frågor om begränsning av läkemedelskostnader m.m. Frågan om vem som har rätt att förskriva läkemedel och på vilka villkor detta skall ske regleras i annan ordning. För närvarande finns de grundläggande reglerna om läkemedel i läkemedelsförordningen (1962:701). Enligt ett bemyndigande i 5 § läkemedelsförordningen får Läkemedelsverket besluta om föreskrifter om förordnande och utlämnande av läkemedel. Sådana föreskrifter (receptföreskrifter) finns intagna i Läkemedelsverkets författningssamling (LVFS 1990:27). Bestämmelser om

förskrivningsrätt finns även i ett flertal andra författningar i LVFS. En redovisning av dessa bestämmelser har lämnats bl.a. i prop. 1991/92:107 om ny läkemedelslag m.m. s. 107.

Den nya läkemedelslag, som riksdagen har beslutat, skall träda i kraft den dag regeringen bestämmer (prop. 1991/92:107, bet. 1991/92:SoU21, rskr. 1991/92:342, SFS 1992:859). Enligt den nya lagen (22 § andra stycket) får regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Läkemedelsverket, om det är påkallat från hälso- och sjukvårdssynpunkt, föreskriva att ett läkemedel får lämnas ut endast mot recept eller annan beställning från den som är behörig att förordna läkemedel. Ett sådant bemyndigande för Läkemedelsverket har nyligen givits i 14 § läkemedelsförordningen (1992:1752).

Även Socialstyrelsen har viktiga uppgifter på läkemedelsområdet. Styrelsen skall bl.a. meddela föreskrifter om åligganden för hälso- och sjukvårdspersonalen vilka behövs till skydd för enskilda eller för verksamhetens bedrivande i övrigt (3 § förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m.). Föreskrifter om läkemedelshandling och om vilka utbildningsmässiga och andra krav som skall ställas på den som hanterar läkemedel är typiskt sätt sådana föreskrifter som behövs till skydd för enskilda.

De närmare regler som behövs om distriktssköterskors förskrivningsrätt m.m. bör, i enlighet med hittills gällande principer, meddelas av Socialstyrelsen såvitt gäller åligganden i yrkesutövningen och av Läkemedelsverket såvitt gäller läkemedel i övrigt. Det författningsstöd som behövs för denna ordning finns redan.

7 §

Ändringen innebär att patientavgifter enligt lagen om husläkare skall beaktas som andra patientavgifter inom ramen för det s.k. högkostnads-skyddet (jfr 26 § tredje stycket i förslaget till lag om husläkare). Vissa ändringar i detta hänseende har nyligen beslutats (prop. 1992/93:17, bet. 1992/93:SfU6, rskr. 1992/93:141, SFS 1992:1693 m.fl.). Regeringen har nyligen, på min hemställan, föreslagit ytterligare ändringar i paragrafen av i huvudsak redaktionell art till följd av redan beslutade ändringar beträffande företagshälsovården (prop. 1992/93:178). På grundval av Merkostnadskommitténs (S 1990:04) förslag och andra överväganden kan ytterligare ändringar inom kort komma att ske.

Ikraftträdande m.m.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 1994. Såvitt gäller den nya bestämmelsen om läkemedel förskrivna av distriktssköterskor i 4 § bör noteras att den försökslag som nu reglerar motsvarande fråga, dvs. lagen (1988:23) om tillämpning av lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. vid viss försöksverksamhet, gäller till

utgången av år 1993 (lagens giltighetstid senast förlängd genom SFS 1992:1567). Något särskilt förslag om upphävande av den lagen behövs inte.

7.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Ändringen i första stycket är endast en språklig anpassning till terminologin i kommunallagen.

I paragrafen har lagts till ett nytt fjärde stycke enligt vilket sjukvårdshuvudmännen, dvs. landsting och kommuner som inte tillhör något landsting, skall lämna ersättning också för resekostnader vid vård eller behandling med anledning av sjukdom eller förlossning enligt den föreslagna lagen om husläkare. Sådan vård är öppen vård som ombesörjs av landstinget eller kommunen om husläkaren är anställd hos sjukvårdshuvudmannen eller utför sina uppgifter på dennes uppdrag (jfr förslaget till ändring i 2 kap. 2 § AFL). Sjukvårdshuvudmannen har i dessa delar redan ansvaret för resekostnadsersättningar såvitt gäller personer som är sjukförsäkrade enligt lagen om allmän försäkring (AFL). Genom ändringen utsträcks ansvaret till att gälla även vid resor av den som är bosatt i landet i samband med vård etc. hos en privatpraktiserande husläkare.

Av lagens i övrigt oförändrade bestämmelser framgår bl.a. att resekostnadsersättningen beräknas enligt grunder som sjukvårdshuvudmannen bestämmer (2 §) och att ersättningen efter ansökan betalas ut av den sjukvårdshuvudman inom vars område sökanden är bosatt (3 §). Förarbetena till dessa bestämmelser finns i prop. 1990/91:135, bet. 1990/91:SfU15, rskr. 1990/91:264.

När det gäller sådana kommuner som ingår i ett landsting som har tagit över ansvaret för primärvården enligt den särskilda lagen om försöksverksamhet med kommunal primärvård (jfr avsnitt 7.6) har landstinget, om inte annat har överenskommit, ansvar även för dessa resekostnader (jfr denna paragraf med hänvisning till 2 kap. 6 § AFL, prop. 1991/92:40 s. 44 resp. s. 63).

7.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård

Enligt lagen får en kommun som ingår i ett landsting inom ramen för en försöksverksamhet erbjuda viss hälso- och sjukvård, benämnd primärvård, om landstinget och kommunen har kommit överens om det och fått tillstånd till det. Även distriktstandvård kan ingå i försöket. Socialstyrelsen prövar frågor om tillstånd till försöksverksamheten. Lagen gäller till utgången av år 1996.

En kommun som fått tillstånd till försöksverksamhet skall bl.a. erbjuda en god primärvård åt dem som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten och därvid verka för en god hälsa hos hela

denna befolkning (3 §). Kommunen skall också erbjuda omedelbar hälso- och sjukvård, som faller inom primärvården, om någon som vistas inom det område som omfattas av försöksverksamhet utan att vara bosatt där, behöver sådan vård (4 §).

Enligt de nya bestämmelserna skall kommunen organisera primärvården så att alla som är bosatta inom det område som omfattas av försöksverksamheten får tillgång till och kan välja en husläkare. Den nya paragrafen har samma innebörd som de tidigare redovisade ändringarna i 5 § hälso- och sjukvårdslagen. Jag vill därför hänvisa till kommentaren till dessa ändringar.

Enligt ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna skall lagen träda i kraft den 1 januari 1994. Kommunens skyldighet enligt den nya paragrafen inträder dock av skäl som tidigare angetts (jfr kommentaren till ikraftträdandebestämmelserna till lagen om husläkare) inte fullt ut förrän vid utgången av år 1995. Övergångsregleringen motsvarar vad som gäller enligt förslaget till ändring i hälso- och sjukvårdslagen. Som nyss nämndes gäller denna lag om försöksverksamhet därefter ytterligare ett år.

8 Hemställan

Med hänvisning till vad jag nu har anfört hemställer jag att regeringen *dels* föreslår riksdagen att anta förslagen till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om husläkare,
3. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
4. lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.,
5. lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor,
6. lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård,
dels föreslår riksdagen att
7. godkänna de riktlinjer jag förordat vad gäller vissa statliga övergångsåtgärder (avsnitt 4.3),
8. till *Bidrag till husläkarsystem m.m.* för budgetåret 1993/94 under femte huvudtiteln anvisa ett reservationsanslag på 200 000 000 kronor.

Vidare hemställer jag att regeringen låter riksdagen ta del av vad jag anfört om

9. producent- och konkurrensneutralitet (avsnitt 3.6.4),
10. frågan om åldersgräns för husläkare (avsnitt 3.6.5),
11. husläkarna och omvärlden (avsnitt 3.7),
12. tillsyn och kvalitetssäkring (avsnitt 3.8),
13. utbildning, utveckling och forskning (avsnitt 3.9),
14. genomförandet (avsnitt 4) utöver vad som tidigare angivits,
15. försöksverksamhet med förskrivningsrätt för distriktsköterskor (avsnitt 5).

9 Beslut

Prop. 1992/93:160

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

Sammanställning över inkomna remissvar

Remissinstanserna

Av 8 myndigheter har svar inkommit från 8. Dessa är *Socialstyrelsen, Riksförsäkringsverket, Statskontoret, Riksrevisionsverket, Statistiska centralbyrån, Datainspektionen, UHÄ* (avstår från svar) och *Folkhälsoinstitutet*.

Av *landstingen* har svar inkommit från samtliga.

Av de 21 *kommuner* som är remissinstanser har svar inkommit från alla utom *Åtvidabergs, Falköpings, Ludvika och Lycksele kommuner* samt *Ekerö kommun* som avstår från yttrande.

Landstingsförbundet och *Svenska kommunförbundet* har lämnat yttrande.

Av *organisationerna* i övrigt har svar inkommit från *Försäkringskasseförbundet, SPRI, LO, TCO, SACO/SR, Sveriges läkarförbund, SHSTF, Svensk Distriktsläkarförening, Svenska läkaresällskapet, Svensk förening för allmänmedicin, HCK, DHR, Sveriges allmänna patientförening, Svenska Psoriasisförbundet, Svenska psoriasisförbundet, PRO, Sveriges Pensionärsförbund*.

Svar saknas från *Riksförbundet för social och mental hälsa* samt *Företagshälsovårdens Utvecklingsråd*.

Därutöver finns i övrigt brev/yttranden/kommentarer från en rad organisationer, privatpersoner, yrkesgrupper enligt särskild förteckning vid Socialdepartementet.

Sammanfattning av departementspromemoria (Ds 1992:41) och remissammanställning (Ds 1992:113) om förslag till husläkarsystem

Sammanfattningen och remissammanställningen är indelad enligt följande:

Bakgrund och syfte med förslagen

Husläkare för kontinuitet i vården

Etableringsformerna

Fri etablering för husläkare i ett producentneutralt nationellt system garanterat i lag

Husläkarfunktionen

Kompetenskrav
Husläkaråtagande
Husläkarval – listning

Ersättningssystemet

Principerna
Kapiteringsersättningen
Patientavgifter – remissförfarande

Utbildning, utveckling och forskning

Samverkan för husläkare

Prevention och primärvårdsområdet
Specialistsamverkan
Samhällsmedicin
Företagshälsovård
Försäkringskassa
Socialtjänst – skola

Tillsyn och kvalitetssäkring

Författningseksekvenser

Promemorian:

I promemorian konstateras att Sverige har en relativt liten del av sjukvårdsresurserna knutna till den öppna vården. Den omstrukturering som pågår måste påskyndas. Även om man på vissa håll i landet i det närmaste uppnått fastställda mål, har primärvården i ett helhetsperspektiv inte kunnat uppfylla de högt ställda förväntningarna. Patienterna måste också få en bättre kontinuitet i kontakten med läkarfunktionen och den övriga vården. En fritt vald läkare skall kunna erbjuda en fast replipunkt för den enskilde i vårdsystemet. En förbättring i allmänläkarens arbets-situation eftersträvas också med möjligheter till större inflytande. Man föreslår därför att ett husläkarsystem införs fr o m år 1993 och är fullt utbyggt vid utgången av år 1995.

Remissinstanserna:

Många remissinstanser konstaterar att det föreligger problem i vårdsystemet främst vad gäller kontinuiteten.

De flesta remissinstanser betonar dock det som är bra i den nuvarande primärvården och vill slå vakt om teamarbetet och vårdlagsfunktionen. Någon känner inte igen sig i beskrivningen.

Landsting

11 landsting delar i huvudsak problembeskrivningen, främst avseende kontinuitetsproblemen, och lika många har fattat beslut om eller har redan infört egna system för att möta problemen vad gäller resursfördelning och kontinuitet. Som stöd för en sådan utveckling använder de flesta modeller med husläkare/familjeläkare. Dessa modeller, menar man, är det viktigt att få fortsätta med, som t ex Bohus-modellen och Dala-modellen.

Några landsting t ex Hallands, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands och Jämtlands läns landsting, understryker särskilt att man nått eller snart uppnår en måluppfyllelse inom primärvården som ger många av de fördelar kring resurser och kontinuitet som husläkarförslaget syftar till.

Kommuner

De flesta av de kommuner som deltar i försöksverksamheten med kommunalt huvudmannaskap för primärvården anser att de, som en förutsättning för försöket, redan har formulerat en del av de mål som husläkarförslaget syftar till. Man anser att det är viktigt med kontinuiteten mellan läkare-patient och söker på lite olika vägar stödja en sådan utveck

ling. Samtidigt betonar man vikten av att de resurser som genom ett eventuellt husläkarsystem bör tillföras primärvården verkligen omfördelas dit.

Prop. 1992/93:160
Bil. 2

Organisationer

Landstingsförbundet och *Svenska kommunförbundet* instämmer i stort i den problembeskrivning som finns, men betonar att förhållandena varierar högst betydligt inom landet. *Landstingsförbundet* anser att tidsplanen för ett genomförande måste ta hänsyn till att det tar tid att fördela om resurser från andra vårdnivåer till primärvård.

Av de övriga organisationerna menar *Försäkringskasseförbundet*, *LO*, *TCO*, *SHSTF* och *PRO* att den primärvård vi har idag till stora delar uppfyller de utgångspunkter som nämns i förslaget och delar således inte problembeskrivningen. Man tycker dock att det skulle vara positivt med ökad kontinuitet i vården.

Man anser också tillsammans med *Sveriges pensionärsförbund* och *Svenska Läkaresällskapet* att frågan kan hänskjutas till den tillsatta utredningen om hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering (HSU 2000).

Sveriges läkarförbund, *Svenska Distriktsläkarföreningen* och *Svensk förening för allmänmedicin* anser att problembeskrivningen är korrekt och att det är önskvärt att reformen genomförs snabbt i de delar man instämmer i promemorians förslag.

Husläkare för kontinuitet i vården

Promemorian:

All erfarenhet visar att de flesta människor vill komma tillbaka till samma vårdgivare. Begreppet kontinuitet har införlivats som en av målsättningarna för primärvården. En långsiktig kontinuitet, som innebär att man som enskild person har en över tiden fastare anknytning till en läkare, bör eftersträvas. Det är då den läkarens uppgift att se till att man som patient får den vård man behöver, vare sig det är läkaren ifråga själv eller någon annan vårdgivare som är bäst skickad att ge vården. Detta är den bärande tanken i ett husläkarsystem. I departementspromemorian föreslås att ett husläkarsystem med den grundläggande tanken införs.

Remissinstanserna:

De flesta remissinstanser uttrycker sig positivt angående själva tanken på husläkare, som bl a innebär ökad kontinuitet i vården, och tillstyrker grundtankarna. Några anser dock att den nuvarande primärvården ger

större fördelar och avstyrker tanken på husläkare. En del uttrycker tveksamhet inför en förändring, som man upplever som genomgripande, bl.a. *Socialstyrelsen och Statskontoret*.

Landsting

I stort sett alla landsting ser positivt på husläkartanken med en fritt vald läkare som ger bättre kontinuitet i vården.

Värmlands, Jämtlands och Gävleborgs läns landsting uttrycker tydligast vissa tveksamheter kring tanken överhuvudtaget och menar att den kanske inte tillför något nytt till en väl fungerande primärvård, där man redan har en slags husläkare.

Gävleborgs läns landsting anser att svagheten i husläkartanken är att kontinuiteten kopplas ihop med en person (husläkaren). Man ser en stor risk med att övrig personals yrkesroller urholkas och försvagas. Det teamarbete som utvecklats inom den svenska primärvården kommer på sikt att upphöra.

14 av *landstingen* ger tydligt uttryck för att husläkarsystemet måste utvecklas inom ramen för en fungerande primärvård och inom ramen för de modeller man valt för utvecklingen. Några anser ett husläkarssystem konsekvenser för övrig primärvård med ett husläkarssystem måste utredas särskilt.

Västerbottens läns landsting konstaterar att en av de viktigaste aspekterna med husläkartanken och förslaget är att söka tillgodose att samhället bara behöver betala den primära hälsovården en gång! Genom husläkarförslaget får huvudmannen ett instrument att se till att slutenvårdens lediga kapacitet inte fylls med primärvårdsuppgifter.

Kommuner

Bland dem som svarat är alla *kommuner* utom *Kävlinge* positiva till tanken på husläkare.

Kävling kommun uttrycker viss tveksamhet och anser att den nuvarande primärvården representerar en god och välfungerande vård.

Bräcke kommun framhåller att alternativa modeller måste få finnas. Båda kommunerna anser att syftet med ökad kontinuitet är viktigt.

Organisationer

Landstingsförbundet stöder tanken på ett husläkarssystem och anser det kan bidra till förbättringar vad gäller kontinuitet och tillgänglighet. Samma tankegångar har *Svenska kommunförbundet*. Flera organisationer stöder tanken på husläkare.

Bland *organisationerna* i övrigt uttrycker några att det är tveksamt att markera läkarens funktion så hårt i primärvårdssystemet och ifrågasätter att ett husläkarssystem skulle kunna avhjälpa de problem som skisserats. *PRO* avstyrker helt idén med ett husläkarssystem.

Fri etablering för husläkare i ett producentneutralt nationellt system garanterat i lag

Promemorian:

För att bl.a. attrahera och behålla fler läkare i allmänmedicin finns starka skäl för att primärvården skall kunna utföras i olika produktionsformer och att de läkare som uppfyller erforderliga kompetenskrav och vill etablera sig som egna företagare skall kunna göra detta.

Målen att uppnå en jämnare fördelning av privatvården till också glesbygd har inte uppnåtts, samtidigt som möjligheten att samordna enskild och offentlig vård inte har ökat nämnvärt genom Dagmarsystemet. Därför krävs ytterligare åtgärder.

Att själv ha möjlighet att påverka arbetets organisation och innehåll bidrar till arbetsglädje och motivation. En verksamhet som utsätts för konkurrens stimulerar såväl produktiviteten som effektiviteten. Den slutsats som bör dras av detta är att husläkarsystemet inte skall låsas till krav på en särskild driftsform – varken i offentlig eller privat regi.

För att den enskilde läkaren skall ha ett fritt val vad gäller driftsform måste kontraktsinnehåll, ersättning m.m. ha som grundprincip att systemet skall vara helt producentneutralt. Kravet accentueras av att sjukvårdshuvudmännen både kommer att vara finansiärer och den dominerande producenten, åtminstone i ett kortare perspektiv.

I promemorian föreslås att de läkare som uppfyller de grundläggande kompetenskraven för husläkare, samt är beredda att arbeta inom ramen för vissa nationella regler, skall ha rätt att etablera sig som husläkare. Sjukvårdshuvudmännen skall i sådana fall vara skyldiga att lämna ersättning.

Remissinstanserna:

De allra flesta remissinstanser ställer sig tveksamma eller negativa till en helt fri etablering för husläkare enligt promemorians förslag. Det man i allmänhet vänder sig emot är att sjukvårdshuvudmännen inte helt kan råda över resurserna samt att ett nationellt reglerat/garanterat system för fri etablering innebär en alltför stor detaljstyrning av sjukvårdshuvudmännens finansiering och organisering av hälso- och sjukvården. Några menar att systemet inte ger de effekter man eftersträvar med förslaget, utan att effekterna kan bli de direkt motsatta. Flera remissinstanser framhåller producentneutraliteten.

12 remissinstanser förhåller sig dock klart positiva till fri etablering, åtminstone på sikt, därav fyra *landsting*.

Flera remissinstanser samtidigt uttryckt sig både för och emot fri etablering och har inte tydligt tagit ställning, förespråkat både central övergripande reglering och stor lokal frihet etc.

Myndigheter

Statskontoret och *Riksrevisionsverket* tillstyrker förslaget om fri etablering. *Socialstyrelsen* vill hänvisa frågan till HSU 2000. *Riksförsäkringsverket* anser att sjukvårdshuvudmannen skall kunna påverka etableringen genom varierande ersättning.

Landsting

Stockholms och Malmöhus läns landsting tillstyrker fri etablering. *Landstinget i Östergötland* säger sig vara positivt inställt och *Jönköpings och Kalmar läns landsting* är beredda att acceptera fri etablering på sikt. I övrigt är man tveksam eller avstyrker förslaget om en helt fri etablering enligt förslaget som det utformats i promemorian. Några *landsting* har inte tydligt tagit ställning.

Kommuner

Trollhättans, Helsingborgs, Malmö och Göteborgs kommuner tillstyrker klart fri etablering. *Katrineholms* och *Gotlands kommuner* avvisar tydligast promemorians förslag i denna del. Övriga hänvisar till mer lokalt inflytande, avtal och andra former.

Organisationer

Landstingsförbundet avvisar förslaget till långtgående reglering och därmed promemorians utformning av fri etablering. Förbundet anser att en modell med öppna och stängda områden är bättre. Reformen bör genomföras utifrån lokala förutsättningar och behov och genom lokala beslut. Ersättningen skall vara producentneutral. En helt fri etablering för husläkare kan få motsatt effekt vad gäller befolkningens valfrihet. Central styrning leder också till fragmentering och parallella organisationer. Några principer bör fastställas på central nivå genom tillägg till HSL.

Svenska kommunförbundet är kritiskt till den nationella styrning som föreslås i promemorian och betonar den kommunala självstyrelsen och beskattningsrätten. Man pekar också på frågan om primärvårdens överföring till kommunerna. Styrelsen anser det svårt att bedöma en del konsekvenser av det fria valet, bl.a. samverkan och områdesansvar. Konkurrenten mellan olika producenter förbättrar resursanvändningen. Förbundets styrelse ser därför positivt på förslaget om fri etableringsrätt, men betonar att villkoren för etablering skall bestämmas av ansvarig sjukvårdshuvudman.

Spri ser skäl till att sjukvårdshuvudmännen ges möjlighet till att be-

gränsa etableringsrätten genom att utforma lokala krav inom vilken fri etablering är möjlig.

LO, TCO, SHSTF och *Svenska läkaresällskapet* anser att förslaget om inrättande av husläkare med fri etablering bör överlämnas HSU 2000. *SACO/SR* är i stort positiv till syftet med husläkarsystemet. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* ställer sig positivt till fri etablering, men anser att frågan bör beaktas i sin helhet och principiellt även omfatta andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. *Tandläkarförbundet* är uttalat positivt till fri etableringsrätt vare sig det gäller husläkare, tandläkare eller andra yrkesutövare. Gemensamt för förbunden, utom *Sveriges läkarförbund* respektive *tandläkarförbund*, är att de hade sett det som mer naturligt att husläkarreformen övervägts i HSU 2000.

Sveriges läkarförbund anser att de centrala frågorna såsom patientens valfrihet, fri etableringsrätt för husläkare och producentneutralitet med lika ersättningsvillkor oavsett driftsform är tydligt formulerade i departementspromemorian och utan större problem kan omformas i förslag till lag.

Svenska Distriktsläkareföreningen är rent allmänt positiv till promemorian, men ställer en del frågor kring bl.a. den i dag välfungerande vårdcentralen och anställningsformerna. Man delar dock inte uppfattningen kring fri etablering utan anser att det nödvändigt med en viss etableringskontroll i områden med hög läkartäthet.

Svenskförening för allmänmedicin stödjer helhjärtat promemorians ambition, men man uttalar sig mot fri etablering.

HCK kan inte se hur fri etablering skall kunna kombineras med en god tillgång på läkare och valfrihet för invånarna i alla delar av landet. Tvärtom kan tillgången bli sämre. Man har svårt att se en jämn läkarfördelning utan etableringskontroll.

PRO avvisar bestämt förslaget om husläkarreform. Förslaget med fri etablering passar inte utan vidare in med distriktsköterskeorganisationen och barna- och mödravården. Man vill dock betona att man inte är någon bestämd motståndare till att privatläkare får etablera sig, men det får inte bli så att de övertar ansvaret för hälso- och sjukvården. De måste inordnas i sjukvårdshuvudmännens planering och ansvar.

SPF föreslår att förslaget utreds ytterligare, gärna i direkt samverkan med HSU 2000.

Några i övrigt inkomna synpunkter:

Konkurrensverket är allmänt sett positivt till förslaget om en friare etablering av husläkare, då det skapar förutsättningar för en ökad konkurrens i förhållande till dagsläget. Förslaget är dock samtidigt så utformat att det missgynnar alternativa vårdmottagningstyper typ City-Akuten. Konkurrensverket vill därför framhålla att den frihet som skall råda för patienten vid val av läkare också bör finnas vid val av vårdmottagningstyp. Förslaget innehåller också flera inslag av onödiga regleringar som kan motverka syftet att öka konkurrensen mellan de olika producenterna. Med tanke på förslagets genomgripande karaktär ser man helst att

det prövas mot bakgrund av en övergripande analys av hela hälso- och sjukvården.

Kooperativa institutet anser att förslaget inskränker den fria etableringen av vårdkooperativ och rubbar producentneutraliteten mellan olika driftformer. Redan genom paragraferna 1 och 4 i den föreslagna lagen diskrimineras den kooperativas driftsformen. Man avstyrker därför bestämt förslaget i dess nuvarande utformning.

Praktikertjänst AB anser att en försöksverksamhet skall inledas i ett storstads- respektive ett glesbygdsområde för att den vägen utarbeta en mer långsiktig lösning på kontinuitetsproblemen i den öppna vården. Man finner det också angeläget att avvakta utredningen av den framtida organisationen och finansieringen av svensk hälso- och sjukvård. Det får inte genom förslaget uppstå ett yrkesförbud för allmänmedicinare som inte ingår i ett husläkarsystem. Man vill också möjliggöra för läkarhus/-grupper att som sammanhållna vårdenheter kunna fungera som husläkarmottagningar med ett diffrentierat vårdutbud.

MediVården AB anser att om förslaget genomförs, kommer det inte bara att leda till "barnsjukdomar" i ett första skede, utan också på längre sikt leda till allvarliga störningar både vad gäller kvalitet och kostnader. Förslaget är planekonomiskt orienterat och med sin erfarenhet och specifika kunskap av upphandling med landsting ser man att det hindrar den mångfald och det entreprenörsskap som förslagsställarna säger sig vilja uppmuntra. Privata producenter måste ha frihet att utforma sitt serviceutbud efter rådande efterfrågan. Läkare som önskar arbeta som husläkare men inte vill vara egna företagare, måste ges möjlighet att välja att vara landstingsanställda eller anställda i ett husläkarföretag. Detta innebär att företag måste ges rätt att etablera sig som husläkare och teckna husläkaravtal. Endast då blir husläkarsystemet producentneutralt. Denna rätt måste lagregleras.

Neurologiskt Handikappades Riksförbund ställer frågan om det kommer att finnas läkare i hela landet när etableringsfrihet införs för husläkare eller om den geografiska spridningen kommer att bli mer ojämn än nu.

Statspensionärernas Riksförbund konstaterar att läkarbristen i glesbygdsområdena inte torde bli mindre genom ett husläkarssystem. Fri etableringsrätt finns ju redan inom dessa områden.

Svenska Diabetesförbundet hoppas att diabetiker kommer att kunna välja läkare som profilerar sig mot diabetiker. Etableringsfriheten är så tillvida betydelsefull.

Riksförbundet Mot Reumatism förordar etableringskontroll av husläkare med motiveringen att i första hand få en rättvis geografisk spridning av husläkare.

Riksföreningen för Socialmedicin anser att förslaget om fri etablering inte är möjligt att kombinera med sjukvårdshuvudmannens fortsatta planerings- och finansieringsansvar.

SKAF anser sammanfattningsvis att det framlagda förslaget om husläkare skall avvisas. Förslaget ger upphov till många frågetecken och uppvisar stora brister i analysen, där intresset ensidigt fokuserats på läkarkårens rättigheter och där påtagliga brister i kunskap visas vad

gäller övriga personalkategorier, sjukvårdsbiträdens och undersköterskors kompetens och utvecklingsmöjligheter.

Försäkringsanställdas Förbund avstyrker förslaget om införande av ett husläkarsystem och menar att det inte skulle komma att innebära en överföring av läkare till glesbygd. Detta problem får man lösa via andra styrsystem, där den nuvarande primärvårdsorganisationen har bäst förutsättningar att klara detta.

Husläkarfunktionen

Kompetenskrav

Promemorian:

Husläkaren bör i princip ha specialistkompetens i allmänmedicin. Under ett övergångsskede bör det dock finnas möjligheter att ge dispens för läkare inom näralliggande specialiteter att etablera sig som husläkare. Det bör ankomma på regeringen eller efter regeringens bemyndigande Socialstyrelsen att ge dispens.

De läkare som fått dispens skall ges möjligheter att komplettera sin utbildning för att få specialistkompetens också i allmänmedicin.

Det ankommer på Socialstyrelsen att utforma riktlinjerna för denna kompletterande utbildning. Företagsläkare bör inte, i denna sin egen-skap, kunna lista de anställda vid det företag som hon eller han arbetar på, dvs vara de anställdas husläkare. Däremot finns inget som hindrar att den enskilde läkaren, som uppfyller respektive kompetenskrav, är verksam dels som husläkare dels som företagsläkare.

Remissinstanserna:

De allra flesta remissinstanserna instämmer i kravet på specialistkompe-tens i allmänmedicin. Nästan alla *landsting* som yttrat sig i fråga om kompetenskrav delar promemorians grundläggande uppfattning om krav på specialistkompetens i allmänmedicin för husläkarfunktionen. Många *landsting* betonar dock att sjukvårdshuvudmannen skall avgöra dispen-serna. Flera *brukarorganisationer* anser också att olika specialister skall kunna vara husläkare för de patienter med kroniska sjukdomar som finns inom respektive specialitet. Flera instanser föreslår att även andra kate-gorier läkare bör kunna etablera sig som husläkare t.ex. barnläkare för barn och deras familjer och företagsläkare för de anställda på företag.

Kommuner

De *kommuner* som yttrat sig delar promemorians förslag vad gäller kompetensen för husläkare. Några anser dock att sjukvårdshuvudmannen skall avgöra dispensererna.

Landstingsförbundet och *Svenska kommunförbundet* delar promemorians syn på kompetens, men menar att dispensavgörandet måste kunna ske hos huvudmannen. *Landstingsförbundet* menar att förfarandet kan jämföras med hur den nyligen införda ST-utbildningen är upplagd.

HCK skriver att möjligheten att i ett husläkarsystem ha kontakter med andra specialister än sådana i allmänmedicin är en huvudfråga för många av de medlemmar de representerar. Att gå omvägen via husläkaren för att få träffa specialisten ter sig knappast som ett fritt val eller särskilt obyråkratiskt.

Sveriges allmänna patientförening, DHR och *Svenska Psoriasisförbundet* framför liknande synpunkter och menar att specialisten för kroniskt sjuka bör kunna fungera som husläkare.

Husläkaråtagandet

Promemorian:

För att ett husläkarsystem skall kunna kombineras med rätt till fri etablering och en ersättning som bygger på kapiteringsprincipen, måste ett grundåtagande preciseras på central nivå och gälla lika över hela landet. Ett sådant grundåtagande bör begränsas till de mest grundläggande funktionerna för en välfungerande patient – läkarelation. Denna reglering bör ske i en särskild lag. Den som etablerar sig skall samråda med sjukvårdshuvudmannen om vad som kan vara en lämplig utformning av åtagandet.

Det innebär att avtal kan träffas om ett vidare åtagande än grundåtagandet.

Grundåtagandet omfattar: Mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra service- och vårdgivare, kvalitetssäkring och rapportering om ohälsa och risker. Därutöver ställs vissa krav på tillgänglighet.

Att närmare ange innehållet i grundåtagandet bör bli en uppgift för Socialstyrelsen i samråd med professionen.

En husläkare bör inte kunna neka någon att lista sig så länge det finns plats på hans/hennes lista och det bör finnas plats för passiv listning på listan.

Eftersom husläkarverksamhet bör vara husläkarens huvudsakliga systerställning föreslås att en husläkares lista bör omfatta minst 1 000 personer för att få ingå i husläkarsystemet. Denna lista bör ha uppnåtts efter längst ett år efter etableringen, annars kan sjukvårdshuvudmannen sluta att lämna ersättning. Av kvalitetsskäl bör också finnas en maximigräns vid 3000 personer. Sjukvårdshuvudmannen kan ge dispens för ett mindre antal på en lista om han anser att det finns skäl för detta.

Remissinstanserna:

16 remissinstanser instämmer i promemorians förslag om ett grundåtagande. Knappt hälften av dessa vill se en utvidgning i någon form, t.ex. områdesansvar, distriktssköterskeverksamhet, rehabilitering och ansvar för multiproblempatienter. 26 instanser anser att grundåtagandet inte skall regleras i lag, utan menar att sjukvårdshuvudmannen skall bestämma åtagandet.

Six landsting delar i huvudsak promemorians förslag till ett centralt reglerat grundåtagande. De övriga avstyrker ett för hela riket detaljreglerat grundåtagande och menar att åtagandet måste fastställas lokalt.

Några landsting delar uttryckligen promemorians förslag om begränsning till minst 1 000 personer på listan. De flesta *kommuner* som svarat anser att åtagandet skall fastställas av sjukvårdshuvudmannen lokalt.

Landstingsförbundet konstaterar att om läkaren enbart kan välja ett grundåtagande kan huvudmännen få problem med att tillhandahålla läkarkompetens för andra uppgifter som måste fullgöras.

Svenska kommunförbundet är mycket tveksamt till förslaget att fastställa ett nationellt husläkaråtagande. Kravspecifikationen bör istället kunna utformas lokalt och då innebära att innehållet är detsamma oavsett vem som producerar vården. Det måste finnas möjligheter, inte minst i glesbygd, att reglera åtaganden utöver dem som beskrivs i promemorian, exempelvis barnavård, skolhälsovård, sjukhemsvård m.m.

SPRI anser att så få komponenter som möjligt bör regleras i lag. Man delar uppfattningen att det förväntas leda till ökad arbetstillfredsställelse för läkaren att utifrån ett grundåtagande lägga upp arbetet, bestämma arbetsvolym och driftsform.

SHSTF anser att det finns stor risk för att förebyggande arbete som bl.a. bedrivs av sjuksköterskan på BVC eller barnmorskan på MVC inte kommer att prioriteras ställt mot grundåtagandet för läkaren. Man anser vidare att distriktssköterskor och barnmorskor skall få ett tydligare eget och självständigt ansvar bl.a. genom förskrivningsrätt för vissa läkemedel och genom att tillsammans med patienten avgöra vilken läkare som skall kontaktas, husläkaren eller annan specialist. Därtill måste dessa personalgrupper också kunna välja att arbeta helt självständigt och inte automatiskt ingå i ett utökat grundåtagande eller tilläggsåtagande för husläkare.

Sveriges psykologförbund påpekar att grundåtagandet är luddigt formulerat och anser att det i husläkarens ansvar måste finnas formulerat en garanterad rätt att få kontakt med andra yrkesgrupper.

Sveriges läkarförbund kan ställa sig bakom skrivningen av grundåtagandet, men menar samtidigt att driftsformer, arbetssätt och utformning i övrigt inte skall regleras centralt.

Svenska Distriktsläkarföreningen betonar att en svårighet med grundåtagandet är att distriktssköterskorna frikopplas från läkaren. Detta kan bli utomordentligt olyckligt för de patienter, som lätt hamnar mellan två stolar, genom diskussion om vem som har ansvaret, distriktssköterskan eller läkaren.

Svenska läkaresällskapet anser att viktiga former av samverkan som utvecklats vid dagens vårdcentraler som t.ex. samarbetet läkare – sjuksköterska, kvalitetshöjande specialmottagningar, kvalitetshöjande profilering bland läkarna och rehabiliteringsteam inte ges riktiga incitament genom grundåtagandet. Värdet av grupp-mottagningar måste också betonas och förutsättningar för sådana tillskapas.

Husläkarval – listning

Promemorian:

De nya modeller, som växer fram som ett svar på servicekrav från allmänheten, innebär en tydligare koncentration på läkarinsatserna, det personliga ansvaret och förtroendet i relation patient – läkare. Det är bl.a. mot denna bakgrund, som det är naturligt att den enskilde medborgaren fritt skall kunna välja vem som blir hans eller hennes husläkare. Det innebär att den enskildes val av husläkare inte skall begränsas till ett givet geografiskt område.

Alla invånare, oavsett ålder, skall erbjudas att lista sig hos husläkare. Aktiv listning bör av sjukvårdshuvudmannen kompletteras med passiv listning av dem som inte aktivt tar avstånd från att ansluta sig till någon husläkare.

Vid införande av listning bör alla i ett visst område, t.ex. landsting, lista sig samtidigt.

Den enskilde skall få byta husläkare när han eller hon önskar, dock under förutsättning att man inte redan bytt under den senaste sex-månadersperioden. Skälen till denna inskränkning är bl a administrativa hänsyn.

Remissinstanserna:

De allra flesta remissinstanser uppfattar det fria läkarvalet som viktigt och grundläggande.

Av dem som yttrat sig förordar de flesta en områdesvis, passiv listning med ett erbjudande om aktivt byte av läkare.

Några remissinstanser ifrågasätter systemet med listning, därav ett par landsting, främst av administrativa skäl och resursskäl men också av ideologiska skäl. Några instanser pekar på att reseersättningsfrågorna måste lösas vid läkarval långt från bostaden. Några *landsting* har uttryckt åsikten att sjukvårdshuvudmännen själva skall avgöra reseersättningsfrågorna. En rad frågor har ställts om listningssystemets detaljutformning t ex när listan kan betraktas vara fulltecknad, vad som händer på semesterorter med stor tillströmning under vissa perioder m.m.

Datainspektionen pekar på nödvändigheten av datoriserade personregister och vilka konsekvenser detta kan få för lagstiftningen m.m.

De flesta *landsting* anser det riktigt med ett helt fritt val av läkare. De flesta *landsting* är också positiva till att införa ett listningssystem.

Åtta *landsting* anser att listningen bör börja med passiv listning med erbjudande om aktivt byte. Fyra delar promemorians syn att erbjudandet skall vara aktiv listning och därefter passiv. Två *landsting* förespråkar lokala varianter och "förnuftig" listning.

Lanstinget Gävleborg anser att beteckningen "passiv listning" bör ersättas med benämningen "områdesbaserad listning" och "aktiv listning" med "individuell listning".

Något *landsting* anser att tidsgränsen för byte skall vara 12 månader med rätt för byte vid flyttning eller synnerliga skäl. Några anser att ingen tidsgräns alls skall upprättas för byte av husläkare.

Några *landsting* pekar på möjligheten för husläkaren att i vissa fall neka patienter att lista sig t ex vid för långt avstånd eller osämja.

Uppsala läns landsting ser risker med att systemet ger överbyggnader med kontrollsystem, administration och rapportering som inte upplevs som en förmån för den enskilde, snarare som onödig byråkrati.

Kommuner

Sigtuna kommun anser att man inte tillräckligt belyst svårigheten vid listningstillfället bl.a. avseende otillräckligt med ordinarie läkare och när listan blir fulltecknad. Trots detta förordar man aktiv listning.

Man undrar också vem som tar ansvar för den som aktivt inte listar sig.

Häbo kommun menar att det kan vara bra att fastställa nationella regler för listningssystemet i stort.

Aneby kommun anser att ett listningssystem är viktigt och riktigt, men undrar hur man undviker att listorna blir snedbelastade, hur de svagas rättigheter tas tillvara och hur man förfar när det om det fattas läkare eller läkare slutar.

Kävlinge kommun finner förslaget med listning hos husläkare som mycket svårhanterligt och anser att arbetet med uppföljningen och kontakterna med invånarna samt olika läkare inom och utom kommunen kommer att kräva en oerhörd administration.

Malmö kommun anser inte att patientens valfrihet skall begränsas vad gäller kontakt med läkare, varför någon tidsgräns för byte av husläkare inte bör formas.

Göteborgs kommun anser också att patientens valfrihet inte skall begränsas till att enbart avse byte av husläkare. Vad gäller listningsförfarandet utgår man ifrån att det sker datoriserat och i samverkan med folkbokföringsregistret. Man avstyrker av ekonomiska skäl att den passiva listningen införs.

Organisationer

Landstingsförbundet anser att listning bör ske vid ett och samma tillfälle. Huvudmännen bör besluta om hur det skall gå till. En metod att kombinera en områdesanknytning med befolkningens valfrihet kan vara ett huvudmännen gör en preliminär listning enligt principen om områdes-

anknytning hos de läkare som är aktuella för husläkarverksamhet. Befolkningen informeras om att den preliminära listningen enbart är ett förslag och att de kan välja en annan läkare eller helt avstå.

Spri tillstyrker en fritt vald läkare genom listning. För vissa patientgrupper kan valet av läkare var underordnat t.ex. att det finns distrikts-sköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut tillgängliga. Man anser vidare att läkaren alltid skall ha skyldigheten att göra hembesök även vid långa resor. Som stöd för läkaren kan sjukvårdshuvudmannen besluta om gränser för vad som är rimliga resor vid hembesök.

SKAF menar att listningen kräver oerhörda administrativa insatser och rutiner, vilka inte är gratis. Det finns också uppenbara risker med att listningssystemet undergräver målsättningen vård efter behov och på lika villkor.

TCO tycker att den enskildes valfrihet går att garantera genom ett listningsförfarande till vårdteam, där ett mindre antal läkare ingår tillsammans med övrig vård-omsorgspersonal. Den enskilde skall då ha rätt att byta vårdteam. Samma läkare kan heller inte garanteras, utan det skall inom teamet finnas en eller två andrahandsläkare. Sådana team kan då också innehålla vissa specialisläkare som t.ex. gynekolog och barnläkare, vilka kan vara verksamma inom ett större geografiskt planeringsområde.

SHSTF trycker på att patienterna skall listas passivt till husläkare inom området, med möjlighet till aktivt byte. Om en aktiv listning tillämpas i första hand, skall SHSTF:s medlemmar arbeta i självständiga grupper med områdesansvaret bevarat.

Legitimerade sjukgymnasters förbund ställer sig undrande till det föreslagna listningssystemet t.ex. vad gäller kontrollsystemet för att undvika att patienter listar sig hos fler än en läkare och vad systemet kommer att kosta rent administrativt.

Sveriges läkarförbund kan acceptera begränsningar i patientens rätt till reseersättning om man väljer en alltför avlägsen husläkare. Frågan om listningen bör utredas vidare, då det är viktigt att finna former som ger den enskilde läkaren en rimlig arbetssituation. Det finns risk för att välkända, populära läkare överbelastas.

Antalet patienter på listan inom gränserna skall avgöras av läkaren och anmälas till huvudmannen.

Svensk förening för allmänmedicin anför att passiv listning bör kunna föregå aktiv listning. Kostnaderna för listningen måste ligga utanför den enskilde husläkarens budget.

Svenska Distriktsläkarföreningen betonar att ingen husläkare skall tvingas att ha fler än 2000 personer på sin lista. Man tycker att det är oklart när en lista kan betraktas som fulltecknad. Den aktiva listningen och dess konsekvenser måste utredas grundligare. Det är utomordentligt viktigt att skilja på effekten av 1 500 patienter på listan eller 1 500 personer. Vid passiv listning är det personer som anknyts oavsett deras hälsotillstånd och vid aktiv listning kan man räkna med en tyngre vårdstatus. En begränsning till hälften av varje är en väg, alternativt skulle aktivt listade ge högre ersättning. Man undrar också hur man löser vår-

den för dem som reser, semester osv.

PRO anser att det blir en stor administrativ apparat alldeles i onödan att lista hela befolkningen hos husläkare. Man menar att det blir ett tvång för människor som riskerar det nu fria valet av läkare.

HCK betonar att det skall vara varje människa själv som avgör när han/hon anser det nödvändigt att byta läkare.

Sveriges Allmänna Patientförening ställer frågan om vem som ansvarar för att tillräckligt med läkare alltid finns på orter där folkmängden avsevärt varierar under olika säsonger.

Ersättningssystemet

Principerna

Promemorian:

Ersättningssystemet bör uppfattas som rättvist, konkurrensneutralt och bör stimulera till ett effektivt resursutnyttjande med hänsyn till hela hälso- och sjukvården, samt vara lätt att administrera och följa upp.

Den ersättning som är relaterad till listan bör delas upp i två delar, där den största delen skall vara kapiteringsersättning och en del utgöras av patientavgifter.

Remissinstanserna:

I stort sett är remissinstanserna positiva till principerna för ersättningen, dvs. en större kapiteringsersättning och en mindre del prestationsrelaterad i ett producentneutralt system.

Några presenterar ytterligare ersättningsfaktorer och finansieringsförslag.

Datainspektionen anser det troligt att förslagets regler inklusive reglerna för ersättning jämte administrationen i övrigt föranleder behov av ett ADB-stöd som innebär förande av personregister över patienter och läkare. Redan detta gör det nödvändigt att utreda de rättsliga förutsättningarna enligt data- och sekretesslagstiftningen, samt behovet av författningsändringar och statsmaktsreglering av personregister.

Folkhälsoinstitutet anser det finns risker med att en del av ersättningen relateras till patientavgiften och därmed antalet besök. Ersättningen till läkare för preventiva insatser och patientavgifter är två separata frågor men har betydelse för hur omfattningen och inriktningen av verksamheten kommer att se ut.

Landsting

De allra flesta *landsting* instämmer i principerna för ersättningen och menar att övergripande principer för hur systemet kan se ut kan fastställas centralt. Några *landsting* undrar hur ersättningen konstrueras för besök

Kommuner

De flesta *kommuner* instämmer i principerna för ersättningen.

Kapiteringsersättning

Promemorian:

Kapiteringsersättningen bör utgöra 70-80 % av den totala ersättningen. Åldersfaktorn är den enskilda faktor som har störst påverkan på antalet läkarbesök och hur lång tid ett läkarbesök tar, därför bör ersättningen viktas efter ålder. Nivån på kapiteringsersättningen i relation till grundåtagandet bör fastställas centralt och ses som en minimiersättning. Sjukvårdshuvudmannen kan överskrida denna nivå för hela eller delar av sjukvårdsområdet, men nivån skall då gälla för alla husläkare som är verksamma i området oavsett driftsform. Man bör också överväga eventuell glesbygdsviktning och viktning för antalet förtidspensionärer i ett kommande förslag.

Remissinstanserna

Vad gäller kapiteringsersättningen delar de flesta instanserna förslaget om fördelningen, några vill ha en mindre andel och några en ökad andel kapiteringsersättning.

Man delar i stort förslaget om åldersviktning och om ersättningen fastställs centralt bör detta vara den enda faktor man väger in på central nivå. Övervägande antalet instanser förordar att ersättningsnivåerna fastställs lokalt av respektive huvudman. Producentneutralitet genom att det fastställs nivåer för olika områden anser många viktigt.

Nästan alla *landsting* anser att det är sjukvårdshuvudmannen som skall fastställa nivån på kapiteringsersättningen. Man delar tanken på åldersviktning och några *landsting* har pekat på ytterligare viktningfaktorer, men menar att detta bör regleras efter lokala erfarenheter.

Något *landsting* har föreslagit en lägre andel kapitering och något *landsting* en högre andel.

Även *kommunerna* framhåller att ersättningsnivåerna skall fastställas lokalt, och några pekar på att hela systemet måste fastställas efter lokala erfarenheter.

Organisationer

Landstingsförbundet ser det som helt nödvändigt att landstingen själva får besluta om ersättningsnivåerna. Detta för att kunna beakta lokala förutsättningar och för att kunna kontrollera kostnaderna.

Svenska kommunförbundet anser att mål- och prestationsinriktade ersättningar skall fastställas av respektive huvudman.

Svenska Distriktsläkarföreningens samtliga lokalavdelningar har poängterat att kostnader för röntgen och laboratoriuundersökningar skall ligga utanför kapiteringsersättningen.

Patientavgifter – remissförfarande

Promemorian:

Ersättningen med patientavgift per besök väntas stimulera till bättre tillgänglighet och att en alltför vidlyftig remittering bör kunna undvikas.

Med hänsyn till det centralt reglerade grundåtagandet och den fria etableringen bör patientavgifterna hos husläkarna fastställas centralt och gälla lika över hela landet. Högre avgift bör tas ut vid hembesök och jourtid. Patientavgifterna kan användas för att styra vård sökandet i stället för remisstväng. Om ett besök hos husläkaren skulle kosta t.ex. 100 kr skulle ett besök hos t.ex. en annan specialist efter remiss från husläkare också kunna kosta 100 kr, medan om patienten söker direkt till akutmottagning eller direkt till en annan specialist skulle det kunna kosta exempelvis 300 kr. För att avgifterna skall få den styrande effekten bör varje läkarbesök beräknas till 100 kr med hänsyn till högkostnadsskyddet. När en person nått högkostnadsskyddet skall sjukvårdshuvudmannen ersätta husläkaren för den uteblivna patientavgiften.

Vissa människor med kroniska sjukdomar behöver en mer regelbunden och över tiden långvarig kontakt med andra specialister än husläkaren. Detta kan lösas med att dessa personer av sin husläkare får en långremiss. På samma sätt kan detta gälla för barnläkare och gynekolog. Patienterna betalar då den lägre avgiften för sina specialistbesök.

Ett alternativ till centralt reglerade patientavgifter skulle kunna vara att husläkarens ersättning per besök reglerades centralt medan sjukvårdshuvudmannen fritt skulle kunna fastställa nivån på patientavgifterna.

Remissinstanserna:

Främst *landstingen* menar att nivå och patientavgiftskonstruktioner skall avgöras av sjukvårdshuvudmannen. 11 *landsting* kan tänka sig differentierade vårdavgifter, åtminstone i någon omfattning.

Fyra *landsting* tillstyrker tydligt långremissystemet, medan tre avvisar det slags remisstväng som betydligt högre patientavgifter innebär. Några *landsting* menar att också formellt remisstväng kan användas för styrning. Några *landsting* avvisar bestämt alla former av remisstväng till specialist. Vidare föreslår sex *landsting* att barnläkare och/eller gynekolog skall stå utanför höjd avgift och långremissystemet. Fem *landsting* anser att kroniskt sjuka personer, som går direkt till sin specialist, inte skall ha högre avgift. Vad gäller högkostnadsskyddet önskar några *landsting* ytterligare utredning och samordning. Några *landsting* menar

att remisstväng måste kunna få lov att användas som styrmedel.

Brukarorganisationerna avvisar tanken på att behöva gå över husläkaren för att få remiss och de flesta menar att det inte får bli dyrare att uppsöka specialist för dem med kroniska sjukdomar.

Flera instanser har gett exempel på specialister som bör kunna ha direktkontakt med patienter utan avgiftsförhöjning eller remiss som t.ex. barnläkare, gynekolog och psykiater.

Även de flesta *kommunerna* anser att beslut om patientavgifter och avgiftskonstruktioner skall avgöras av sjukvårdshuvudmannen. Några uttalar oro för den prestationsersättning förslaget innebär och särskilt i kombination med högkostnadsskyddet som också diskuteras för äldreomsorgen. Detta anses kunna bli kostnadsdrivande. Några *kommuner* menar att differentierade patientavgifter inte skall användas.

Landstingsförbundet anser att det är sjukvårdshuvudmannen som skall fastställa avgiftssystemen och nivåer. Man delar promemorians inställning att differentierade avgifter är att föredra före remisstväng. Man menar vidare att det finns en risk med att patientavgiften är den enda rörliga ersättningen, genom att läkaren då kan fokusera verksamheten enbart mot patientbesök.

Svenska kommunförbundet instämmer i dessa åsikter. Därutöver menar man att en översyn av högkostnadsskyddet behöver göras.

Spri menar att om man inte tillämpar remisstväng för tillgång till specialistvård och inte heller vill tillämpa ekonomiska styrmedel genom högre taxor för den som söker utan remiss, kan man hamna i ett läge där invånarna visserligen tecknar sig hos en husläkare som därigenom uppbär ersättningen, men man anlitar som idag i regel sin specialist. Är man inte beredd att acceptera den inskränkning som detta innebär i befolkningens fria val av läkare bör man inte heller tillämpa en ersättning som bygger på kapitering.

TCO är avvisande till utredningens förslag om ett generellt remissförfarande vid behov av specialistkompetens. För vissa specialistfunktioner som gynekologi, psykiatriker, barnläkare bör den enskilde kunna vända sig direkt utan remiss eller högre avgift.

Sveriges läkarförbund skiljer sig från promemorians uppfattning ifråga om patientavgiftens funktion. Man anser den vara ett medel att avhålla medborgarna från onödiga läkarbesök, medan promemorian ser den som en prestations-/produktionsrelaterad intäkt för verksamheten. Man ser det inte som ett egetvärde att producera besök.

Svenska Distriktsläkarföreningen anser det är bra att det blir dyrare att gå till andra läkare än husläkaren. Därigenom främjas läkarkontinuiteten.

PRO avvisar ersättningssystemet och menar att det fria läkarvalet bör finnas kvar. Man kan tänka sig en högre patientavgift på sjukhusens akutmottagningar under dagtid, för att minska på belastningen.

HCK anser att det måste vara en grundförutsättning att en kroniskt sjuk person får en absolut rätt till livstidsremiss, och man avvisar de differentierade patientavgifterna.

Sveriges Pensionärsförbund anser det olyckligt om en av specialisterna,

allmänläkaren, blir tvungen att remittera till de övriga. Husläkarelationer är möjliga med olika typer av läkare. Man anser att den höjning av högkostnads skyddet, som förslaget innebär, inte är acceptabel.

Sveriges allmänna patientförening anser att patienten inte skall behöva gå till husläkaren, när det är uppenbart att man behöver specialistvård. Man menar att om differentierade avgifter införs får avgiften vara högst 200 kronor och hela beloppet måste få tillgodoräknas i högkostnads skyddet.

DHR är oroligt för hur husläkaren kommer att remittera vidare. Därför vill man kraftigt understryka förslaget om långremiss, där specialisten fungerar som husläkare.

Svenska Psoriasisförbundet menar att det är ur de kroniskt sjukas synpunkt dåligt genomtänkt att ge husläkarna ett slags remissmonopol. Man hänvisar till sina egna anläggningar, där man numera anser att en remiss inte tillför något av värde.

Bland övriga synpunkter kan noteras att *intresseorganisationer* för bl.a. patientgrupper med kroniska sjukdomar betonar att det inte får finnas hinder i deras direktkontakt med "sin" specialist och ingen onödig omväg via husläkarremiss.

Några privata specialistorganisationer t.ex. *Stockholms privata öron-, näsa-, halsläkares förening* och *Privatpraktiserande Dermatologers Förening* menar att patienter till övervägande delen söker för organsymtom, vilka leder patienten till rätt specialist utan allmänläkarkontakt.

Praktikertjänst och Medivården anser att det är olämpligt att införa differentierade patientavgifter som styrinstrument.

Konkurrensverket anser att en större del av ersättningen än patientavgiften skall utgöra prestationsersättning till husläkaren.

Utbildning, utveckling och forskning

Promemorian:

Det betonas att det är av stor betydelse för rekryteringen av husläkare hur specialiseringstjänstgöringen ordnas. Man konstaterar att införandet av ett husläkarsystem påverkar läkarutbildningen på alla nivåer, grundutbildningen, AT- och ST-tjänstgöringen liksom fortbildningen.

Oavsett producentform måste husläkarmottagningarna kunna stå till förfogande för utbildningsändamål. Om så sker kan i princip nuvarande system för utbildning behållas. Vissa kvalitetskrav bör ställas på medverkan från husläkare i utbildningen, t.ex. att verksamheten bedrivs vid en grupp praktik och att den som handleder måste ha varit verksam som specialist i allmänmedicin under viss tid m.m.

AT-tjänstgöringen kräver att AT-läkaren ges tillfälle att under handledning ha patientkontakt. Kontrakt måste tecknas eller annan överenskommelse göras med sjukvårdshuvudmannen för att husläkare skall kunna få medverkan av AT-läkare.

ST-läkare som anställs inom husläkarsystemet kommer troligen att vara

frånvarande från tjänstgöring som allmänläkare under en stor del av utbildningstiden. Med de nya reglerna med tillsvidareanställning är läkarförsörjningen till stor del en personalplaneringsfråga. För att läkaren skall kunna bli specialist måste någon se ett långsiktigt behov och vara beredd att tillsvidareanställa och handleda läkaren.

Två huvudvägar kan användas. Antingen anställs ST-läkaren av husläkare, husläkarmottagning eller bolag, eller av sjukvårdshuvudmannen i ett trainee-program. Promemorian förordar det första alternativet med hänvisning till att det blir svårt att upprätthålla producentneutraliteten i det sistnämnda alternativet. Men frågeställningen kring anställning och specialistutbildning är komplicerad, varför det behövs ytterligare utredningsarbete kring utbildningsfrågorna i husläkarsystemet.

I ett husläkarsystem är det också viktigt att husläkaren kan följa kvalitets- och verksamhetsutvecklingen. Kostnaderna för sådan fortbildning, både vad gäller husläkarna själva och eventuell annan personal, måste betraktas som driftskostnad och därmed ingå i kapiteringsersättningen. Man bör också överväga att ställa krav på redovisning av vidareutbildning.

Eftersom det är svårt för ensampraktiserande husläkare att följa kvalitets- och verksamhetsutvecklingen är det bl.a. av detta skäl önskvärt att det bildas grupper av samverkande husläkare eller bolag som driver husläkarverksamhet. Eventuellt bör man medvetet skapa incitament för gruppläkarmottagningar.

Samma grunder gäller för forskning och utvecklingsarbete, där en grupp läkare lättare kan stimulera varandra och underlätta kraven på kontinuitet i kompetensen i husläkarverksamheten. Ett antal statliga forskningsstipendier skulle kunna inrättas som stimulans.

Remissinstanserna:

De flesta remissinstanser som berört frågan om utbildning anser det viktigt att den klaras ut genom fortsatt utredning.

Socialstyrelsen erinrar om att enligt gällande lagstiftning skall AT vara sammanhållen. Det betyder att AT-läkaren skall vara anställd av sjukvårdshuvudmannen hela blockperioden och inte kan lånas ut till privat husläkarverksamhet. Om detta skall bli möjligt krävs en ändring av gällande regelverk. Vad gäller ST-tjänstgöringen menar man att det är naturligt att sjukvårdshuvudmannen är arbetsgivare. Den del som ligger i öppen vård skulle då ske med handledare som knyter ytterligare 1 000 personer till sig på sin lista för gemensam praktik med ST-läkaren. En handledare skulle kunna ha två ST-läkare samtidigt.

Gruppläkarmottagning skall uppmuntras. Särskilda fonder för vikarieersättning och eget arbete vid FOU-verksamhet är nödvändigt.

De flesta *landsting* tycker att utbildningsfrågorna bör utredas vidare. Några ifrågasätter tillsvidareförordnande för ST-läkare och andra anser inte att det förslag som förordas är det bästa.

Sigtuna kommun menar man kan instämma i förslagen om grundutbildning och AT-tjänstgöring. Däremot går det inte att ha kvar principen om

tillsvidareanställning av ST-läkare. En minimigräns för vidareutbildning bör fastställas i samband med ersättningsnivån.

Helsingborgs kommun anser att erfarenheterna från kommunens verksamhet talar tydligt för en "ryggsäcksfinansierad" traineemodell framför en ST-utbildning över huvudmannskapsgränserna. Det har redan idag visat sig svår att administrera. Det är naturligare med visstidsanställning för ST-läkare i husläkarsystemet.

Malmö kommun är orolig för att både utbildning och FOU-verksamhet kan komma att försvåras med föreslagen modell av husläkarsystem.

Aneby kommun instämmer i förslaget att medel för fortbildning skall ingå i kapiteringsersättningen. Man föreslår också att en redovisning av vidareutbildningen skall göras varje år.

Landstingsförbundet framhåller att utbildningsfrågorna måste vara lösta innan reformen träder i kraft. Utbildningen är en så viktig faktor att det är ett absolut krav att ingen läkare skall kunna ställa sig utanför medverkan i utbildningen. Eftersom det är landstinget som skall ha ansvaret för att varje medborgare kan få tillgång till en husläkare, så måste också dessa ges tillfälle att lösa utbildningsfrågorna. Man måste kunna ålägga läkare att medverka i grundutbildningen. Detsamma gäller AT-tjänstgöringen som landstinget skall ha ansvar för. När det gäller ST-tjänstgöringen förordar man en trainee-modell där sjukvårdshuvudmannen anställer men med möjlighet till klinisk verksamhet hos annan vårdgivare.

Vad gäller frågan om eventuella forskningsstipendier anser man att de inte bör läsas till de allmänmedicinska institutionerna.

Svenska kommunförbundet instämmer i förslagen angående grundutbildningen. Man betonar att AT-läkaren avlastar en husläkare genom en reell arbetsinsats. Det förutsätter någon form av reglering för att systemet skall bli producentneutralt.

SPRI fastslår de svårigheter husläkarsystemet utgör för utbildningen inom vårdområdet överhuvudtaget. Även när det gäller forskning och utveckling (FOU) skall problemen inte underskattas och man menar att det krävs en särskild beredning.

Sveriges Läkarförbund delar förslagen angående grundutbildningen. Vad gäller AT vill man särskilt utreda frågan om en central fond, då alla examinerade läkare som så önskar skall kunna göra AT.

Man avvisar bestämt ett s.k. trainee-system. ST-läkaren inom allmänmedicin måste kunna vara tillsvidareanställd liksom inom andra specialiteter.

Man föreslår att ett antal deltidslektorat inom husläkarverksamheten inrättas.

SHSTF anser att samhället skall ha kontroll och tillsyn över läkarutbildningens alla delar och att det inte kan läggas ut på enskilda egna företagare, annat än vad gäller praktiktjänstgöring under handledning.

Svensk förening för allmänmedicin föreslår att kontinuerlig efterutbildning införs som ett kvalitetskrav i husläkaråtagandet, alternativt att ersättningssystemet premierar vidareutbildning. Man anser också att det måste finnas utrymme för det FOU-arbete som landstingen utvecklat

genom att bli inrättade utvecklingsenheter och forskningsassistentjänster. Man påpekar också att det är av yttersta vikt att ST-läkare i allmänmedicin får samma arbetsrättsliga trygghet som ST-läkare i andra specialiteter för att inte rekryteringen skall påverkas negativt.

Svenska Distriktsläkarförbundet anser att AT bör finansieras genom centrala medel och att ST-läkaren skulle kunna få sin lön delvis via husläkarmottagningen, delvis via s.k. "ryggsäckspengar".

Svenska Läkaresällskapet föreslår att kontinuerlig efterutbildning införs som ett kvalitetskrav för husläkare.

HCK uttalar oro för att kompetensen inte kan upprätthållas i husläkar-systemet.

Samverkan för husläkare

Prevention och primärvårdsområdet

Promemorian:

Promemorian fastställer primärvårdens betydelse för preventionsarbetet och pekar på att primärvården inom många sjukvårdsområden har kommit långt i utvecklingen i denna del. Man betonar den nära och kontinuerliga kontakten mellan läkare, distriktssköterskor och mödra- och barnhälsovård och dess betydelse för att förmå människor att bryta in- vanda och ohälsosamma mönster.

Man konstaterar samtidigt att incitatmentet för den enskilde läkaren och vårdpersonalen i övrigt har varit mycket varierande. En viktig del av husläkarens arbete bör därför vara att utifrån sin personliga känne- dom om sina patienter och deras hälsosituation medverka i det förebyg- gande arbetet.

Då preventionsarbetet kräver samverkan med andra vårdområden och med andra samhällssektorer, betonar man rollen för sjukvårdshuvudmän- nens samhällsmedicinska enheter (eller motsvarande).

För att möjliggöra för lokala variationer bör endast vissa grundåtagan- den för husläkaren när det gäller preventionen föreskrivas centralt.

Man konstaterar områdesansvarets centrala betydelse för den hittillsva- rande utvecklingen för primärvården. Samverkan för husläkaren med andra yrkesgrupper inom primärvården måste fungera väl.

De fördelar som finns med ett områdesansvar när det gäller det före- byggande och hälsobefrämjande arbetet kan bibehållas även om den enskildes val av husläkare inte begränsas till ett visst geografiskt om- råde. Större delen av befolkningen kommer med stor sannolikhet att lista sig hos en husläkare nära hemmet.

Den statliga reglering som föreslås genom det begränsade husläkar- åtagandet gör att det finns utrymme för sjukvårdshuvudmännen och berörda personalgrupper att utforma den övriga primärvården efter loka- la behov och förutsättningar. Det vidare åtagande, som kan avtalas om med husläkaren, kan då involvera dem i detta vidare primärvårdsarbete.

Man understryker fördelarna med att husläkare och distriktssköterskor är lokalmässigt integrerade och därmed ha förutsättningar för ett mycket nära samarbete.

Man framhåller också fördelarna med att ett mindre antal läkare (6-8) arbetar tillsammans i någon form av gruppraktik, både för jourssystem, avbytersystem vid ledighet och arbetsstimulans.

Remissinstanserna:

De flesta remissinstanser uttrycker en oro för att det nuvarande preventiva arbete baserat på områdesansvar kommer att påverkas negativt. Några tror att det helt kommer att upphöra. En del anser att det individuella preventionsarbetet hos husläkaren kan utvecklas i och med förslaget. Många betonar särskilt distriktssköterskans yrkesroll och menar att förslaget inte tydligt nog anger hur samverkan skall utvecklas med andra yrkesgrupper inom primärvården. Många anser att den nuvarande samverkan som finns inom primärvården kommer att försvåras genom förslaget. Några anser att barn- och mödravård och distriktssköterskeverksamhet skall ingå i husläkarssystemet medan andra förespråkar motsatsen.

De flesta *organisationer* betonar sambandet mellan områdesansvar och det preventiva arbetet samt samverkan med övriga yrkeskategorier i team eller vårdlag. Många anser det finns en risk att dessa kvaliteter kan luckras upp i det föreslagna husläkarssystemet.

Landsstingsförbundet anser att det lagda förslaget innebär en risk för att huvudmännen kan få problem med att tillhandahålla läkarkompetens för de uppgifter som inte ingår i grundåtagandet, t.ex. mödra- och barnhälsovård och annat preventionsarbete. Man betonar distriktssköterskornas och barnmorskornas ställning i det förebyggande arbetet och anser att det egna förslaget om husläkarssystem innebär att bl.a. det förebyggande arbetet kan fortgå utan störningar.

Svenska kommunförbundet anser att humanitära och ekonomiska skäl gör det angeläget att såväl husläkarnas som annan lokalt verksam vårdpersonals arbete inriktas mot tidiga och förebyggande insatser. Detta torde underlättas av organisering och samverkan på lokal nivå, vilket har berörts alltför lite i förslaget. Man anser också att man lokalt måste kunna reglera åtagandena för husläkaren så att t.ex. barnhälsovård ingår, inte minst i glesbygd.

Svenska Distriktsläkarföreningen ställer frågor om hur samverkan för det preventiva arbetet skall finansieras i ett marknadsanpassat system, exempelvis med socialtjänst och försäkringskassa och om sådant skall avgiftsbeläggas. Områdesansvaret betonas inte tillräckligt. Om det luckras upp kan identifiering och rapportering av ohälsa och hälsorisker försvåras. Närområdets patienter borde ha förtur på listan och läkaren skall kunna säga nej till avlägset boende personer. Man undrar också om husläkaren skall frikopplas från distriktssköterskan. Om så blir fallet vore det utomordentligt olyckligt för patienterna, som lätt kan hamna mellan stolarna vad gäller vem som har ansvaret, distriktssköterskan

eller husläkaren. Man befärar att om denna frikoppling görs, så kommer distriktssköterskor i sin nuvarande skepnad att försvinna.

Svenska läkarsällskapet betonar att områdesansvar är en förutsättning för befolkningsinriktat preventivt arbete. Man anser att det i promemorians förslag saknas incitament för att ett sådant arbete utförs även efter reformen. Man anser det också olyckligt om man bryter ner mottagningarna till enskilda mindre läkarmottagningar. Allt talar för en gruppläkarmottagning. Man framhåller speciellt vikten av ett bibehållet samarbete mellan läkare och distriktssköterskor.

Svensk förening för allmänmedicin anser det finns en inbyggd konflikt i att ha områdesansvar och att patienten fritt väljer läkare. En grundtanke med nuvarande vårdcentral är det sammanhållna befolkningsperspektivet i t.ex. det preventiva arbetet. Man efterlyser incitament för att det bra vårdlagsarbetet skall kunna finnas kvar och utvecklas även efter reformen, liksom incitament för gruppläkarmottagning.

HCK anser att det goda i nuvarande svensk primärvård måste få fortsätta att utvecklas. Teamarbetet inom primärvården är mycket viktigt för människor med funktionsnedsättningar. Hela primärvården borde på ett annat sätt ha uppmärksamats i promemorian.

DHR betonar att rehabilitering i förebyggande syfte ska vara lika självklar som yrkesinriktad rehabilitering.

Man menar vidare att det bör påpekas att tillgången på annan personal än läkare såsom distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast, inte är mindre viktig.

PRO betonar att nuvarande samarbete inom primärvården med vårdcentraler för också det förebyggande arbetet är den bästa formen, vad gäller såväl distriktssköterskeorganisationen som barna- och mödravården.

Specialistsamverkan

Kommentar: Angående remissförfarande – se avsnitt "Patientavgifter – remissförfarande".

Promemorian:

Ur den enskildes synpunkt är det viktigt att kommunikationen mellan husläkare och specialistläkare fungerar på ett bra sätt. För sjukhusens del handlar det om att de skall kunna utnyttja sin kapacitet, vilket bl.a. innebär att patienten skall skrivas ut så snart som effektiv hemsjukvård eller annan form av öppenvård kan ta över ansvaret för vården. Det är då viktigt att sjukhusläkaren involverar husläkaren i vilka åtgärder som vidtagits. På motsvarande sätt bör en dialog mellan husläkarna och andra specialister i öppenvården kunna etableras. Ett sådant uppgiftslämnande mellan olika vårdgivare bör regelmässigt kunna ske antingen med stöd av patientens samtycke eller efter en sedvanlig merprövning enligt sekretessreglerna.

Remissinstanserna:

Utöver själva remissförfarandet och de differentierade patientavgifterna har remissinstanserna inte i någon större utsträckning berört samverkanaspekterna kring husläkare – specialist.

Socialstyrelsen tycker att relationerna till länssjukvården fortfarande är svåra att överblicka. En positiv effekt skulle kunna vara att husläkaren påtar sig en förmedlarroll i förhållande till länssjukvård och andra vårdgrannar. Dock finns inga incitament till detta inbyggda i systemet vid sidan av det personliga ansvarstagande för patienten, vilket sannolikt är husläkarsystemets svagaste sida. Den ökade friheten vad avser etablering för husläkare kan tvärtom betyda ytterligare avskärmning av primärvården.

Riksförsäkringsverket betonar specialisternas uppgift att aktivt stödja primärvården i att klarlägga enskilda människors behov av medicinsk vård, behandling och rehabilitering. Man betonar tidiga insatser. Man menar också att förslaget bör förtydligas då det gäller samverkan med andra speciellt vid rehabilitering.

Statskontoret pekar på vikten av att de specialistfunktioner som idag finns i primärvården också kan finnas kvar med ett husläkarsystem. Man anser inte att promemorian klarlägger detta tillräckligt.

Några *landsting* påpekar att samverkan mellan primärvård/allmänläkare och specialistvård har börjat att organiseras också vad det gäller det ekonomiska ansvaret som lagts ut till primärvården i olika beställarsystem.

SHSTF betonar psykiatriens områdesansvar och specialistfunktionerna inom barn- och mödravård. Man anser att distriktssköterska/barnmorska tillsammans med patienten avgör om husläkare eller specialist skall kopplas in. Man trycker på ökad samverkan öppen/sluten vård vid speciellt barn- och mödrahälsovård.

Svenska Läkaresällskapet anser att patienterna skall ha en hög tillgänglighet av specialiserad kunskap för stora patientgrupper. Man anser att flera gruppers behov av specialistvård inte tillräckligt har analyserats i promemorian.

Samhällsmedicin

Promemorian:

Det är önskvärt att komplettera husläkarsystemets individuella preventionsarbete med en mer utvecklad samhällsmedicinsk kompetens. Denna kompetens behövs inte bara för medicinsk medverkan i det förebyggande arbetet på kommun och organisationsnivå, utan också för huvudmannens kvalitetssäkring av befolkningens hälsa och vård.

Remissinstanserna:

Många remissinstanser har uttalat en oro för att det strukturellt inriktade samhällsmedicinska arbetet skall komma att försvåras på husläkarnivå

och inom primärvården.

Några har uttryckt att det troligen kommer att försvinna. *Kommentar:* Se också remissvaren i avsnittet Preventionen och primärvårdsområdet.

Folkhälsoinstitutet betonar att de samhällsmedicinska enheterna (mot-svarande) ges ett ansvar och befogenheter att utforma detta arbete. Generellt kan detta komma att innebära krav på utökade och delvis annor-lunda insatser och även andra resursbehov. Denna fråga liksom sam-verkan med husläkarna har inte tillräckligt belysts i promemorian.

Företagshälsovård

Promemorian:

Företagshälsovårdens huvuduppgift är att arbeta med det förebyggande arbetsmiljöarbetet med tonvikt på grupp- och organisationsinriktade insatser. Det är viktigt att kommunikationen mellan husläkare och före-tagshälsovård utvecklas. Företagshälsovårdens behov av kontakter med sjukvården i det enskilda fallet torde komma att underlättas när den enskilde har en fast replipunkt i hälso- och sjukvården. Företagshälso-vården och husläkarsystemet har alltså olika roller och funktioner. I sin egenskap av företagsläkare bör en läkare inte kunna lista de anställda vid det företag där hon/han arbetar och få kapiteringsersättning för det-ta. Däremot finns det inget som hindrar att en enskild läkare har båda dessa funktioner genom att t.ex. på större delen av sin arbetstid vara verksam som husläkare och därutöver ha en deltidsanställning som före-tagsläkare. Då måste läkaren uppfylla de krav som ställs för husläkare och ha de kunskaper som krävs för företagshälsovård.

Remissinstanserna:

Några remissinstanser menar att det är bra att man gjort tydlig skillnad på husläkare och läkarinsatser inom företagshälsovården.

Riksförsäkringsverket anser att det är angeläget att det i husläkarens grundåtagande ingår att samarbeta med företagshälsovården.

Riksrevisionsverket menar att det är bra att promemorian hållit isär funktionerna tydligt för företagshälsovård och husläkare, eftersom ut-gångspunkten i husläkarssystemet om den enskildes val av läkare är svår att förena med företagshälsovårdens roll. Däremot bör samarbetet upp-muntras.

Försäkringskasseförbundet menar att en s.k. långremiss till företagslä-kare skulle kunna vara en samverkanslösning vid behov.

Sveriges läkarförbund delar utredningens syn på företagshälsovård och husläkare. Förbundet tror att företagshälsovårdens behov av kontakter un-derlättas med ett husläkarsystem.

Svenska Arbetsgivarförbundet skriver att för den förvärvsarbetande delen av befolkningen kan förslaget om husläkare leda till problem. Man betonar då företagshälsovårdens roll även för diagnostik, behandling och

bedömning av arbetsförmåga. Genom sin koppling till företagen finns också ofta en geografisk närhet, som resulterar i mindre tidsåtgång för vissa behandlingar och konsultationer. Företagshälsovård kan därför producera primärvård till väsentligt lägre kostnad än övriga vårdproducenter. Rehabiliteringsansvar och arbetsgivarperiod i sjukförsäkringen gör fördelarna ännu mer uppenbara. På sina håll har företagshälsovårdens sjukvårdande del inneburit en avlastning av primärvården. Enligt egen enkät utnyttjar idag nästan 90 % av företagen företagshälsovården mer eller mindre som en primärvårdsresurs. Det vore beklagligt med ett husläkarssystem som leder till att de anställda berövas den kontinuitet och trygghet som den medicinska kompetensen inom företagshälsovården innebär. Man föreslår därför att staten i samband med husläkarinförandet ser till att företagshälsovårdens läkare får generellt etableringstillstånd för primärvård under förutsättning att de uppfyller givna kompetenskrav. Specialister i företagshälsovård bör självfallet ges möjlighet att verka såväl inom företagshälsovårdens primärvård som på specialistnivå. Liknande tankar framför *Bygghälsan* och *Bygghälsans Läkareförening* med speciell betoning på de särskilda omständigheter, som berör de anställda inom denna sektor med stor rörlighet och där bygghälsan ofta är den enda kontinuiteten i vårdkontaktarna.

Försäkringskassa

Promemorian:

Rehabilitering har både ett medicinskt och socialt mål. Vid behov skall en rehabiliteringsplan fastställas i samråd med den enskilde och beslut fattas om rehabiliteringsersättning. Bl.a. är då ett nära samarbete med den behandlande läkaren nödvändigt. Husläkarssystemet kan underlätta detta.

Man framhåller också att även andra yrkesgrupper inom den nuvarande primärvården kan behöva engageras för ett effektivt rehabiliteringsarbete. Det gäller bl.a. distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer. Det faller på husläkarens ansvar att se till att även dessa yrkesgruppers kompetens tas tillvara.

Försäkringskassans övergripande rehabiliteringsansvar torde underlättas av att den enskilde har en fast husläkare.

Remissinstanserna:

Flera remissinstanser har uttryckt att de team som byggs upp kring aktiv rehabilitering inte får slås sönder med ett husläkarssystem. Några menar att det klart bör framgå i grundåtagandet hur denna samverkan skall organiseras. Yrkesorganisationerna inom rehabiliteringsområdet uttrycker en oro för att patienterna inte kan få komma direkt till deras kompetens och att självständigheten minskar eller försvinner. Några brukarorganisationer betonar en aktiv rehabilitering också för andra

grupper än de yrkesverksamma. Några exempel på synpunkter följer nedan.

Riksförsäkringsverket menar att husläkarförslaget måste kompletteras med en tydligare beskrivning av hur samarbetet mellan olika yrkeskategorier kan utformas. Husläkarens ansvar för att samverka i rehabiliteringen med andra yrkesgrupper är så väsentligt att det bör framgå i lagtext.

Ett husläkarssystem bör kunna öka förutsättningarna för försäkringskassan att få tillgång till väl underbyggda intyg och utlåtanden. Det föreslagna obligatoriska samrådet med sjukvårdshuvudmannen bör utökas till att också gälla försäkringskassan.

Försäkringskassaförbundet trycker på det områdesansvar som hittills gjort det möjligt att bygga upp den aktiva rehabiliteringen. Husläkarens roll kan komma att bli än viktigare genom den individuella kännedomen och underlätta samverkan med försäkringskassan, men samverkan kan komma att försvåras av att samverkan mellan vårdcentraler och lokala försäkringskasskontor ersätts med samverkan med många enskilda husläkare. Man anser att husläkarens ansvar för att initiera och bevaka behovet av all form av rehabilitering bör uttryckas tydligt i grundåtagandet.

Inom *SACO-förbundens* rehabiliteringsarbetande yrkesgrupper, förutom läkarna och tandläkarna, uttrycks generellt en önskan om större möjligheter till ett direkt arbete med patienter utan "omväg" eller att direktiven kommer från husläkaren. Arbetsterapeuterna tycker t ex att försäkringskassan direkt skall kunna remittera patienter till dem. Sjukgymnasterna pekar på att skrivningen i promemorian är för svag då det gäller de övriga yrkeskompetenserna inom rehabiliteringsområdet.

Psykologerna menar att rätten för direkt konsultation med andra yrkesgrupper måste garanteras.

DHR tar upp frågan kring funktionell rehabilitering för människor med funktionshinder, som kan innebära en möjlighet till att behålla sitt arbete för människor med handikapp. Träning sker i förebyggande syfte och man betonar nödvändigheten av att husläkaren känner till betydelsen av denna typ av rehabilitering. Man påpekar också på att annan medicinsk personal, såsom distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast, inte är mindre viktig än husläkaren.

Sveriges Pensionärsförbund pekar på en liknande situation då t.ex. äldre efter en sjukhusvistelse behöver rehabilitering. Man finner det stötande att promemorian anger som enda syfte med rehabilitering att den enskilde skall kunna gå tillbaka till arbetet. Rätten till ett fullödigt liv måste hävdas för pensionärerna även om de inte har ett yrkesliv som väntar.

Promemorian:

För personer som står utanför arbetsmarknaden, såsom barn, äldre personer och förtidspensionärer, är behovet av en fast och långvarig läkar-kontakt i flera avseenden mer uttalat, än för den yrkesverksamma be-folkningen. Det är angeläget, att den öppna hälso- och sjukvården på primärvårdsnivå och inom socialtjänsten, samverkar och samarbetar. Husläkarfunktionen innebär för detta ingen förändring, förutom att de boende i särskilda boendeformer kommer att ha sin husläkare. Behovet av att ha en särskild läkare avdelad för ett visst sjukhem eller annan särskild boendeform kan därmed ifrågasättas.

För missbrukare och vården av psykiskt störda personer är det viktigt med en fast utgångspunkt i samverkan mellan kommunens socialtjänst och hälso- och sjukvården. Där är husläkaren särskilt viktig.

Vad gäller skolhälsovården kan man förvänta en mindre efterfrågan på särskilda skolläkare om varje barn har sin husläkare.

Remissinstanserna:

Många remissinstanser understryker vikten av en bra samverkan med kommunernas socialtjänst och skolhälsovård. Några pekar på att skollä-karna behöver finnas kvar för att garantera kvaliteten i skolhälsovården, och något landsting ställer sig frågande till de ekonomiska konsekvenser-na för sjukvårdshuvudmannen om skolläkaruppgiften automatiskt över-förs till att finansieras av dem. Några instanser menar att särskild läkare för vissa särskilda boenden är nödvändigt.

Stockholms läns landsting anser att det bör finnas övergångsbestämmel-ser som innebär, att läkarservice på sjukhem kan skötas av läkare från geriatrik klinisk.

Landstinget i Värmland skriver att antydning om minskat antal skolläkare kraftigt har ifrågasatts av barnläkare i Värmland, som pekar på sam-bandet mellan elevvården i stort och skolhälsovården. I skolhälsovården är inte den enskilde elevens konsultation av läkare i fokus, såsom det blir i ett husläkarsystem. Man pekar också på en övervältring av kost-nader om dessa insatser skall finansieras via husläkarna.

Haninge kommun slår fast att husläkare bör ersätta skolläkare.

Sigtuna kommun menar att en läkare som inte träffar så mycket barn inte blir någon bra barnläkare och samma frågeställning gäller även om man integrerar skolläkaren med husläkarsystemet.

Sveriges läkarförbund tycker att man bör överväga att exkludera läkarinsatser inom särskilda boendeformer ur husläkarens grundåtagan-de. Vidare anser man att skolläkarna bör finnas kvar. I och med att skolhälsovård blivit en medicinsk specialitet har reella förutsättningar skapats för att få en välfungerande skolhälsovård i hela landet.

Svenska skolläkarförbundet anser att förslaget ger skolhälsovården nådastöten och menar att det borde finnas möjligheter att nu på annat

sätt utveckla skolhälsovården genom att den blivit en egen specialitet. Man menar att plattformen för skolhälsovården på skolorna raseras och preventionen försvinner, eftersom husläkaren kommer att vara inriktad mot individuell sjukvård. Man betonar skolhälsovårdens särskilda betydelse i storstäderna. Skulle förslaget bli verklighet menar man det är bättre om ungdom fick sin egen husläkare, som då skulle kunna vara både BVC-läkare och skolläkare, om den speciella kompetensen finns. Man understryker med kraft hälsoarbetet och oroar sig för att detta kan få stryka på foten i tider med besparingar inom den offentliga sektorn.

Tillsyn och kvalitetssäkring

Promemorian:

Man konstaterar att Socialstyrelsens tillsynsuppgift försvåras av bristen på relevant och jämförbar information vad gäller t.ex. prestationer, effekter och kostnader inom primärvården. Enligt grundåtagandet skall varje husläkare medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvantitativt som kvalitativt.

Det är viktigt att kunna bedöma om vården totalt sett är ändamålsenlig och behovsanpassad. Sjukvårdshuvudmannen har som uppgift att inom ramen för HSL fastställa parametrar. De riktlinjer som förväntas bli resultatet av utvecklingsarbete mellan Socialstyrelsen, Spri, Landstingsförbundet och professionen bör tillämpas och följas av alla husläkare oavsett driftsform. Det krävs då ett informationshanteringssystem. Mycket talar för att kvalitetssäkring och informationsåterföring bör ske i ADB-miljö. En särskild ersättning för investering i datorutrustning och programvaror bör övervägas.

Remissinstanserna:

De flesta remissinstanser betonar att kvalitetssäkring är angeläget och menar att detta bör utvecklas vidare.

Många påpekar nödvändigheten av ADB som medium för informationshanteringen.

Datainspektionen och *SCB* samt *Landstingsförbundet* anser det krävs särskild lagstiftning för de register som behövs för listning, ersättning och kvalitetsuppföljning.

Socialstyrelsen har i en 14-sidig beskrivning i sitt remissyttrande gett synpunkter på kvalitetssäkring, tillsyn och informationsuppföljning och hänvisar också till det samarbete som nämnts ovan.

Riksförsäkringsverket betonar vikten av att kunna följa upp exempelvis sjukskrivningsmönster och läkemedelsförskrivning. Det bör också finnas en möjlighet att frånta en husläkare, som inte uppfyller de kvalitativa kraven, rätten att verka som husläkare. Man pekar också på behovet av tillgång till en effektiv informationshantering och menar att detta kräver ADB-stöd. Integritetsfrågorna och en eventuell särskild lagstiftning

behöver sannolikt diskuteras i detta sammanhang.

Riksrevisionsverket ser övergången till ett husläkarsystem som en möjlighet att från början skapa ett nationellt informationssystem som innehåller basdata om verksamhetsutveckling, effekter, kostnader, vårdkonsumtion och några andra kvalitetsindikatorer. Huvudmännen måste också i sitt tillsynsarbete ha instrument för att kunna utesluta de husläkare som inte uppfyller sina åtaganden eller missköter sin verksamhet.

SCB anser att informations- och statistikkraven bör regleras i Lagen om husläkare med utrymme för närmare innehållsmässig precisering i förordning. Man kostaterar vidare att det bl.a. krävs

- att en innehållsmässig precisering sker av de minimikrav (basuppgifter) som centrala statliga myndigheter i fortsättningen skall ställa på den lokala nivån, att enhetliga standarder, definitioner, begrepp och klassifikationer fastställs för redovisningen,
- att lättillgängliga redovisningar upprättas över statistikens kvalitet,
- att lokala och regionala användare får lättillgänglig tillgång till central statistik och
- att informationshantering sker med hjälp av ADB på den lokala nivån med definiering och standardisering av gränssnittet för utbyte av information mellan olika system.

De patientförteckningar, som berörs i lagförslagets 9-14 §§, innebär att en registerskyldighet föreskrivs husläkaren. Härigenom skapas förutsättningar för att kunna knyta åtgärder till patient. Mot bakgrund av att det rör sig om uppgifter av känslig natur bör redovisningsskyldigheten lagregleras.

Datasinspektionen anser, att det som sägs i promemorian om kvalitets-säkring och informationsuppföljning i ADB-miljö medför nya behov av känsliga personregister såväl i vårdverksamheten som hos sjukvårdshuvudmännen och Socialstyrelsen. Man anser att integritetsfrågorna måste tas upp till behandling redan i beredningsarbetet före ett beslut om en husläkarreform. Man betonar att vissa register hos bl.a. Socialstyrelsen, landstingen och kommunerna bör regleras i särskilda registerlagar. Det bedöms också för närvarande finnas legala hinder med hänsyn till sekretesslagstiftningen och läkares tystnadsplikt när det gäller att lämna individrelaterade patientuppgifter från vårdverksamheten till sjukvårdsverksamheten eller till central verksamhet vid Socialstyrelsen. Regeringen kan genom förordnande utfärda föreskrifter om uppgiftslämnande i relation till den antagna lagen om viss uppgiftsskyldighet inom hälso- och sjukvården, men denna gäller endast allmän hälso- och sjukvård.

Folkhälsoinstitutet anser att det förebyggande arbetet måste bli föremål för uppföljning på alla nivåer och förespråkar bl.a. en nationell och övergripande utvärdering av central myndighet.

Många landsting betonar vikten av kvalitetssäkring och anser att det är viktigt att detta arbete utvecklas i samband med husläkarfrågan. Några landsting menar att det är helt nödvändigt att landstingen, för att kunna göra uppföljningar, måste kunna styra husläkarverksamheten.

Stockholms läns landsting anser det angeläget att ett kvalitetssäkrings-system införs inom husläkarorganisationen, som också innefattar distriktssköterskor och andra personalkategorier inom primärvården. Metoder för att mäta omvårdnads kvalitet bör också innefattas.

Kommunerna har inte i någon större utsträckning kommenterat detta avsnitt i promemorian.

Landstingsförbundet instämmer i promemorians syn på vikten av tillsyn och kvalitetssäkring. Man betonar det arbete inom detta område, som bedrivs ute på enheter/vårdcentraler och sker i nära anslutning till den vård som ges. Det finns ett stort behov av att utveckla bra system.

Tillsynsverksamheten bör rimligen vara kopplad till sanktionsmöjligheter mot läkare som uppvisar allvarliga brister i sin funktion som husläkare. Denna fråga måste behandlas.

Svenska kommunförbundet betonar att det är sjukvårdshuvudmännen som måste ges ansvaret för att bygga upp verksamheten och därmed svara för effektiva uppföljningssystem för bl a kvalitetssäkring. Man anser också att Svenska kommunförbundet bör ingå i detta arbete på nationell nivå.

SPRI understryker vikten av att arbetet inom detta område kraftigt förstärks. Man anser, att det vid ett genomförande av förslaget om husläkare, är än viktigare för huvudmännen att kunna följa upp verksamheten och uppföljningen bör omfatta bl a besöksantal, besöksorsaker, remitteringsmönster samt användande av laboratorier och röntgen. Redovisningen bör också väl spegla samverkan och utbytet med sjukhusen. Man menar att detta kommer att kräva stora resurser och också betydande utvecklingstid.

Författningskonsekvenser

Promemorian:

Det behövs en särskild husläkarlag för den reglering som krävs för att garantera allmänheten ett fritt val av läkare och för att läkare efter vissa formkrav skall ha en fri etableringsrätt. Lagen skall också omfatta of-fentligt anställda husläkare. Ett särskilt lagförslag presenteras.

Remissinstanserna:

I stort sett samtliga landsting och flera andra remissinstanser har menat att förslagen om central reglering i promemorian är för detaljerade och lämnar för lite utrymme för lokala lösningar och lokal utformning av husläkarssystem. Flera instanser uttalar sig istället för en mer begränsad

central reglering genom att man endast fastlägger vissa principer centralt. Några remissinstanser avvisar helt lagstiftning och åtta instanser menar att ett tillägg kan införas i Hälso- och sjukvårdslagen med några övergripande principer för husläkarsystem. Lagförslaget väcker också några viktiga frågor kring arbetsrättsliga förhållanden och krav på ändring av de bestämmelser i HSL som reglerar chefsöverläkarfunktionen enligt några remissinstanser. Därtill har en del synpunkter lämnats på lagförslaget av vilka några exempel redovisas nedan.

Socialstyrelsen menar att ett alternativ till en särskild husläkarlag är att ett tillägg görs till nuvarande hälso- och sjukvårdslag. Man har också i detalj kommenterat lagförslaget.

Folkhälsoinstitutet påpekar att i 16 § bör ordet *aktivt* in i texten "Varje husläkare skall medverka till....".

För 25 § menar man att det bör förtydligas om t ex även primärpreventiv information skall avgiftsbeläggas. Vilka åtgärder skall vara avgiftsbelagda och vilka är det inte?

SACO-förbunden Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade sjukgymnasters Riksförbund, Svenska Logopedförbundet, Sveriges Psykologförbund och Sveriges Socionomers, Personal- & Förvaltningstjänstemäns Riksförbund har gemensamt uttalat att 16 § bör ändras till följande lydelse:

"§ 16 Varje husläkare till hembesök. Husläkaren ansvarar vidare för att den enskilde ges upplysningar om metoder för att förebygga sjukdom eller skada och att den enskildes behov av kontakter med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet garanteras."

Landstingsförbundet pekar på de arbetsrättsliga frågeställningarna och menar att det klart måste framgå att landstinget inte har något anställningsförhållande /arbetsrättsligt förhållande till de privat etablerade husläkarna och deras personal. Man vill också för tydlighetens skull påpeka att ingen kan kräva att få bli anställd som husläkare, och husläkaren kan därmed alltså inte välja detta om inte arbetsgivaren erbjuder tjänst.

Ledighetsfrågorna för privata husläkare och därmed ansvaret för lista-patienter bör finnas med i kommande proposition.

1 Förslag till

Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 5 och 14 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse
5 §

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus. Vård som ges under sådan intagning benämns slutenvård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård

Landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får möjlighet att välja en husläkare. Husläkaren skall ha ett särskilt ansvar för att de personer som förtecknats hos läkaren får behövlig hälso- och sjukvård. Särskilda bestämmelser om sådana läkare finns i lagen (1993:00) om husläkare.

14 §

Vid en enhet för diagnostik eller vård och behandling skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstinget kan meddela.

Vid andra enheter för diagnostik eller vård och behandling än hos husläkare skall det, om det behövs med hänsyn till patientsäkerheten, finnas en särskild läkare med specialistkompetens som svarar för den samlade ledningen av verksamheten. En sådan läkare benämns chefsöverläkare. Vid ledningens utövande skall denne, i frågor som avser annat än diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter eller utseende av patientansvariga läkare, följa de föreskrifter som landstinget kan meddela.

Chefsöverläkaren får uppdra åt sådana befattningshavare vid enheten, som har tillräcklig kompetens och erfarenhet, att fullgöra enskilda ledningsuppgifter.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

2. Landstinget får för tiden fram till utgången av år 1995 göra avvikelser från bestämmelserna i 5 § andra stycket.

¹Lagen omtryckt 1992:567.

2 Förslag till Lag om husläkare

Prop. 1992/93:160
Bil. 3

Härigenom föreskrivs följande.

Inledande bestämmelser

1 § Denna lag innehåller särskilda bestämmelser om husläkare och om enskilda personers val av husläkare.

Föreskrifterna i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller även för hälso- och sjukvård som omfattas av denna lag.

Vad som i lagen sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting och andra kommuner som har ansvar för primärvården i ett område.

2 § En husläkare kan vara offentligt anställd eller verksam som privatpraktiker.

Husläkaren skall ha specialistkompetens i allmänmedicin. Regeringen eller, efter regeringens bemyndigande, Socialstyrelsen får medge undantag från detta krav.

Val av husläkare

3 § En enskild som vill ha en viss läkare som sin husläkare skall anmäla detta till denne. En sådan anmälan får göras av den som är bosatt här i landet. För barn under 18 år görs anmälan av vårdnadshavaren. Barn som har fyllt 16 år har dock rätt att själva göra en sådan anmälan.

Husläkaren skall på en särskild förteckning föra upp dem som anmält sig enligt första stycket.

4 § Landstinget ansvarar för att alla som är bosatta inom landstinget får möjlighet att välja en husläkare.

5 § En enskild kan avstå från att bli förtecknad hos någon husläkare genom att meddela detta till landstinget.

6 § Den som inte har avstått från att förtecknas och inte själv valt en husläkare skall av landstinget förtecknas hos någon av husläkarna. Husläkaren och den passivt förtecknade skall underrättas om förteckningen.

7 § Varje privatpraktiserande husläkare skall fortlöpande underrätta landstinget om vilka personer som valt honom eller henne som sin husläkare.

8 § Den som har förtecknats hos en husläkare får byta husläkare. På begäran av den enskilde skall husläkaren lämna de uppgifter om patienten till den nye husläkaren som denne behöver för vården.

Husläkarens uppgifter

9 § Varje husläkare har ett särskilt ansvar för att de personer som förtecknats hos läkaren skall få behövlig hälso- och sjukvård. Husläkarna ansvarar för att dessa personer genom mottagnings- eller jourverksamhet vid behov kan komma i kontakt med en läkare och att de i skälig omfattning kan få hembesök. Husläkarna ansvarar vidare för att deras patienter, när det är lämpligt, får upplysningar om metoder för att förebygga sjukdomar eller skador och att deras behov av kontakter med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet i möjligaste mån tillgodoses.

Varje husläkare skall medverka till att lokala hälsoproblem och risker i miljön uppmärksammas. Husläkarna skall också medverka till att deras egen verksamhet kan följas upp och utvärderas.

10 § Landstinget får bestämma att varje husläkare i ett sjukvårdsområde eller en del av området för en viss tid, utöver de uppgifter som anges i 9 §, också skall utföra läkaruppgifter inom primärvården i övrigt samt svara för att de som har förtecknats hos husläkaren har tillgång till insatser av distriktssköterska. Landstinget får också meddela närmare bestämmelser om husläkarnas rapporteringar och samverkan med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

11 § En privatpraktiserande husläkare och landstinget kan komma överens om att husläkaren skall ansvara för mera omfattande uppgifter än vad som följer av 9 och 10 §§.

Husläkarverksamhetens omfattning m.m.

12 § Privatpraktiserande husläkare skall till landstinget anmäla det högsta antalet personer som de avser att vara husläkare för. De kan senare anmäla ett ändrat antal personer. Anmälan skall göras senast sex månader innan den börjar gälla.

13 § Husläkare som på sin förteckning har färre personer än de har anmält enligt 12 § får inte utan särskilda skäl vägra att en person förs upp på deras förteckning.

14 § Husläkare skall senast ett år efter det att de inlett sin verksamhet ha minst 1 000 personer på sin förteckning. Om en husläkare inte uppfyller detta krav skall landstinget, om inte annat följer av 16 §, erbjuda de personer som förtecknats hos läkaren att välja en ny husläkare.

15 § En husläkare får inte ha flera än 3 000 personer på sin förteckning.

16 § Efter överenskommelse med landstinget får en husläkare ha färre eller flera personer förtecknade än vad som anges i 14 respektive 15 §.

17 § Varje läkare som uppfyller behörighetskravet i 2 § andra stycket och som är villig att ansvara för de uppgifter som en husläkare har enligt denna lag får etablera sig som privatpraktiserande husläkare.

18 § En läkare som avser att vara verksam som privatpraktiserande husläkare skall anmäla sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas. Läkaren skall samråda med landstinget om sin kommande verksamhet som husläkare.

19 § En privatpraktiserande husläkare skall underrätta landstinget minst sex månader före den tidpunkt då han avser att upphöra med sin verksamhet som husläkare.

Husläkarersättning

20 § Husläkarersättningen för uppgifter enligt 9 och 10 §§ skall till övervägande del bestå av ett bestämt belopp för varje enskild som förtecknats hos husläkaren (individ ersättning). Denna betalas av landstinget.

Husläkarersättningen består i övrigt av besöksersättningar som betalas av patienten genom patientavgift eller av landstinget.

21 § Landstinget fastställer nivån på individ ersättningen och besöksersättningen enligt 20 §. Beräkningen skall ske på samma sätt för alla husläkare i sjukvårdsområdet eller en del av detta.

Om en husläkare tar ut en lägre patientavgift än den som gäller hos landstinget skall detta inte påverka den del av besöksersättningen som betalas av landstinget.

22 § Ersättning för en privatpraktiserande husläkares åtaganden enligt 11 § lämnas enligt grunder som landstinget och husläkaren kommit överens om.

23 § Ersättningen för en privatpraktiserande husläkares verksamhet betalas ut i efterskott minst en gång varje månad om inte landstinget och husläkaren kommit överens om något annat.

24 § Om en husläkare inte uppfyller kravet i 14 § första meningen är landstinget inte längre skyldigt att svara för husläkarersättning.

25 § Om en privatpraktiserande husläkare inte utför de uppgifter som han har ansvar för enligt denna lag får landstinget göra motsvarande avdrag på husläkarersättningen.

Om husläkaren trots påminnelse inte fullgör sina uppgifter får landstinget dra in den del av husläkarersättningen som inte utgörs av avgifter som patienten har betalat.

Patientavgift

26 § För vård eller behandling av husläkaren eller den som husläkaren anvisat skall patienten betala en avgift, om inte något annat är särskilt föreskrivet. Patientavgift får tas ut med högst ett belopp som mot-

svarar den patientavgift som gäller hos landstinget.

En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 7 § lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. är även befriad från att betala patientavgifter enligt denna bestämmelse under samma tid. Landstinget svarar för kostnaden för dessa patientavgifter.

Prop. 1992/93:160

Bil. 3

Resekostnadsersättning

27 § Bestämmelser om ersättning för resekostnader i samband med vård eller behandling som omfattas av denna lag finns i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994. Anmälan enligt 12 och 18 §§ får dock göras från och med den 1 juli 1993.

2. Landstinget får för tiden fram till utgången av år 1995 begränsa sitt ansvar enligt 4 och 6 §§.

3 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

Prop. 1992/93:160

Bil. 3

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

För öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, *landstingskommun* eller kommun, som inte tillhör *landstingskommun*, liksom för tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappade, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer.

Föreslagen lydelse

2 kap.

2 §²

För öppen hälso- och sjukvård som ombesörjs av staten, *landsting* eller kommun, som inte tillhör *landsting*, liksom för tillhandahållande av hjälpmedel åt funktionshindrade, utges ersättning enligt grunder som regeringen fastställer.

Hälso- och sjukvård enligt lagen (1993:00) om husläkare omfattas inte av första stycket.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

¹Lagen omtryckt 1982:120.

²Senaste lydelse 1984:686.

4 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.

Prop. 1992/93:160

Bil. 3

Härigenom föreskrivs att 4 och 7 §§ lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m. skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor och i fråga om läkemedel som förskrivs av legitimerade tandhygienister.

Vid beräkning av prisnedsättningen får kostnaden för födelsekontrollerande medel inte räknas samman med kostnaden för sådana läkemedel som avses i 3 §.

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

Föreslagen lydelse

4 §¹

Bestämmelserna i 3 § tillämpas även i fråga om medel som förskrivs enbart i födelsekontrollerande syfte av läkare eller av barnmorskor och i fråga om läkemedel som förskrivs av *distriktsköterskor eller legitimerade tandhygienister*.

7 §²

Visar någon att han i den omfattning som anges i andra stycket har köpt prisnedsatta eller andra läkemedel som avses i 3 § eller har erlagt patientavgift för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som avses i 2 kap. 2 och 5 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring eller för motsvarande vård eller behandling som erhållits inom företagshälsovård, för vilken bidrag lämnas efter beslut av yrkesinspektionen *eller för vård eller behandling enligt lagen (1993:00) om husläkare*, är han befriad från att därefter betala för utskrivna läkemedel. Befrielsen gäller under den tid som återstår av ett år, räknat från det första vårdtillfället, behandlingstillfället eller läkemedelsinköpet.

¹Senaste lydelse 1991:948.

²Senaste lydelse 1992:1693.

För kostnadsbefrielse enligt första stycket fordras att prisnedsatta läkemedel har inköpts för eller patientavgifter erlagts med sammanlagt minst 1 600 kronor. Om ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting har beslutat att för sin del tillämpa ett lägsta belopp som understiger 1 600 kronor, skall i stället det beloppet gälla för kostnadsbefrielse enligt första stycket för den som är bosatt inom landstinget respektive kommunen.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 16 år i sin vård, får barnen gemensamt kostnadsbefrielse när utgifterna för vårdtillfällen, behandlingstillfällen och läkemedelsinköp för barnen sammanlagt uppgår till vad som sägs i andra stycket.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 16 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

5 Förslag till
Lag om ändring i lagen (1991:419) om
reskostnadsersättning vid sjukresor

Prop. 1992/93:160
Bil. 3

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:419) om reskostnadsersättning vid sjukresor skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Landstingskommuner och kommuner som inte tillhör *någon landstingskommun* (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för reskostnader

1. enligt 2 kap. 6 § nämnda lag,
2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m. m.,
3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.

I fråga om reskostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.

För reskostnader som avses i 2 kap. 6 § första stycket första meningen lagen om allmän försäkring behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.

Föreslagen lydelse

1 §

Landsting och kommuner som inte tillhör *något landsting* (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för reskostnader

Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för reskostnader vid vård eller behandling som givits enligt lagen (1993:00) om husläkare med anledning av sjukdom eller förlossning.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.

6 Förslag till

Lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård

Prop. 1992/93:160

Bil. 3

Härigenom föreskrivs att det i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård skall införas en ny paragraf, 4 b §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 b §

Kommunen skall organisera primärvården så att alla som är bosatta i det område som omfattas av försöksverksamheten får möjlighet att välja en husläkare. Husläkaren skall ha ett särskilt ansvar för att de personer som förtecknats hos läkaren skall få behövlig hälso- och sjukvård. Särskilda bestämmelser om husläkare finns i lagen (1993:00) om husläkare.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1994.
 2. Kommunen får för tiden fram till utgången av år 1995 göra avvikelser från bestämmelserna i 4 b §.

Protokoll vid sammanträde 1993-02-15

Närvarande: justitierådet Per Jermsten, regeringsrådet Stig von Bahr, justitierådet Inger Nyström.

Enligt protokoll vid regeringssammanträde den 28 januari 1993 har regeringen på hemställan av statsrådet Könberg beslutat inhämta lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om husläkare.

Förslagen har inför lagrådet föredragits av hovrättsassessorn Björn Reuterstrand.

Förslagen föranleder följande yttrande av *lagråder*:

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

5 §

Första stycket i denna paragraf innehåller bl.a. definitioner av begreppen "sluten vård" och "öppen vård".

I ett föreslaget nytt andra stycke anges till en början att landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget "får möjlighet att välja en husläkare". I en följande mening fastslås att husläkaren skall ha ett särskilt ansvar för att de personer "som förtecknats hos läkaren" får behövlig hälso- och sjukvård. Stycket avslutas sedan med en hänvisning till den föreslagna nya lagen om husläkare.

Sistnämnda lagförslag innehåller bestämmelser som ålägger landstinget en mer omfattande skyldighet, när det gäller att se till att den som är bosatt inom landstinget får tillgång till en husläkare, än som framgår av första meningen i andra stycket. Vad som där sägs tar således sikte bara på bestämmelserna i 3 och 4 §§ lagen om husläkare. Beträffande den som inte utnyttjat möjligheten att själv välja en husläkare och som inte heller enligt 5 § meddelat, att han avstår från att bli förtecknad hos en husläkare, finns regler i 6 § vilka innebär att landstinget svarar för att vederbörande "förtecknas hos någon av husläkarna". Avsikten med nämnda regel – som vad avser "förtecknas" för övrigt saknar förklaring i förevarande lag – synes vara att landstinget när det gäller ifrågavarande restgrupp bosatta skall fördela dem som ingår i den på de inom landstinget verksamma husläkarna. Den föreslagna första meningen i nu aktuella stycke framstår därmed som ofullständig vid beskrivningen av landstingets skyldigheter beträffande organisationen av den nya öppna vården.

Den i andra meningen intagna föreskriften om husläkares särskilda ansvar motsvarar första meningen i 9 § lagen om husläkare. Nämnda paragraf innehåller därutöver ytterligare omfattande bestämmelser om en husläkares allmänna uppgifter. Bortsett från att den andra meningen i andra stycket i denna paragraf därmed utgör en onödigt dubbeltydighet är den således också ofullständig och kan därmed lätt ge anledning till missförstånd.

Enligt lagrådets mening skulle såväl avsikten med det föreslagna andra stycket som sambandet mellan förevarande lag och den föreslagna nya lagen om husläkare – i dess egenskap av en särutfattning till vilken alla närmare bestämmelser om en viss form av öppen vård har sammanförts – framstå tydligare om stycket ges följande lydelse:

"Landstinget skall organisera den öppna vården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till en husläkare. Bestämmelser om sådana läkare finns i lagen (1993:00) om husläkare".

Ikraftträdandebestämmelserna

I andra punkten av dessa bestämmelser anges att landstinget för tiden fram till utgången av år 1995 får göra "avvikelse" från bestämmelserna i 5 § andra stycket.

Av remissprotokollet framgår att avsikten med denna föreskrift är att göra det möjligt för ett landsting att successivt anpassa organisationen av den öppna vården till de nya kraven.

Lagrådet anser att nämnda avsikt bakom bestämmelsen kommer till bättre uttryck om föreskriften ges följande lydelse:

"2. Landstingets skyldighet enligt 5 § andra stycket inträder dock inte fullt ut förrän vid utgången av år 1995."

Förslag till lag om husläkare

2 §

Lagrådet tar i samband med sina kommentarer till 17 och 18 §§ även upp denna paragraf.

3-8 §§

En enskild person som vill ha en viss läkare som sin husläkare skall enligt 3 § första stycket anmäla detta till denne. Av samma stycke framgår vidare att sådan anmälan kan göras av var och en som är bosatt här i landet. Valet av husläkare är inte begränsat till husläkare som är verkamma inom anmälarens eget landsting.

I 3 § andra stycket föreskrivs att husläkaren skall på en särskild förteckning föra upp dem som anmält sig enligt första stycket.

En läkare kan vara husläkare för andra personer än sådana som anmälts enligt 3 § första stycket. Med stöd av 6 § skall nämligen personer, som inte själva valt någon husläkare och inte heller meddelat att de vill stå utanför husläkarsystemet, av landstinget "förtecknas hos någon av

husläkarna" (jfr vad lagrådet tidigare anfört). Husläkaren och den passivt förtecknade skall i så fall underrättas om förteckningen.

Enligt 7 § skall varje privatpraktiserande husläkare fortlöpande underrätta landstinget om vilka personer som valt honom eller henne som sin husläkare.

Förteckningen över personer som tillhör en viss husläkare har en mycket viktig funktion i det föreslagna husläkarsystemet. Antalet förtecknade personer är sålunda i princip avgörande bl.a. för om en husläkare har rätt att föra upp ytterligare personer på sin förteckning (15 §) och för hans rätt att vägra att ta emot ytterligare personer (13 §). Framhållas kan också att den övervägande delen av husläkarersättningen består av ett bestämt belopp för varje enskild som förtecknats hos husläkaren (20 §). Det är mot denna bakgrund av stor betydelse att osäkerhet inte råder om vad en förteckning skall innehålla och om vem som svarar för uppgifternas riktighet. Enligt lagrådets mening kan i dessa hänseenden viss kritik riktas mot det remitterade förslaget.

Av de föreslagna bestämmelserna kan för det första inte utläsas hur husläkarens förteckning förhåller sig till den eller de förteckningar som skall finnas på landstingsnivå. En grundläggande tanke synes vara att det hos varje husläkare skall finnas en förteckning som fortlöpande ger besked om vilka personer som tillhör hans personkrets. Detta förutsätter bl.a. att husläkaren i sin förteckning dels tar med personer som tilldelats honom enligt 6 §, dels för bort personer som bytt till annan husläkare (8 §) ävensom personer som avlidit eller bosatt sig utomlands. Hänsyn måste även tas till det bortfall av förtecknade personer som kan föranledas av att husläkaren minskar det högsta antalet personer han avser att vara husläkare för (jfr 12 §). Till sistnämnda problematik samt till frågan om husläkarens möjlighet att i det enskilda fallet säga upp husläkarskapet för en förtecknad person återkommer lagrådet i det följande.

Vad gäller landstingen är det tydligt att varje landsting fortlöpande måste ha tillgång till uppgifter om antalet i landstinget bosatta personer som tillhör olika husläkare. Antalet förtecknade personer och deras ålderssammansättning o.d. skall ju enligt 20 § och motiven ligga till grund för landstingets individärsättning till husläkaren. I sammanhanget bör emellertid hållas i minnet att en husläkare i sin förteckning kan ha personer från flera landsting. Det framstår därför som nödvändigt att ett centralt organ – förslagsvis det landsting inom vilket husläkaren bedriver sin verksamhet – har en förteckning utvisande husläkarens totala personkrets, dvs. en förteckning som vid varje tidpunkt överensstämmer med husläkarens egen förteckning. Utan en sådan central förteckning torde bl.a. reglerna i 12-16 §§ om högsta och minsta tillåtna antal förtecknade personer knappast gå att tillämpa på åsyftat sätt.

Av vad nu sagts följer att lagens bestämmelser om förteckning av personer hos en husläkare behöver preciseras och kompletteras på flera punkter. Lagrådet vill därvid understryka att det föreslagna husläkarsystemet synes ställa höga krav på snabbhet och tillförlitlighet vid utbyte av information mellan folkbokföringen, landstingen och husläkarna. Systemet måste vidare tillgodose den enskildes behov av att utan dröjs-

mål få besked om huruvida en anmälan om att få ingå i en viss husläkares personkrets eller om byte av husläkare lett till åsyftat resultat. En övergripande förutsättning är också att uppgifter i förteckningarna hanteras på sådant sätt att kränkningar av den enskildes integritet kan undvikas. Sammanfattningsvis finner lagrådet att nu nämnda frågor bör bli föremål för en grundlig översyn under den fortsatta beredningen av husläkarreformen.

10 §

Paragrafen innehåller föreskrifter om att landstinget får bestämma att varje husläkare i ett sjukvårdsområde eller del av området för viss tid, utöver sina huvuduppgifter enligt 9 § också skall utföra läkaruppgifter inom primärvården i övrigt samt svara för att hans eller hennes patienter har tillgång till insatser av distriktssköterska. Slutligen sägs att landstinget får meddela närmare bestämmelser om husläkarnas rapporteringar och samverkan med andra inom vård- och rehabiliteringsområdet.

Uttrycket "meddela närmare bestämmelser" är ej helt tillfredsställande. Enligt ordalydelsen ges landstinget rätt att meddela föreskrifter, vilket skulle strida mot delegeringsbestämmelserna i 8 kap. regeringsformen. Avsikten synes dock vara att landstinget inom ramen för sin förvaltning skall kunna bestämma hur rapportering och samverkan skall ske från husläkarens sida. Detta bör då uttryckas på annat sätt, t.ex. så att landstinget "får bestämma" vad som skall åligga husläkaren i dessa hänseenden.

Vad dessa uppgifter avses innebära framstår vidare som något oklart och bör förtydligas under det fortsatta lagstiftningsarbetet.

12-16 §§

Som nämnts i det föregående kan en husläkare i privat verksamhet med stöd av 12 § anmäla till landstinget om han önskar minska det högsta antalet personer som han avser att vara husläkare för. En husläkare som tidigare anmält 3 000 personer som högsta antal och faktiskt också har 3 000 personer på sin förteckning kan exempelvis på grund av ändrade tjänstgöringsförhållanden eller försämrad hälsa vilja minska antalet förtecknade personer till 2 000.

Av lagtexten framgår inte hur en sådan neddragning av verksamheten skall gå till. Det framstår t.ex. som ovisst om det är landstinget eller husläkaren själv som skall bestämma vilka av de förtecknade personerna som skall sägas upp. Lagtexten ger inte heller besked om från vilken tidpunkt en uppsägning blir gällande och vad som bör iaktas från husläkarens eller landstingets sida för att förhindra att en uppsagd person mot sin vilja blir utan husläkare under en kortare eller längre period.

En närliggande fråga som också är oreglerad är i vad mån en husläkare i ett individuellt fall kan säga upp en person som tillhör hans personkrets. En sådan uppsägning kan framstå som motiverad t.ex. om en patient utan grund flera gånger anmält husläkaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd.

Vad nu anförts leder lagrådet till slutsatsen att lagen bör kompletteras med bestämmelser om uppsägning av personer från en husläkares personkrets. Enligt lagrådets mening kan det – trots att lagen i övrigt inte innehåller några regler om besvärsmätt – i detta sammanhang också finnas anledning att överväga om behov föreligger för en förtecknad person att kunna överklaga ett beslut om uppsägning.

Lagrådet finner vidare att lämpligheten av den valda ordningsföljden på de förevarande paragraferna kan diskuteras. Att, såsom skett, placera reglerna om anmälan av det högsta antal personer som skall tillhöra husläkaren och om ändring av detta antal (12 §) före de bestämmelser vari nedre och övre gräns för personantalet anges (14-16 §§) ter sig från systematisk synpunkt som något ologiskt. Detsamma kan sägas om regeln om husläkares rätt att vägra att föra upp en person på sin förteckning (13 §). Lagrådet förordar att de föreslagna 14-16 §§ i stället blir 12-14 §§ samt att de föreslagna 12 och 13 §§ i stället blir 15 och 16 §§. Godtas vad lagrådet anför beträffande komplettering av lagtexten med bestämmelser om uppsägning av personer som är förtecknade hos en husläkare, kan givetvis ytterligare ändringar i ordningsföljden komma i fråga.

17 och 18 §§

Den förstnämnda paragrafen innehåller en bestämmelse om rätt för varje läkare, som uppfyller i 2 § angivna behörighetskrav och som "är villig att ansvara för de uppgifter som en husläkare har enligt denna lag", att etablera sig som "privatpraktiserande" husläkare.

Det kan enligt lagrådets mening ifrågasättas om paragrafen fyller någon självständig funktion. I 2 § första stycket anges således att en husläkare kan vara offentligt anställd eller "verksam som privatpraktiker". Av motiven framgår att sistnämnda begrepp avses omfatta både i privat tjänst anställd läkare och en läkare vilken är verksam som enskild företagare. Under förutsättning att detta klart anges i nämnda bestämmelse bör en sammanfattande beteckning för en sådan, inte offentligt anställd husläkare, lämpligen kunna vara "husläkare i privat verksamhet".

Att var och en som väljer att antingen som offentligt anställd eller, efter anmälan enligt 18 §, i privat verksamhet fungera som husläkare är underkastad de bestämmelser som lagen innehåller behöver inte särskilt framhållas.

18 § innehåller, som nyss nämnts, bestämmelser om skyldighet för en läkare, som avser att vara verksam "som privatpraktiserande husläkare" (dvs. vad lagrådet tidigare förordat "som husläkare i privat verksamhet") att anmäla denna sin avsikt till landstinget senast sex månader innan verksamheten påbörjas.

Bestämmelsen kan enligt lagrådets mening ge anledning till skilda tillämpningsproblem. Vare sig den skall relateras till den föreslagna föregående paragrafen – varvid kravet får antas hänföra sig till endast den som "vill etablera sig" som husläkare i privat verksamhet – eller förutsätts mer allmänt gälla den som "avser att vara verksam som privat-

praktiserande" kan tvekan lätt uppstå vad som skall utlösa förevarande anmälningsskyldighet. Lagrådet tänker här främst på fall då en tidigare verksam husläkare vill anta en ny och till huvudmannskapet ändrad anställning eller flytta sin praktik till en annan ort. Vad särskilt gäller sistnämnd eventualitet kan som en tänkbar ytterligare komplikation nämnas en situation då den tilltänkta förändringen inte nödvändigtvis medför att husläkaren måste avföra en större eller mindre del av sina tidigare patienter från sin "förteckning".

Enligt lagrådets mening bör nämnda förhållanden bli föremål för ytterligare analys och därav föranleda kompletteringar av lagtexten.

20 §

I förevarande paragraf anges de olika delarna i ersättningen till en husläkare. Utöver det bestämda belopp som landstinget skall betala för varje hos husläkaren förtecknad person, individersättningen, skall även utgå ersättning till husläkaren i form av besöksersättning. Den normala kontakten mellan en läkare och hans eller hennes patient kan förutsättas även i fortsättningen bli, att patienten på en avtalad tid besöker läkarens mottagning och betalar en avgift för konsultationen med vård eller behandling. Också i det omvända fallet, vid läkarens hembesök hos patienten, kan besöksersättning sägas vara den adekvata benämningen. Det är emellertid ej helt ovanligt att en patient konsulterar sin läkare per telefon. Med ett husläkarsystem, som ju syftar till en kontinuerlig kontakt med samma läkare, kan telefonkonsultationer komma att bli fler. Lagrådet utgår från att sådana konsultationer eller liknande åtgärder kan bli ersättningsgrundande.

Med hänsyn till det anförda bör i lagtexten anges att ersättning skall utgå för besök "en annan åtgärd". Termen besöksersättning synes emellertid kunna bibehållas som en sammanfattande benämning.

21 §

Lagrådet återkommer till denna paragraf i samband med behandlingen av 26 §.

25 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om möjligheter för lanstinget att inskrida mot en husläkare i privat verksamhet som inte utför de uppgifter som åligger honom enligt lagen.

Enligt första stycket kan landstinget i sådant fall göra "motsvarande" avdrag på husläkarersättningen. Regeln väcker frågan hur avdraget skall beräknas. I specialmotiveringen anförts i denna del endast att storleken på avdraget måste avgöras från fall till fall beroende av främst vilken försummelse det är fråga om och under hur lång tid. Det kommer därmed att röra sig om ett både svårbedömt och känsligt avgörande som ytterst kommer att få karaktären av en skäligen uppskattning. Detta förhållande bör enligt lagrådets mening framgå av lagtexten. Lagrådet

föreslår därför att första stycket i paragrafen får följande lydelse:

"Om en husläkare i privat verksamhet inte utför de uppgifter han eller hon har ansvar för enligt denna lag får landstinget göra ett avdrag på husläkarersättningen som skäligen motsvarar försummelsen."

I andra stycket finns regler som möjliggör att landstinget som reaktion mot en husläkare, vilken trots åtgärd enligt första stycket och särskild påminnelse om rättelse inte fullgör sina uppgifter, kan dra in den del av husläkarersättningen som inte utgörs av patientavgifter. Det är alltså här fråga om en mycket kännbar åtgärd. Enligt den föreslagna lagtexten synes den kunna tillgripas oberoende av vilken grad av försummelse det är fråga om. En sådan ordning kan knappast vara avsedd eller godtagbar. Lagrådet förordar därför att stycket ges följande lydelse:

"Om husläkaren trots påminnelser i väsentlig mån underlåter att fullgöra sina uppgifter är landstinget inte skyldigt att betala husläkarersättning".

Lagrådet vill slutligen understryka vad som i remissen anförs om att landstingets beslut enligt någon av nu aktuella bestämmelser inte utgör ett slutgiltigt avgörande av ersättningsfrågan. Det har sålunda förutsatts att frågan skall kunna bli föremål för ytterligare prövning i annan ordning och i sista hand av allmän domstol.

26 §

Första stycket innehåller bestämmelser om den ersättning som en patient i vissa fall skall betala till en husläkare. Av 21 § första stycket framgår att det är landstinget som fastställer hur, dvs. med vilka belopp eller enligt vilka grunder, som dessa ersättningar skall beräknas. I andra meningen i förevarande stycke anges, med tanke bl.a. på att en husläkare i privat verksamhet eventuellt kan tänkas vilja underskrida gällande taxor, att patientavgift får tas ut med högst ett belopp som motsvarar den patientavgift som gäller hos landstinget.

I 21 § andra stycket i förslaget finns en regel som anger att landstingets betalningsansvar för viss del av en besöksersättning inte påverkas av om en husläkare tar ut en lägre patientavgift än den som gäller hos landstinget. Denna regel hör enligt lagrådets mening ur systematisk synpunkt bättre hemma i förevarande paragraf, där den lämpligen bör kunna ingå som ett andra stycke. Vidtas den överflyttningen synes andra meningen i första stycket kunna utgå. Att en husläkare aldrig får överskrida de av landstinget enligt 21 § första stycket fastställda taxorna eller grunderna synes inte vara nödvändigt att särskilt framhålla.

Proposition	1
Propositionens huvudsakliga innehåll	1
Propositionens lagförslag	4
Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 februari 1993	14
1 Ärendet och dess beredning	14
2 Allmän bakgrund	16
2.1 Frågans tidigare behandling	16
2.2 Gällande lagstiftning och riktlinjer för hälso- och sjukvården m.m.	17
2.3 Primärvårdens utveckling och organisatoriska utformning	20
2.4 Aktuella utvecklingstendenser	23
3 Överväganden och förslag	25
3.1 En husläkarreform genomförs i hela landet	25
3.2 Grundläggande drag i husläkarreformen	28
3.3 Husläkarfunktionen	32
3.3.1 Verksamhetens innehåll och omfattning	32
3.3.2 Insatser utöver fastställt husläkaråtagande	38
3.3.3 Kompetenskrav	40
3.4 Att välja husläkare	43
3.5 Principer för ersättningssystemet	48
3.6 Etableringsformerna	55
3.6.1 Nuvarande etableringsformer och etableringsregler	55
3.6.2 Internationell jämförelse	57
3.6.3 Husläkarnas etableringsrätt	58
3.6.4 Producent- och konkurrensneutralitet	61
3.6.5 Frågan om åldersgräns för husläkare	65
3.7 Husläkarna och omvärlden	66
3.7.1 Samverkan för att förebygga ohälsa	68
3.7.2 Samverkan på primärvårdsnivå	70
3.7.3 Samspelet med övriga specialister inom sjukvården	72
3.7.4 Husläkarna och företagshälsovården	73
3.7.5 Samspelet med försäkringskassan	65
3.7.6 Samverkan med kommunernas socialtjänst m.m.	76
3.7.7 Samverkan med samhällsmedicinska enheter och funktioner	78
3.7.8 Husläkarverksamheten vid katastrofer och i krig	79
3.8 Tillsyn och kvalitetssäkring	79
3.8.1 Tillsyn	79
3.8.2 Kvalitetssäkring	81
3.9 Utbildning, utveckling och forskning	85
3.9.1 Läkarutbildningen	85
3.9.2 Grundutbildningen och läkarnas allmäntjänstgöring (AT)	85

	3.9.3 Specialiseringstjänstgöringen (ST)	88
	3.9.4 Fortbildning	92
	3.9.5 Forsknings- och utvecklingsarbete	92
4	Genomförandet	94
	4.1 Reformens ikraftträdande	94
	4.2 Husläkarreformens effekter och finansiering	95
	4.2.1 Reformens effekter	95
	4.2.2 Reformens finansiering	97
	4.3 Vissa statliga övergångsåtgärder	99
5	Förskrivningsrätt för distriktssköterskor	105
	5.1 Bakgrund	105
	5.2 Försöksverksamheten	105
	5.3 Utvärdering	105
	5.4 Överväganden och förslag	106
6	Upprättade lagförslag	107
7	Specialmotivering	108
	7.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:767)	108
	7.2 Förslaget till lag om husläkare	109
	7.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	129
	7.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1981:49) om begränsning av läkemedelskostnader, m.m.	130
	7.5 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor	132
	7.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård	132
8	Hemställan	133
9	Beslut	134
Bilaga 1	Sammanställning över inkomna remissvar	135
Bilaga 2	Sammanfattning av departementspromemoria (Ds 1992:41) och remissammanställning (Ds 1992:113) om förslag till husläkarsystem	136
Bilaga 3	Lagrådsremissens lagförslag	169
Bilaga 4	Lagrådets yttrande	179

