

Cirkulärnr: 1993:96
Diariernr: 1993:1273
Handläggare: Ingrid Söderström
Avdsek: AK Vård
Datum: 1993-06-15
Mottagare: Äldre-/omsorg
Rubrik: Husläkarreformen

Husläkarreformen

Riksdagen beslöt den 27 maj 1993 att anta Lag om husläkare. Med anledning av det allmänintresse som denna lag har vill vi lämna en kort information om lagens innehåll.

Lagen träder i kraft den 1 januari 1994 och skall vara fullt genomförd den 31 december 1995. Reformen innebär att alla invånare i landet skall få möjlighet att själva välja en husläkare.

Fyra grundförutsättningar skall gälla vid genomförandet

- ingen förändring skall ske av det övergripande finansieringssystemet 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
- husläkareåtagandets 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 husläkare.

Huvuduppgifterna har fastställts i lagen men därutöver skall sjukvårdshuvudmannen kunna fastställa ett husläkaråtagande inom sitt sjukvårdsområde (eller en del av detta) som består av ett grundåtagande, som regleras i 9 § Lag om husläkare och minst skall omfatta mottagningsverksamhet, hembesök, jour, råd och förebyggande insatser till enskilda samt samverka med andra service- och vårdgivare. Sjukvårdshuvudmannen har möjlighet att dessutom fastställa ett vidgat husläkaråtagande (10 §) utöver grundåtagandet. Detta kan omfatta alla läkarinsatser som förekommer inom primärvårdens verksamhetsområde samt skyldighet att tillhandahålla insatser av distriktssköterska. Det vidgade åtagandet kan enligt betänkandet vara speciellt angeläget i gleset bebyggda delar av landet där tillgången till läkare är betydligt mindre än i andra delar. Därutöver kan sjukvårdshuvudmannen och de blivande husläkarna göra frivilliga överenskommelser i form av tilläggsavtal om insatser utöver det husläkaråtagande som gäller i resp område. Som exempel anges medverkan i hälsoupplysningsaktiviteter, vård vid kriminalvårdsanstalt etc.

En husläkares verksamhet skall omfatta minst 1 000 personer och högst 3 000 personer (12-14 §§). Lokala förutsättningar som geografiska förhållanden, befolkningstäthet, befolkningssammansättning och social struktur bör beaktas.

För att reformen skall få avsedd effekt och samtidigt ta till vara den utveckling som hittills uppnåtts i primärvården är det enligt propositionen av vital betydelse att husläkaren samarbetar med övrig hälso- och sjukvård samt andra service- och vårdgivare av betydelse för verksamheten. Huvudmännen kan garantera sådant samarbete vid fastställande av husläkaråtagandet.

Utskottet understryker också att det i propositionen inte finns någonting som hindrar att distriktssköterskorna även fortsättningsvis har sin verksamhet organiserad med områdesansvar. Det blir en fråga för sjukvårdshuvudmännen att besluta om.

En husläkare bör vara specialist i allmänmedicin. På kort sikt kommer ett tillskott på allmänläkare att behövas varför Socialstyrelsen skall kunna ge dispenser till läkare inom vissa andra specialiteter. Socialutskottet anser att läkare med annan specialistutbildning och lång erfarenhet från företagshälsovård bör kunna vara en stor tillgång i husläkarverksamheten. Dessutom bör specialister inom t ex reumatologi och onkologi kunna beviljas dispens.

Invånarna skall fritt kunna välja sin husläkare (3-7 §§). Valet skall inte begränsas till ett viss geografiskt område och den enskilde skall kunna byta husläkare när han/hon önskar. Den som vill skall kunna stå utanför husläkarsystemet. Det är enligt propositionen önskvärt om hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde ges möjlighet att välja husläkare vid ett och samma tillfälle. Detta kan ske genom en kombination av att den enskilde själv namnger den husläkare som önskas (aktiv listning) och han/hon ges tillfälle att ta ställning till ett förslag från sjukvårdshuvudmannen (passiv listning).

Sjukvårdshuvudmannen beslutar om patientavgifterna. Utskottet har ställt sig bakom propositionens förslag om att det är rimligt att avgiften hos vissa specialister t ex barnläkare, gynekolog, geriatriker samt vid besök hos ögonläkare efter remiss från optiker bör vara densamma som hos husläkaren. Dessutom ser utskottet det som angeläget att patientavgiften hos andra privatpraktiserande specialistläkare bör vara högst en och en halv gång avgiften hos husläkare. Regeringen föreslås återkomma till riksdagen med förslag till utformning.

Ersättningen till husläkaren skall bestå av en fast ersättning per listad individ (individ ersättning), en ersättning per besök antingen i form av patientavgifter eller av en besöksavgift som lämnas av huvudmannen eller en kombination av dessa. Ersättningsnivåerna fastställs av resp sjukvårdshuvudman. Riksdagen beslöt dessutom att införa en tredje ersättningsdel, en s k åtgärdstaxa för behandling som ligger vid sidan om allmänmedicinen. Detta för att utnyttja den särskilda kompetens som husläkare med annan specialistutbildning än allmänläkaren har. Regeringen skall återkomma till riksdagen med förslag till bestämmelser om en åtgärdstaxa.

Den läkare som uppfyller kompetenskraven skall ha rätt att etablera sig som husläkare. Uppgiften bör vara läkarens huvudsakliga syssla. Den som vill etablera sig skall anmäla detta till sjukvårdshuvudmannen sex månader innan verksamheten startar. Den som vill etablera sig redan från lagens ikraftträdande skall dock anmäla sig den 1 oktober 1993. Efter anmälan skall ett samråd ske mellan husläkaren och huvudmannen. Anmälnings- och samrådsskyldigheten regleras i 18-19 §§. I propositionen föreslås att en läkare inte skall kunna kombinera sin husläkarverksamhet med privat praktik som specialist i allmänmedicin med försäkringskasseanknytning. Regeringen kommer under hösten att återkomma med förslag till förändringar avseende finansieringsansvaret och administrationen för de befintliga försäkringsanslutna läkarna (SOU 1992:118).

En central del av reformen utgörs av producent- och konkurrensneutralitet. Dvs ingen driftform skall gynnas eller missgynnas. De olika producenterna bör teoretiskt sett ha samma åtagande och ersättningen för aktuellt åtagande skall vara lika oberoende av driftform. Stor vikt bör enligt propositionen läggas vid att följa upp utvecklingen för att kunna bedöma om producent- och konkurrensneutraliteten respekteras.

Socialstyrelsen har att följa upp och bedöma effekterna av reformen såväl vad gäller effekterna för hälso- och sjukvårdens utveckling som för den enskilde. Genom husläkaråtagandet förbinder sig husläkaren att redovisa resultat av sin verksamhet genom verksamhetsberättelser.

För ytterligare information om husläkarreformen hänvisas till regeringens proposition 1992/93:160 Om husläkare m m samt socialutskottets betänkande 1992/93 SoU 22. Information om cirkuläret lämnas av Ingrid Söderström, tfn 08-772 43 42.

SVENSKA KOMMUNFÖRBUNDET
Allmän kommunalpolitik

Vård och Omsorg

Lennart Jonasson

Ingrid Söderström