

Motiven bakom husläkarsystemets införande

Ulrika Winblad

I denna artikel beskrivs och analyseras drivkrafterna och motiven bakom införandet av husläkarsystemet i Sverige i början av 1990-talet. Från politiskt håll har man sett husläkarsystemet som en lösning på de kontinuitets- och tillgänglighetsproblem som funnits inom svensk primärvård. Idén har också marknadsförts som en valfrihetsreform. Husläkarsystemet kan också ses som ett led i en marknadsanpassning av hälso- och sjukvården.

Författaren, Ulrika Winblad, är forskningsassistent vid Enheten för forskning inom primärvård och socialtjänst och doktorand vid Institutionen för socialmedicin i Uppsala.

Inledning

Vad var det som gjorde att husläkaridén dammades av i början av nittio-talet från att ha legat i malpåse sedan mitten av sjuttio-talet? Tanken i denna artikel är att tydliggöra detta händelseförlopp och beskriva motiven och drivkrafterna bakom husläkarsystemets införande.

Det finns flera sätt att förklara husläkarlagens tillkomst. Ett sätt är att se husläkaridén som en "naturlig" lösning på organisatoriska problem som funnits inom primärvården, t ex svårigheterna med tillgänglighet och kontinuitet i läkarkontakten. Ett annat sätt är att se husläkarsystemet som ett led i en marknadsanpassning av sjukvården. Husläkarmodellen innehåller nämligen flera aspekter som man förknippar med marknadsekonomi. Valfrihet, fri etableringsrätt och konkurrens har varit nyckelord i debatten.

Husläkarförslaget under 1970-talet

Husläkaridén har debatterats länge. Folkpartiet väckte förslaget i en motion i mitten av 70-talet. Några år senare kom ett betänkande från den sk kontinuitetsutredningen där husläkarsystemet presenterades som svaret på kontinuitetsproblemet inom den öppna vården (1). I betänkandet redovisades två modeller för hur ett husläkarsystem skulle kunna organiseras. I bägge modellerna utgick man från att husläkaren skulle ha ett områdesansvar. Ola Ullstens regering lade fram ett för-

slag, baserat på betänkandet, om ett husläkarsystem i en proposition 1979 (2). Socialutskottet ansåg dock i sitt betänkande att detaljeringsgraden var alltför låg och att propositionen mer hade karaktär av idépromemoria (3). Man kan vid en närmare betraktelse tycka att det är underligt att den folkpartistiska regeringen försökte införa ett husläkarsystem precis när utbyggnaden av vårdcentraler inletts på allvar. Huvudidén inom svensk primärvård var vid detta tillfälle områdesansvar och vårdlag – en modell som kan sägas gå stick i stäv med ett husläkarsystem.

Under åttiotalet var det mycket tyst i husläkarfrågan. Förvisso betonades vikten av primärvården starkt de första åren av åttiotalet, men istället för husläkaren ansågs fortfarande vårdcentralen vara den enhet primärvården skulle byggas kring. Befolknings- och områdesansvar var en central punkt. I en propositionen från 1984 redovisade den socialdemokratiska regeringen sin syn på hälso- och sjukvården (4). Man betonade förebyggande insatser och sade att primärvården med vårdcentralen i centrum hade ett förstahandsansvar för befolkningens behov av professionell vård inom ett begränsat geografiskt område. Denna primärvårdsmodell ansågs vara det bästa sättet att tillgodose kraven på närhet, tillgänglighet och kontinuitet.

Husläkarförslagets återuppväckande på 1990-talet

I maj 1992, ett år efter de borgerliga partiernas återkomst i regeringsställning, presenterade socialdepartementet en promemoria "Husläkare- för kontinuitet och trygghet i vården", där man redovisade sin lösning på primärvårdskrisen. Med fri etableringsrätt för läkarna, fritt läkarval och inget remisstvång för patienterna- utgjorde förslaget Europas mest liberala husläkarsys-

Huvudidén inom svensk primärvård var vid detta tillfälle områdesansvar och vårdlag - en modell som kan sägas gå stick i stäv med ett husläkarsystem

Man menade att det borde vara tre gånger så dyrt att besöka en specialist som att besöka sin husläkare

tem. Promemorian gav samtidigt uttryck för en tydlig statlig reglering av husläkarna. För att dessa skulle få etablera sig fritt angavs t ex att de skulle bli tvungna att följa ett centralt fast ställt minimiåtagande som skulle gälla lika över hela landet. Ett annat exempel på den statliga regleringen var att större delen av ersättningen till läkarna skulle utgöras av ett centralt beslutat belopp, en s k kapiteringsersättning. Något remissvång förordades inte utan man ansåg att patientströmmarna skulle styras genom differentierade patientavgifter. Man menade att det borde vara tre gånger så dyrt att besöka en specialist som att besöka sin husläkare (5).

Remissinstanserna var mycket kritiska mot departementspromemorian. För det första menade en del av kritikerna, däribland Landstingsförbundet, att förslaget var *toppstyrt och detaljreglerat*. Landstingsförbundet ville t ex inte ha någon centralstyrning av ersättningsnivåerna, utan ansåg istället att en utveckling av primärvården skulle utgå från lokala förutsättningar och behov. För det andra vände sig vissa kritiker emot den *fria etableringsrätten*. Socialdemokraterna menade att den skulle leda till en orättvis fördelning av läkare i landet då läkarna främst skulle komma att etablera sig i storstadsregionerna. Även Landstingsförbundet och SFAM, Svensk Förening för allmänmedicin och DLF, Distriktsläkarföreningen, ställde sig skeptiska till den fria etableringen. För det tredje vållade listningsförfarandet, som skulle innebära att *områdesansvaret* upphörde, protester. Läkarförbundet var, till skillnad från de andra remissinstanserna, positiva till husläkarsystemet. Mycket av det som återfanns i promemorian hade Läkarförbundet beskrivit i sin idéskiss "En ny primärvård" ett år tidigare (6).

Efter den massiva kritik som promemorian väckte presenterades regeringens proposition, i vilken många av promemorians förslag modifierats väsentligt. Det nya förslaget var betydligt mindre centralstyrt och de enskilda landstingen fick mer inflytande. Detta kan ses som en eftergift åt kritikernas önskemål, särskilt Landstingsförbundet. Fortfarande höll man dock fast vid att fri etableringsrätt skulle råda för läkare som uppfyllde kompetenskraven. Däremot lät man landstingen

själva bestämma om de ville införa differentierade avgifter som ett medel att styra patienterna mot husläkarna. Landstingen föreslogs också själva bestämma huruvida husläkarnas åtaganden skulle innehålla mer än det statligt bestämda grundåtagandet (7).

Det var mycket osäkert om regeringen skulle få majoritet för sitt förslag i socialutskottet. Främst motsatte sig socialdemokraterna och vänsterpartiet regeringens proposition. Istället sökte regeringspartierna stöd av ny demokrati och det är tydligt att de förändringar som gjordes var eftergifter åt detta parti. Förändringarna innebar i stort att specialistläkare utanför primärvården fick en mer gynnad ställning i förhållande till husläkarna. Utskottet ansåg bl a att det borde lagstadgas att patientavgifterna för specialistvård skulle vara högst en och en halv gång patientavgiften hos husläkaren för att förhindra att landstingen skulle kunna införa ännu högre avgifter vid specialistläkarbesök. Dessutom ansåg socialutskottet att läkare som hade annan specialistutbildning än allmänmedicin men hade lång erfarenhet från t ex företagshälsovård eller var specialister inom reumatologi och onkologi borde vara en stor tillgång och därför beviljas dispens att bli husläkare (8).

Husläkarlag

Den 27 maj 1993 röstades husläkarlagen igenom med hjälp av ny demokrati.

I stort innebar lagen:

- * att det skulle råda fri etableringsrätt i landet för husläkarna, under förutsättning att de var allmänläkare eller hade speciell dispens.

- * att det skulle råda konkurrens- och producentneutralitet, dvs att privatpraktiserande och landstingsverksamma husläkare skulle ha samma ekonomiska villkor.

- * att husläkaren skulle få en fast kapiteringsavgift per listad individ, därtill en prestationsersättning relaterad till antal patientbesök. De faktiska ersättningsnivåerna skulle bestämmas av de enskilda landstingen och husläkaren skulle få ersättning enligt en statligt bestämd åtgärdstaxa för vissa behandlingar och undersökningar.

- * att staten bestämde ett grundåtagande för husläkarna. Utöver detta kunde de enskilda landstingen ålägga husläkarna vissa tilläggsåtaganden, t ex att de skulle kunna erbjuda patienterna mödra- och barnavård.

I januari 1994 började vissa landsting införa husläkarsystemet. I september samma år hade 77 procent av den svenska befolkningen valt husläkare (9).

Spelet om husläkarreformen var dock inte slut i och med detta. Ungefär ett halvår efter att landstingen börjat införa ett husläkarsystem beslöt riksdagen att riva upp husläkarlagen. Detta skedde efter det att ny demokrati röstat för socialdemokraternas och vänsterpartiets förslag om avveckling av husläkarlagen. En åtta timmar lång riksdagsdebatt föregick beslutet och riksdagsprotokollet visar på en ovanligt hätsk och irriterad stämning i plenum. Representanter från regeringspartierna anklagade ny demokrati för svek. Ny demokrati där emot, uttryckte att de valt att rösta ned husläkarlagen då vissa särskilt viktiga delar i regeringsbeslutet inte förverkligats. Leif Bergdahl, ny demokrati, sade i riksdagsdebatten: "Det bidde inte ens en tumme! Vi har blivit grundlurade."(10)

Varför ett husläkarsystem ?

Ovan har den parlamentariska processen som ledde fram till beslut om ett husläkarsystem beskrivits. Härnäst kommer motiven och drivkrafterna bakom husläkar-systemets införande att analyseras.

Trygghet, kontinuitet och tillgänglighet

Trygghet var ett begrepp som ofta återkom i diskussionen om husläkare i början av 90-talet. Förespråkarna för husläkarsystemet ansåg att en förutsättning för trygghet var att patienten hade en kontinuerlig relation med sin läkare. Att träffa en läkare som vet vem man är skulle kunna underlätta för patienten att berätta om sina besvär och önskemål. Med kontinuitet menade man dock inte bara den personliga kontakten med samme läkare. Det ansågs också viktigt med kontinuitet i behandlingen samt att inga onödiga brott skulle ske i vårdkedjan.

De allra flesta är ense om att kontinuitet och tillgänglighet länge varit ett problem inom primärvården. Här bör man ställa sig två frågor: var kontinuitet och tillgänglighet fortfarande ett problem i början av nittio-talet? Om svaret är ja, utgjorde husläkarsystemet i så fall lösningen? En indikator på kontinuitet och tillgänglighet är läkartäthet. 1970 fanns en allmänläkarbefattning per 7 600 invånare, 1980 en allmänläkarbefattning per 5 000 invånare och 1992 en allmänläkarbefattning per 2 500 invånare (11). Det är en värderingsfråga hur många personer det bör gå per läkare i många sam-

manhang talar man om en läkare per 2 000 individer. Svaret på den första frågan ovan måste följaktligen bli jakande, kontinuiteten var fortfarande bristfällig på många ställen i landet i början av nittio-talet, bl a beroende av vakanssituationen runt om i landet.

Sedan husläkarsystemet infördes i vissa landsting under 1994, skedde en tillströmning av läkare till primärvården – inte bara allmänläkare utan även andra specialister som erhållit dispens. Frågan är om det enbart var husläkarsystemet som var orsaken till denna ökning eller om den allmänna åtstramningen i ekonomin, det begynnande läkaröverskottet och företagshälsovårdens nedbantning har påverkat utvecklingen ?

En preliminär sammanställning från socialdepartementet visade dock att inget landsting klarade målet 2 000 invånare per husläkare i början av 1995. Om målet var 2 000 invånare per husläkare saknades det 600-700 husläkare (12). Samtliga landsting svarade på en undersökning som Landstingsförbundet gjorde 1994 att de hade tillräckligt många husläkare totalt, men att det fanns orter där överetablering skett och områden där det saknades läkare (13).

Så även om man kan säga att förutsättningar för kontinuitet och tillgänglighet har förbättrats på vissa orter i landet i och med att husläkare finns på plats, är problemen inte lösta. Dagens husläkare är mer mobila än de var på femtio-talet och varje läkare har rätt till minst fem veckors semester, jourkompensation, barnledighet etc. Dessutom har vissa läkare som enbart jobbar halv- och deltid ändå åtagit sig fulla listor. Man skall också komma ihåg att kontinuitet bygger på att patientströmmarna styrs genom att besöken bokas in i förväg (s k elektiv vård). I dagens situation när patienterna i större utsträckning kommer oanmälda är det många gånger omöjligt att garantera att de får träffa samma läkare.

En studie i Tierp visade att även i en situation där läkarbristen inom primärvården förbättrats, var besökskontinuiteten fortfarande på låg nivå, förutom för vissa selekterade patientgrupper (14).

Leif Borgert ställde sig också kritisk till de förhoppningar man satte till husläkarsystemet med avseende på kontinuitet och tillgänglighet: "Hur är det möjligt

Inget landsting klarade målet 2000 invånare per husläkare i början av 1995

Tanken i den svenska välfärdsmodellen var att kvaliteten på offentlig service, bl a sjukvård, skulle ligga på en så pass hög nivå att ingen efterfrågan skulle finnas på annan, bättre verksamhet

för en person att utveckla förtroendefulla relationer med 2 000 människor i livets olika skiften? Självklart är det inte alla patienter på husläkarens lista, som har anledning att besöka honom/henne med jämna mellanrum, om ens alls, vilket sannolikt skulle krävas för att uppnå den kvalitet i relationen som förslagsställare och debattörer drömmer om.” (15) Att man i diskussionen om husläkare ofta kom tillbaka till vikten av en förtroendefull relation såg Borgert som en del i förslaget ”fasad” – det lät bra men var inte aktuellt för andra än ett fåtal.

Valfrihet

Bristen på valfrihet i det nuvarande sjukvårdssystemet var något som användes som argument för införandet av ett husläkarsystem. Från folkpartiets sida presenterades husläkarsystemet som en valfrihetsreform. Längre tanken i den svenska välfärdsmodellen att kvaliteten på offentlig service, bl a sjukvård, skulle ligga på en så pass hög nivå att ingen efterfrågan skulle finnas på annan, bättre verksamhet. I ett system av denna typ var naturligtvis valfrihet mellan olika verksamheter onödig då all service kunde anses likvärdig (16). Undersökningar under åttiotalet, bl a maktutredningen, har dock visat att befolkningen upplevde att de saknade inflytande över viktiga delar i samhället, bl a skola och sjukvård. Det hade skett en förändring i samhället där medborgarnas ökade utbildningsnivå och ökade individualisering gjort att de ifrågasatte delar av den offentliga servicen vilket bl a ledde till krav på ökade valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (17).

Att diskussionen om valfrihet i anknytning till husläkarförslaget tog fart först på åttiotalet framgår tydligt vid en genomgång av riksdagstryck. Den statliga offentliga utredningen ”Husläkare” från 1978 och den därefter presenterade husläkarpropositionen visar att nästan ingen diskuterade valfrihet på sjuttioalet. Patientens fria val av läkare fanns med i 1983 års hälso- och sjukvårdslag men återfanns inte förrän 1991 klart uttalat i Landstingsförbundets principdeklaration (18). I regeringens husläkarproposition från 1992 står att läsa: ”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 förståelse till eget ansvarstagande.” (7) Valfriheten motiverades även med att hälsan var ett känsligt område och att en förtroendefull relation mellan läkaren och patienten var ytterst viktig: ”Ingen annan enskild åtgärd torde i detta sammanhang bättre än ökad valfrihet kunna bidra till ett gott förhållande dem emellan.” (7)

En annan orsak, förutom kraven på ökat medborgarinflytande, till att diskussionen om valfrihet plötsligt blev central hänger antagligen samman med försämringer i ekonomin. Den allmänna tron, förmedlad främst genom ekonomer, var att individer genom att *välja* vårdgivare skulle bidra till en konkurrenssituation mellan producenterna. Denna konkurrens skulle i sin tur tvinga fram en effektivisering av verksamheten samt en anpassning till kundernas önskemål. Grundidén i husläkarsystemet var att patienternas val av husläkare skulle styra resurserna till de effektivaste vårdgivarna. Man kan ifrågasätta om så är fallet när patienterna i sitt val av vårdgivare endast i begränsad utsträckning känner till tjänsternas innehåll eller priser? Göran Dahlgren, tidigare departementsråd inom socialdepartementet, skriver i sin bok ”Framtidens sjukvårdsmarknader”: ”Det är först när det på rationella grunder går att jämföra olika vårdgivare som valfriheten får en reell innebörd.” (19) Man kan också ifrågasätta hur starka incitamenten är för patienterna att hitta den ”bästa läkaren” när patienterna inte är direkt betalningsansvariga.

Vissa kritiker menade dock att valfriheten begränsades i ett system av denna typ där det var dyrare att söka sig direkt till sjukhusens specialister. Göran Dahlgren skriver: ”Förändringar som minskar den formella valfriheten, t ex husläkare med [...] högre vårdavgift vid direkt kontakt med sjukhusens specialistvård, skall givetvis inte lanseras som en del av en valfrihetsrevolutionen.” (19) Andra kritiker menade att det var få som i realiteten skulle komma att välja bort sin läkare eller välja andra läkare än de som fanns närmast hemmet. Men även om enbart ett fåtal personer verkligen kommer att utnyttja möjligheten att byta läkare utgör systemet en säkerhetsventil för de individer som kommit i kläm i det tidigare systemet. Dessutom är det kanske så att vetskapen om att man *kan* välja en ny husläkare räcker för att man skall känna sig tillfredsställd.

Ett syfte med reformen var att husläkaren skulle fungera som "guide" för patienterna och lotsa dem vidare till rätt ställe i resursutnyttjande

Ekonomiska motiv

En tanke bakom förslaget var att husläkarsystemet skulle effektivisera primärvården. I husläkarpropositionen beskrevs hur Sverige hade en lägre andel primärvårdsläkare än nästan alla andra västländer. Man menade att mycket av den vård som idag förmedlas av specialister skulle kunna ges av primärvårdsläkare till en billigare kostnad. Sjukvårdsminister Könberg skriver: "Rätt vårdnivå för aktuella behov är en grundförutsättning för en sund sjukvårds ekonomi. Jag utgår från att en husläkarreform kommer att bidra till en bättre balans mellan primärvård respektive läns- och regionsjukvård och därmed ett effektivare resursutnyttjande."

(7) Ett annat syfte med reformen var att husläkaren skulle fungera som "guide" för patienten och lotsa dem vidare till rätt ställe i vårdssystemet: "Det många gånger onödiga och påfrestande sökandet, som i dag inte är alltför ovanligt, torde därmed kunna undvikas." (7)

Anmärkningsvärt var ändå hur de explicita motiven av ekonomisk karaktär, i jämförelse med tidigare genomgångna motiv, dvs förbättrad kontinuitet och bättre valmöjligheter, kom i skymundan i förarbetena till lagen.

Ett implicit antagande av den borgerliga regeringen var att den planerade utformningen av husläkarmodellen skulle leda till en kostnadseffektivare organisation. Ett mer *prestationsinriktat ersättningssystem, bättre villkor för privatpraktiserande husläkare och möjlighet till fri etablering* var komponenter i det nya systemet. Utformningen hade följaktligen en klar marknadsliknande profil.

Hur man utformar ersättningssystemen har stor betydelse för hur väl man kan hålla ned kostnaderna. Främst diskuterades ett ersättningssystem som byggde på en fast ersättning per individ (s k kapiteringsersättning) och en prestationsersättningsdel, det senare för att öka produktiviteten. I propositionen föreslog man att kapiteringen skulle utgöra den större delen, ca 70-80 procent. Detta skulle innebära ett incitament för läkarna att ha många personer anslutna till sin lista och att kostnaderna skulle bli mer förutsägbara och möjliga att kontrollera. En större andel prestationsersättning skulle förvisso kunna leda till bättre tillgänglighet men Könberg menade att fördelarna av en stor kapiteringsersätt-

ning väjde tyngre.

Det finns andra metoder, förutom utformningen av ersättningssystemet, för att reglera kostnaderna. I många andra länder med husläkarsystem har man t ex infört remisstvång, dvs att individer är tvungna att först gå till sin husläkare för att få remiss till specialist. I vårt husläkarsystem, som av många beskrivits som ovanligt liberalt, finns ingen remisstvång. Detta kan bli dyrt då huvudmännen i praktiken betalar två gånger för samma vård; om en patient går direkt till specialistläkare utanför primärvården får denne betalt samtidigt som en årlig kapiteringsersättning utgår till husläkaren.

Det fria valet av driftform var också en central del i förslaget. I det nya systemet var det tänkt att privata husläkare skulle kunna verka på samma villkor som de offentliganställda husläkarna – producent- och konkurrensneutralitet skulle premieras. Valet av driftsform sågs som ett sätt att attrahera allmänläkare. Dock skulle huvudmännen fortfarande ha en reell möjlighet att kontrollera kostnadsutvecklingen även för de privata husläkarna.

I propositionen beskrevs hur svårt det varit tidigare, att utan godkännande av huvudman, etablera sig privat. Otvetydigt innebar husläkarförslaget en förbättring för de privata allmänläkarna. Vissa menade t o m att husläkarreformen var ett led i en privatiseringstrend. Toivo Hansson framförde på Distriktsläkarförbundets fackliga seminarium sin privata åsikt att man nog inte skulle räkna med annat än privata husläkare i framtiden (20). Göran Dahlgren menade att problemen med kontinuitet tagits som intäkt för att det krävdes en systemförändring, "inte minst av dem som förespråkar en utveckling av någon form av husläkarsystem som ökar det privata vårdutbudet." Han uttryckte vidare: "Kopplingen mellan husläkare och privatisering kan därför främst ses som en ideologisk koppling, en förhoppning att t ex intresset för husläkare kan förstärka intresset för en privatisering av vården och vice versa." (19)

En annan aspekt av förslaget som de borgerliga partierna ansåg leda till ett effektivare system var den fria etableringen. Etableringsfriheten var tänkt att leda till att fler läkare skulle välja att arbeta som allmänläkare. Allmänläkarna Carl Edvard Rudebeck och Göran Sjönell skrev i Läkartidningen att farhågan att husläkare inte skulle komma att etablera sig i glesbygder, utan bara i storstadsområden, var överdriven. Redan den löneminskning som det innebar att inte ha en full lista är i sig ett styrmedel (21). Erfarenheterna i Sverige

Etableringsfriheten var tänkt att leda till att fler läkare skulle välja att arbeta som allmänläkare

sedan dess pekar dock på att vissa områden, trots ökningen av husläkare, har problem med brist på läkare.

Man kan tycka det är paradoxalt att etableringsfrihet för specialister och sjukgymnaster kom samtidigt som husläkarreformen infördes. Forskarstuderande Tomas Lappalainen och utredare Fredrik Westander skriver: "Vän av förnuft kan också undra över poängen med att först söka öka specialistutbudet genom fri etablering, för att därefter styra bort patienterna från samma specialister." (22) Socialdemokraterna hade hela tiden varit emot den fria etableringsrätten: "För att kunna garantera en rättvis fördelning av läkare över landet måste sjukvårdshuvudmännen ha möjlighet att planera och organisera verksamheten så att de tillgängliga läkarresurserna fördelas på bästa sätt." (8) I meningen efter skriver man för att modifiera det som läkarkåren annars kunnat uppleva som överdriven centralstyrning: "En reform av denna typ måste utgå från de olika villkor och förutsättningar som råder inom de olika landstingen."

Diskussion och sammanfattning

Husläkarfrågan har varit något av en symbolfråga för folkpartiet och genomgående drivits av detta parti i regeringssammanhang. Redan på sjuttioalet talade folkpartiet om vikten av att ha sin egen läkare. Ett husläkarsystem stämde också väl överens med de liberala idéerna om valfrihet och bättre möjligheter även för icke-statliga vårdformer. Från att ha varit "död" sedan sjuttioalet väcktes husläkaridén upp sedan de borgerliga partierna kom till makten 1991. Ett husläkarsystem sågs som lösningen på de problem svensk primärvård haft med dålig kontinuitet och tillgänglighet av läkare i vissa delar av landet. Det ursprungliga förslaget stötte dock på patrull och omformades väsentligt under vägen. Från att ha varit ett enhetligt förslag för hela landet kom den slutgiltiga modellen att variera högst väsentligt i de olika landstingen; det blev t ex fritt fram för huvudmännen att själva bestämma ersättningsnivåer och utforma husläkaråtagandet. Denna förändring kom till stånd bl a efter massiv kritik från Landstingsförbundet och oppositionen. Bo Holmberg, ledamot i socialutskottet, uttryckte i en intervju att husläkarförslaget hörde till den kategori frågor i riksdagen som förändrats ovanligt

mycket under resans gång (23). Det ursprungliga förslaget var mer statligt reglerat och hade i jämförelse med slutprodukten en bättre inbyggd kostnadskontroll. I början försökte folkpartiet, som kan sägas ha drivit frågan i regeringssammanhang, förankra sina förslag hos socialdemokraterna och kompromissa fram lösningar som skulle kunna accepteras. Detta lyckades dock inte. Socialdemokraterna vände sig främst mot att samverkan mellan olika yrkesgrupper inom primärvården bröts upp genom husläkarsystemets införande. Att befolkningsansvaret avskaffades vållade också protest. Efter vissa eftergifter åt ny demokrati kunde lagen klubbas igenom den 27 maj 1993.

Regeringen antog att ett husläkarsystem skulle kunna locka allmänläkare till primärvården vilket i sin tur skulle lösa problemen med bristande kontinuitet och tillgänglighet. Rent faktiskt kan man konstatera att en viss tillströmning av läkare skedde till primärvården. I vilken grad detta var en följd av husläkarsystemets införande och den allmänna ekonomiska åtstramningen, det begynnande läkaröverskottet och företagshälsövårdens nedrustning är dock för tidigt att uttala sig om. Samtidigt har man i dispensgivningen varit frikostig mot olika specialister. Ökningen av läkare består till viss del av andra än allmänläkare. En invändning som framförts i denna artikel är att det inte alls är säkert att kontinuiteten kommer att öka nämnvärt bara för att man har sin egen läkare. Vissa husläkare arbetar halvtid, är föräldralediga, är på semester eller tar ut jourkompensationsledighet. Hur stora de verkliga förbättringarna är, jämfört med det tidigare systemet återstår att undersöka.

Husläkarsystemet har även marknadsförts som en valfrihetsreform. Det var främst under åttiotalet som missnöje framkom i befolkningen för att de haft för lite att säga till om i detta avseende. Ett implicit antagande i förarbetena var att effektiviteten skulle öka i ett system med valmöjligheter då patienten genom att *välja* vårdgivare skulle bidra till en konkurrenssituation mellan producenterna ledande till en effektivisering av verksamheten.

Ett motiv till husläkarreformen som inte framträtt explicit i debatten är att se den som ett led i en marknadsanpassning av sjukvården. Till sin utformning har husläkarsystemet vissa karaktärsdrag som kan tolkas på detta sätt: läkarna ersätts inte längre enligt budget utan får en fast ersättning per patient samt en slags prestationsersättning; ett visst mått av konkurrens införts i och med att medborgarna fritt kan välja sin hus-

läkare; läkarna måste börja marknadsföra sig på ett sätt man inte gjort tidigare för att locka kunder, och fri etableringsrätt införs i ett producent- och konkurrensneutralt system där de privata husläkarna skall få arbeta under samma villkor som de offentliga. Vilka incitament denna marknadsanpassning lett till är fortfarande för tidigt att uttala sig om. Att en ökad marknadsanpassning alltid leder till samhällsekonomiska besparingar är inte givet, risken är bl a fördelningsmässiga nackdelar.

Kan en tanke med införandet av husläkare ha varit att det senare skulle gå lättare att privatisera allmänläkarkåren i framtiden? Läsning av riksdagstryck ger ingen bekräftelse på detta även om man kan tänka sig att denna diskussion pågått inom vissa grupper.

Hur framtiden ser ut för husläkarsystemet är ännu ovisst. Socialminister Ingela Thalén har uttryckt att de landsting som vill behålla husläkarsystemet skall få det. Husläkarlagen är dock borttagen och en grundförutsättning i det gamla systemet – möjligheten till fri etablering – försvann vid årsskiftet 1994/95. I dagens situation är de enskilda huvudmännen tämligen fria att utforma sina egna husläkarsystem vilket kommer att leda inte bara till en utan flera olika modeller. Frågan är huruvida någon del av de ursprungliga husläkaridéerna kommer att finnas kvar i framtidens primärvård?

REFERENSER

1. Husläkare - en enklare och tryggare sjukvård. SOU 1978:74.
2. Regeringens proposition 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso och sjukvården m m.
3. Socialutskottets betänkande 1978/79:47 med anledning av propositionen 1978/79:178 om husläkarsystem inom hälso- och sjukvården m m jämte motioner.
4. Regeringens proposition 1984/85:181 om utvecklingslinjer för hälso- och sjukvården m m.
5. Ds 1992:41. Husläkaren - för kontinuitet och trygghet i vården.
6. Sveriges läkarförbund: En ny primärvård - idéskiss från läkarförbundet, 1991.
7. Regeringens proposition 1992/93:160.
8. Socialutskottets betänkande 1992/93:SoU 22. Husläkare m m.
9. Husläkarreformen - bakgrund, lag och genomförande. Broschyr utgiven av Husläkardelegationen september 1994.
10. Riksdagens snabbprotokoll 1993/94:92. Onsdag 20/4 1994, s 33.
11. *Persson K B, Haglund B*: Resursutveckling inom primärvården 1970-1994. Socialmedicinsk tidskrift 1995;72(4-5):163-169.
12. *Sprengel V*: Snart fattas det tusen husläkare. Landstingsvärlden 1995;(5):5.
13. Husläkarsystemet i teori och praktik. Stockholm: Landstingsförbundet 1994, rapport, s 35.
14. *Smedby P, Persson K B, Borgquist L*: Besökskontinuitet vid Tierps vårdcentral under en 15-årsperiod. Socialmedicinsk tidskrift 1995;72(4-5):184-188.
15. *Borgert L*: En modell för institutionell omvandling av hälso- och sjukvården eller ett nytt organisationsmode? Uppsats presenterad vid Nordisk Företagsekonomisk Ämneskonferens, Lund 18-20 augusti 1993, s 13-14.
16. *Rothstein B*: Vad bör staten göra? Stockholm: SNS Förlag, 1994.
17. *Petersson O, Westholm A, Blomgren G*: Medborgarnas makt. Stockholm: Carlssons Bokförlag, 1989.
18. Vägval - Hälso- och sjukvårdens övergripande strukturer och framtid. Stockholm: Landstingsförbundet, 1991.
19. *Dahlgren G*: Framtidens sjukvårdsmarknader. Vinnare och förlorare. Stockholm: Natur och Kultur, 1994, s 190.
20. DLFs fackliga seminarium: Alla husläkare blir privata? Doktorn äger patientlistan. Läkartidningen 1993;90(47):4172-73.
21. *Rudebeck C E, Sjönell G*: Politisk reform med medicinskt innehåll. Läkartidningen 1993;90(8):676.
22. *Westander F, Lappalainen T*: Husläkarreformen. I: Gustafsson R Å (red) Köp och sälj, var god svälj. Stockholm: Arbetsmiljöfonden, 1994, s 243.
23. Intervju med Bo Holmberg 5/10 1994.