

2020-09-01

Gem 2020/0092

Till
Socialdepartementet

God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem SOU 2020:19

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss från Socialdepartementet och vill framföra följande synpunkter.

Sammanfattning

En god och nära vård måste stärka kontinuiteten mellan läkare och patient. Det mest säkra och bästa sättet att göra det på är genom att hela befolkningen i hela landet listar sig på en egen vald läkare i primärvården och att stödjande åtgärder genomförs som möjliggör en sådan listning genomförs. Det är beklagligt att utredningen inte har landat i denna åtgärd.

Svensk hälso- och sjukvård behöver också en nationellt ansvarig aktör för kompetensförsörjningen av läkare. Det är staten som ska ha det lagstadgade ansvaret för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Staten behöver säkerställa en dimensionering av AT- BT- och ST-tjänster som möter det framtida behovet av specialistläkare i Sverige.

Läkarförbundet vill också se en utveckling av den nationella taxan – inte en avveckling av densamma. Därför avstyrker Läkarförbundet de två scenarier för den nationella taxan som utredningen skissar.

Kontinuitet

Utredningen God och nära vård har inneburit att omställningsarbetet mot en primärvård som är första linjens vård har tagit fart. Flera goda förslag har lagts fram och en del har också blivit verklighet. Läkarförbundet har ställt sig bakom flera av utredningens analyser och förslag i såväl tidigare som föreliggande betänkande. Vid en samlad bedömning av utredningens arbete, nu när dess slutbetänkande läggs fram, är det inte det som föreslagits och analyserats i utredningen som Läkarförbundet i huvudsak vill invända mot. Det är det som inte föreslås.

Utredningen argumenterar på ett övertygande sätt för vikten av kontinuitet i primärvården mellan läkare/annan personal och patient. Trots denna ingående och goda analys och argumentering landar inte utredningen i det kanske mest betydelsefulla enskilda förslag som skulle garantera en bättre kontinuitet mellan läkare och patient – listning på läkare.

Av internationell erfarenhet och svensk empiri att döma är det listning på läkare med någon form av listningstak som är den enskilt bästa metoden att uppnå och garantera relationell kontinuitet.

Därutöver förutsätter en sådan reform en rad av andra åtgärder som skapar incitamentsstrukturer och säkrar tillgången till kompetensförsörjning med mera som möjliggör en sådan nationell listningsreform där hela befolkningen i hela landet får välja en egen läkare i primärvården att lista sig på.

Vi vet att kontinuitet är livsviktig för många patienter. Det är också bristen på kontinuitet i relationen mellan läkare och patient som är en av svensk primärvårds stora brister. I utredningens olika delbetänkande har också kontinuitet lyfts fram som väldigt väsentlig. I föreliggande betänkande är det dock vår kritiska synpunkt att även om utredningen på flera ställen förtjänstfullt lyfter betydelsen av relationskontinuitet i sjukvården saknas i stort sett helt skarpa förslag för att uppnå tillräcklig sådan.

I synnerhet saknar vi konkreta kring systematisk personlig listning inom primärvården och det saknas förslag om listningstak eller andra handfasta sätt att skapa rimlig arbetssituation för primärvårdsteamet när man samtidigt beskriver problem med att rekrytera och behålla kompetent personal.

Risken är överhängande att utredningens sammantagna förslag inte kommer att ge ett tillräckligt förändringstryck för att uppnå förstärkning av kärnan i primärvården (generalistkapacitet) och resursöverföring mellan olika delar av sjukvårdssystemet.

Det arbete som redan initierats baserat på tidigare betänkanden och regeringsbeslut är förtjänstfulla men långt ifrån tillräckliga för att nå fram till det som vi vet är det enda säkra sättet att garantera kontinuitet – att hela befolkningen listar sig på en egen vald läkare i primärvården och nödvändiga reformer för att kunna implementera ett sådant beslut.

Samverkan

Utredningen föreslår att samverkan på utförarnivå förtydligats. Idag finns ofta samverkansavtal på makronivå det vill säga mellan kommunförbund och Regioner samt på individnivå men saknas på utförarnivå. Ur ett läkarperspektiv är ett tydligt samverkansavtal på utförarnivå av betydelse. Ett sådant avtal måste innehålla tydlighet och regionen måste ha de resurser som förväntas i avtalet.

Patientkontrakt

Läkarförbundet avstyrker förslaget om patientkontrakt. Risken är överhängande att ett sådant kontrakt komplicerar behandlingsprocessen för patienten och innebär mer ”blankettrelaterat” arbete för läkarna som tar tid från möten med patienterna.

Digitaliseringsfrågor

Vården samlar idag in stora mängder data men det är ett bekymmer att den inte sammanställs och återförs på det sätt och i en form som vården och professionen har mest nytta av. Informationssystem är dessutom i stor utsträckning regionalt uppbyggda ofta utifrån behov kopplade till den ekonomiska redovisningen och förenklar därmed inte vårdens arbete med att samla in och värdera information tillräckligt väl. Dessutom är informationen oftast separerad och lagrad i olika system vilket gör det svårt att föra över mellan olika system och mellan regioner.

Läkarförbundet anser att det är viktigt att utveckling av nya digitala system utgår ifrån ett processororienterat synsätt där patienten är i fokus. IT-systemen måste stödja tillgången till patientinformation och medicinsk kunskap på ett integrerat sätt. Läkarförbundet ser behov av nationella spelregler för digitaliseringen i vården.

Journalssystemens bristande användarvänlighet är ett särskilt påtagligt bekymmer. Det som ofta påtalas är dålig överskådlighet, dålig läsbarhet, svårigheter att orientera sig i olika menyer och flikar, avsaknad av sökfunktioner, osäkerhet kring innebörd av begrepp och termer och dålig intuitivitet. Informationen i systemen är inte strukturerad och presenterad på ett sätt som underlättar arbetet. Ofta är det dessutom krångligt att överföra patientinformation från den elektroniska patientjournalen över organisationsgränserna vilket påverkar kvaliteten på de beslut som fattas.

Det tar även för lång tid för vårdpersonal att hitta, sovra och använda vetenskaplig kunskap. Läkaren och övrig vårdpersonal ska snabbt och enkelt hitta rätt information t.ex. från anamnesen vid behandlingstillfället. Visuell information borde i större utsträckning kunna användas för att minska mängden löptext och förbättra överskådligheten.

Även patienterna påverkas eftersom de upplever att deras elektroniska tillgång till information är begränsad vilket påverkar kvalitén på de beslut som fattas och i förlängningen även deras möjlighet att delta i och påverka sin vård.

Den information som ska finnas i IT-stöden ska ge överblick utan att det är för mycket text. Att minimera mängden oväsentlig information och få strukturerad och nationellt enhetlig standard för informationen är därför viktigt.

Den personliga integriteten är viktig. Den enskilde måste kunna känna sig trygg med att de egna hälsouppgifterna hanteras säkert. Det händer ibland att uppgifter om individers vård, hälsa och omsorg hamnar på ställen där de inte hör hemma och exponeras på sätt som inte är önskvärda. Det handlar om misstag, slarv eller felbedömningar, eller att onödigt mycket information blir tillgänglig men det handlar ibland även om medvetna dataintrång. Risker, farhågor och oro smoln kring användningen av individers digitala vårduppgifter behöver tas på allvar.

Samtidigt finns det ett stort värde i att dokumentera uppgifter om individers vård och hälsa. Tillgång till vårddata ger stora möjligheter för vården att förbättra kunskap om behandlingar, minska lidande och ställa bättre diagnoser. Särskilt värdefullt är det för patienter med kroniska sjukdomar med många vårdbesök. Genom tillgång till vårddata ökar förutsättningarna för att patienter ges en god och säker vård och den bidrar även till att viss forskning ska kunna bedrivas. Även i utvärderingssyfte och för verksamhetsutveckling krävs det många gånger underlag baserat på individers data, liksom för att vården ska kunna administreras, tillsynas och kontrolleras. Med digital dokumentation ökar dessutom möjligheterna till delaktighet för patienter och anhöriga.

Det är ett dilemma att samtidigt som teknikutvecklingen hela tiden ökar möjligheterna för vården att skapa nytta med hjälp av informationen så medför insamlandet, hanteringen och användandet av sådan information risker och problem ur ett integritetsperspektiv.

Debatten handlar idag ofta om motsättningen mellan nyttoaspekterna med hälsodata och skyddet av den personliga integriteten. För att ta frågeställningen vidare behöver frågor rörande behovet av digitala hälsouppgifter och risker för den personliga integriteten hanteras samlat och det behöver tas fram nya system och lösningar där båda dessa aspekter beaktas. Genom ökad kunskap, ändamålsenliga tekniska lösningar samt användarvänliga och säkra system kan en säkrare och mer effektiv informationsöverföring möjliggöras samtidigt som obehörig åtkomst och spridning av uppgifter förhindras. Krav måste ställas på de lösningar som utformas och upphandlas, så att inte obetänksamma kravspecifikationer leder till onödiga integritetsrisker. Även lagstiftningen behöver snarast ses över och reformeras i riktning mot ett mer pragmatiskt förhållande till personlig data.

Gemensamt journalsystem som lämpligt planeringsverktyg

Läkarförbundet anser att det är viktigt att vi har en nationell digital infrastruktur som möjliggör att journalsystemen kommunicerar med varandra. Ett sådant gemensamt journalsystem för både regioner och kommuner säkerställer en god vård för patienten. Även om kostnaderna för IT-system är mycket stora bör denna satsning ha hög prioritet eftersom detta möjliggör effektivt informationsutbyte och en god och nära vård av patienten. En sådan satsning på

journalssystem torde vara lika viktig för kommunerna som för regionerna. Medel för att genomföra gemensamma journalssystem mellan regioner och kommuner anser vi bör finansieras av staten, helt eller delvis. Vidare är ett nationellt rikstäckande digitalt journalssystem mycket önskvärt och torde vara genomförbart om staten tar ansvar för samordningen tillsammans med SKR. Det är även viktigt att den privat drivna vården får samma tillgång till ett sådant rikstäckande journalssystem som den offentliga vården.

Utbildning och forskning

Vidareutbildning

Bristen på specialistläkare har genomsyrat svensk hälso- och sjukvård under en lång tid och bidragit till en ansträngd arbetsmiljö i såväl primärvården som akut- och slutenvården. Regionerna har misslyckats i sitt uppdrag att kompetensförsörja hälso- och sjukvården, eftersom sjukvårdshuvudmännen endast sett till sitt eget behov av specialistläkare. Svensk hälso- och sjukvård behöver därför en nationellt ansvarig aktör för kompetensförsörjningen av läkare. Sveriges läkarförbund anser att det är staten som ska ha det lagstadgade ansvaret för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Staten behöver säkerställa en dimensionering av AT- BT- och ST-tjänster som möter det framtida behovet av specialistläkare i Sverige.

Fortbildning

Läkare ska ha goda förutsättningar att ta till sig ny kunskap under hela sitt yrkesliv. För att detta ska bli verklighet behövs det ett tydligare nationellt ansvarstagande för hälso- och sjukvårdens kompetensutveckling. För att tydliggöra både arbetsgivares och arbetstagares ansvar för läkarnas fortbildning krävs en föreskrift som tydligt reglerar en systematiserad fortbildning, med en fortbildningsplan för varje läkare. En reglerad fortbildning ökar möjligheterna för en jämlik vård och hälsa då den säkerställer att alla läkare får fortbildning.

Forskning

Framgångsrik forskning kräver långsiktighet, stabil finansiering och en god återväxt av forskande läkare. Finansiering av främst yngre forskare är därför extra viktig. Att välja en forskarkarriär måste även framstå som ett attraktivt val för individen, vilket många yngre läkare inom hälso- och sjukvården idag inte anser att det är. Sjukvårdens ansvar för den kliniska forskningen behöver tydliggöras och förutsättningarna att kombinera forskning och kliniskt arbete genom hela yrkeslivet måste förbättras.

Läkarförbundet hyser därför en oro för att frågorna kring forskning och utbildning inte i tillräcklig utsträckning berörts i utredningen och riskerar att marginaliseras. Primärvården behöver i större omfattning bli en kunskapsorganisation där möjligheter till forskning och utbildning för medarbetarna är en självklarhet. En allt högre kunskapsnivå kring upptäckt, diagnosticering,

uppföljning, rehabilitering och sekundärprevention kommer vara avgörande för att i den nära framtiden så väl som på lång sikt erbjuda en god och högkvalificerad vård.

Utredaren skriver i betänkandet att forskningens roll ständigt måste beaktas i omställningen till den nära vården samt att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forskningsverksamhet utanför de traditionella forskningsmiljöerna, och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner. Trots att det är tydligt att livskraftiga och uthålliga forskningsverksamheter till stor del saknas i primärvården i dag väljer utredaren att inte lägga ytterligare förslag på området. Vi anser att detta inte är tillräckligt och att frågan måste utredas vidare. För att kunna göra en omställning till nära vård måste forskningen inom primärvården få de förutsättningar som krävs för denna förändring.

Regeringen måste således säkerställa att utrymmet för forskning för den nära vårdens medarbetare finns, och tas. Vi bedömer vidare att det krävs tydliga mål och en regelbunden uppföljning, liksom att det finns utrymme för att vidta åtgärder. Vidare behöver primärvården organiseras på så sätt att ny kunskap på ett snabbt sätt kan implementeras i vården och säkerställa patienternas tillgång till denna oavsett var i landet patienterna bor.

Tillgången till statistik för forskning, användandet av kvalitetsregister och utvecklad e-hälsa på ett sätt som inte begränsas av att hälso- och sjukvården har många olika huvudmän och aktörer är frågor som behöver förbättras parallellt för att stödja utvecklingen av den nära vården.

Synpunkter på konkreta förslag

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras

Läkarförbundet är positiva till att regionernas och kommunernas utbildningsansvar föreslås regleras i hälso- och sjukvårdslagen. Utbildningen är avgörande för den framtida kompetensförsörjningen och alla vårdgivare, oaktat om de drivs i privata eller offentlig regi, ska tilldelas ett utbildningsuppdrag.

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

Läkarförbundet tillstyrker förslaget om att det i primärvårdens grunduppdrag ska ingå att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. I och med att den nya sexåriga legitimationsgrundande läkarutbildningen sjösätts hösten 2021 kommer läkarstudenter i större utsträckning än tidigare att genomföra VFU i primärvården. Det är då viktigt att primärvården är rustad för detta och att det finns förutsättningar att bedriva en utbildning av hög kvalitet.

Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Sveriges läkarförbund vill se en utveckling av den nationella taxan syftandes till en integration av den i befintliga sjukvårdssystem. Integration är inte identiskt med en avveckling av den nationella taxan utan innebär i vårt perspektiv en utveckling av

densamma. Enligt utredningen är utgångspunkten för dem: "att det ska finnas möjlighet att verka i den offentligt finansierade vården på olika sätt och eget företagande är ett av dem." och vidare "Att avskaffa taxan utan möjlighet till anslutning någon annanstans skulle ha negativa konsekvenser för företagen". Därefter föreslår utredningen precis det för majoriteten av läkare verksamma enligt LOL.

I det avseendet divergerar vårt förslag från utredningens båda scenarier (mer om dessa nedan) som innebär att den nationella taxan avskaffas.

I de flesta av våra grannländer och även i de flesta andra länder på kontinenten är mindre privata vårdgivare en självklarhet. Det bidrar till en mångfald i hälso- och sjukvården och ger medborgarna olika möjligheter när de som patienterna ska välja vård. Det bidrar också till den livsviktiga kontinuiteten och en god tillgänglighet i primärvården och ofta även i specialistvården.

Det är viktigt att se att det är Sverige som utgör ett undantag. Vårt sjukvårdssystem domineras av ett systemtänkande där individens valmöjligheter och de små privata vårdgivarna sällan eller aldrig kommer i första rummet.

Valfrihetssystemen har varit framgångsrika i att skapa fler vårdcentraler i primärvården men de har alltmer kommit att utvecklas till ett oligopolliknande system där regionerna och större privata aktörer dominerar.

Den nationella taxan är det enda nationella system som möjliggör verksamhet för små privata drivna vårdgivare. Det är också ett nationellt system som kännetecknas av långsiktighet och förutsägbarhet och som väljs av patienterna. Vi behöver fler av dessa små privata vårdgivare – inte färre. Individperspektivet – såväl för vårdgivare som för patienter – bör genomsyra förslagen – inte systemperspektivet.

Historik

I början av 1990-talet genomfördes ett stort reformarbete inom den svenska hälso- och sjukvården. Exempelvis genomfördes en husläkarlag, vårdgarantin för angelägna operationer, Ädelreformen inklusive det kommunala betalningsansvaret för medicinskt färdigbehandlade patienter, fri etableringsrätt för privata specialister och sjukgymnaster och en psykiatrireform.

Med "Husläkarlagen" (1992/93:160) och proposition 1993/94:75 "Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m." ökade antalet praktiserande specialistläkare.

Från mitten av 1990-talet och framåt begränsade sedan olika regeringar möjligheterna för fri etablering och ersättningar enligt den nationella taxan. Det överläts till landstingen att bestämma vilka läkare och sjukgymnaster som skulle få etablera sig och få rätt till ersättning. Man försvårade helt enkelt villkoren för de privatpraktiserande läkarna. Redan då sade flera

landsting nej till nyetableringar och nej till att förlänga tidigare vårdavtal. I princip innebar det ett stopp för nya etableringar.

Samtidigt fanns hela tiden kunskapen om de privata alternativens fördelar.

Exempelvis publicerade dåvarande Landstingsförbundet en jämförelse mellan privat och offentlig vård, "Kostnadsjämförelser mellan privata och offentliga läkarmottagningar", som visade på det kostnadspressande elementet i den privata vården gentemot den offentliga.

Slutsatsen var: "... privata mottagningar kunnat utveckla arbetsformer där man effektivare tillvaratar tillgängliga resurser än man gör vid sjukhusmottagningar inom motsvarande specialiteter."

Dåvarande Delegationen för samverkan mellan offentlig och privat hälso- och sjukvård (S 1995:10) studerade och kartlade utbudet och omfattningen av den privata vården. Den visade som bedömning av antalet specialistläkare för 1997 bl a att "antalet specialistläkare skulle minska med 277 eller 14 % jämfört med hösten 1996 och att antalet specialistläkare enligt den nationella taxan vid ingången av 1997 skulle vara mindre än 1993. Hänsyn hade då inte tagits till en ytterligare minskning p g a vårdavtal som kom att träffas under sista kvartalet 1996." Utredningen visade också att antalet sjukgymnaster minskade från 1994 till 1996.

I huvudsak berodde denna minskning på dåvarande regeringens regel om att läkare måste gå i pension och sluta sin verksamhet vid 65 års ålder. Vilde de fortsätta efter 65 år måste de lyckas teckna ett avtal om detta med landstinget.

I princip innebar resten av 1990-talet och början av 2000-talet att de privata alternativen sattes i stryckklass. Landstingens makt ökade, patienternas valfrihet begränsades och de privatpraktiserande läkarnas möjligheter att bedriva egen verksamhet begränsades också kraftigt.

Att det är landstingen som skall bestämma vilka läkare och sjukgymnaster som skall få etablera sig, har dominerat den svenska vården under decennier. Det har inneburit att landstingen inte bara fått total kontroll över den privata vårdens utveckling utan även möjligheten att stegvis helt avveckla den vård som ges av privata läkare och sjukgymnaster.

Vårdvalsreformen förändrade delvis denna bild. Den möjliggjorde privata etableringar inom vårdvalen. Mellan år 2010 och 2017 ökade antalet vårdcentraler med 20%. Men trots ökad tillgänglighet har alltså endast 42% av patienterna en fast läkarkontakt och antalet allmänläkare är i stort sett oförändrat sedan omkring drygt 20 år, då det tillkom en markant uppgång till följd av Husläkarreformen.

Vårdvalssystemen har en tendens att gynna större privata vårdgivare medan de små privat drivna vårdgivarna befinner sig under press. Planerna på att avskaffa den nationella taxan förstärker den bilden. Det är nu vad som står på spel i frågan om den nationella taxans vara eller icke vara.

En utveckling av taxan

De senaste åren visar att det inom valfrihetssystem, enligt LOV och upphandlade verksamheter enligt LOU, tenderar att bli de stora aktörerna som ökar mest. De är också de som har minst svårigheter med att hantera komplicerade upphandlingar och ständigt ändrade krav i Vårdval. Företagsköp och övergång av verksamhet koncentreras till att ingå i de stora koncernerna. Här är LOL/LOF med till person knutna tillstånd en garanti mot en fortsatt utveckling mot oligopol. Samtidigt är behoven av fler läkare i primärvården och delar av den öppna specialistvården akuta. Målsättningen för hur vi utformar systemen måste vara att vi stimulerar etableringen av små privata vårdgivarenheter i syfte att få fler läkare verksamma. En utveckling av taxan ska ses i det perspektivet och efter den målsättningen.

Att den nationella taxan utgör ett parallellt system till andra system betraktar Läkarförbundet som mindre problematiskt eftersom vi har åtskilliga system som verkar parallellt i Sverige i dag, närmare 21 stycken. Det är den verklighet som såväl många patienter som icke-offentliga vårdgivare upplever.

Grunden är att dagens system ger en effektiv och av patienterna uppskattad vård med hög kvalitet och hög kontinuitet. För landstingen innebär den förutsägbara kostnader där man får mycket för pengarna. Ett nationellt system med långsiktiga spelregler och stabila ersättningsnivåer främjar den produktivitet som svensk vård är i stort behov av enligt flera rapporter från bland andra OECD och ESO.

En styrka för vårdföretagarna är att systemet har samma villkor i hela landet, att det är förutsägbart och förhandlas centralt. Att tillstånd att verka inom LOL är livslångt och knutet till person motverkar den koncentration till stora vårdbolag som vi ser är en utveckling inom vårdval.

Vården skall vara jämlik och ett ökat inslag av vård enligt LOL ger en sådan möjlighet. Utredningen "Effektiv vård" av Göran Stiernstedt gav en grund för att ökad mångfald och större andel av vård utanför sjukhuskliniker är av godo. Det blir en del av resursöverföringen från den slutna vården till den öppna.

Dessutom skulle dagens kostnader för hyrläkare drastiskt minskas om man ökade möjligheten för privat driven vård. Ett system med starka incitament till etablering av små läkarmottagningar i privat regi i glesbygd och på landsbygd bidrar till att behovet av hyrläkare minskar. Om det blir mer attraktivt att öppna egen mottagning än att arbeta som stafettläkare är det så klart av godo för alla parter. Regionerna får en stabil tillgång till vårdgivare, en vårdgivare som stannar. Därmed underlättas också regionernas planering av vården.

En annan stor fördel som den nationella taxan har är att den är styrd av patienternas valfrihet. Patienternas valfrihet som styrmekanism är en fördel som det genomgående saknas analys och resonemang om, även i föreliggande betänkande. Valfriheten som en bärande del i den enskilda människans autonomi borde vara en omistlig del av en personcentrerad vård.

Vi vet bland annat från en tidigare enmansutredning som Mona Boström gjorde för ett antal år sedan att LOL (och LOF) bidrar till god kontinuitet och närhet samt jämlik vård och tillgång till olika specialister oavsett geografisk placering. I utredningen kan man bland annat läsa att:

- Flertalet patienter som nyttjar vården är nöjda och vårdgivarna är engagerade och kompetenta.
- Valfriheten - Där valet i många fall utgörs av ett val av utövare som innehar specialistkompetens/specialinriktning utifrån det specifika behov individen uppfattar att den har.
- Snabbt omhändertagande och gott bemötande.
- Kontinuitet och trygghet med fast vårdkontakt (överbäddad vårdvalsverksamhet) särskilt uttalat för patienter med kroniska sjukdomar.

Stort plus framförs också för läkare och fysioterapeuts engagemang för den vårdsökande som stöd och lots i vården samt i frågan om annan profession måste konsulteras.

LOL utgör även en kostnads- och resurseffektiv vård med i jämförelse med beräknade kostnader för motsvarande insatser som görs i olika vårdvalskonstruktioner. Inom LOL har huvudmännen inget personalansvar och inte några kostnader för lokaler eller investeringar för bedrivande av patientsäker vård. Det åligger helt den enskilde avtalsägaren utifrån gällande lagstiftning.

Vi tror att en modernisering av nationella taxan skulle kunna utgöra en grund för fortsatt utveckling av valfrihet och mångfald av vårdgivare i privat driven öppenvård som skulle främja utveckling i svensk hälso- och sjukvård, och att lagen därför bör omfatta möjlighet även till nyetablering. Frågan om hur detta rent praktiskt ska gå till behöver ses över. Vi ser dock en behållen reformerad nationell taxa, där taken avvecklas i syfte att stimulera fler taxeläkare som en tänkbar väg framåt.

Scenario 1. Fler obligatoriska vårdval.

Svensk sjukvård har problem med fragmentisering och dålig tillgänglighet. Det är dock mycket svårt att se hur avskaffande av möjligheten för specialister i allmänmedicin att verka inom nationella taxan förbättrar detta – den småskaliga verksamhet som taxeläkarna bedriver erbjuder god tillgänglighet och möjlighet till hög kontinuitet.

Det avgränsade uppdraget, långsiktiga villkor och därmed hög egenkontroll är några av de stora fördelarna med att vara verksam inom nationella taxan. 21 procent av läkarna verksamma inom nationella taxan är specialister i allmänmedicin, vilket är en större andel än specialitetens andel i övrig vård. Vi tolkar detta som att taxan erbjuder mer attraktiva villkor och haft större framgång att attrahera specialister i allmänmedicin än vårdvalen, vilket ytterst gynnar patienterna.

Läkarförbundets uppfattning är att om vårdval ska vara ett reellt alternativ till nationella taxan förutsätter det en utveckling *där fler obligatoriska nationella vårdval öppnas och som grundar sig på principerna för den nationella taxan*, som blir reella ersättningsalternativ för den *dominerande delen* av de idag verksamma taxeläkarna. Det innebär också att flera av dessa vårdval måste vara smalare än dagens. Det är nödvändigt för att stimulera fler specialister till den öppna vården. Det skulle kunna vara en lösning som kan betraktas som en utveckling och integrering av dagens nationella taxa.

Ersätts taxan med vårdval av dagens modell uppmuntras inte fler etableringar av små privata vårdgivare i glesbygd och på landsbygd. Då förstärks utvecklingen mot ytterligare en ren oligopolmarknad.

När utredningen föreslår enbart två obligatoriska vårdval blir det uppenbart att man misslyckats i att föreslå förändringar som möjliggör småskalig vård då majoriteten av läkarverksamheten inom dagens taxa skulle omöjliggöras. Läkarförbundet avstyrker scenario ett.

Scenario 2. Ett nytt statligt reglerat system.

Läkarförbundet instämmer i utredningens bedömning att sjukvården i glesbygd behöver förstärkas och att det är motiverat med ett kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård. Vi, som utredningen, bedömer att det behövs ett system där ersättningen ska vara nationellt fastslagen och att kontraktstiderna måste vara långa. Tanken är att regioner ska kunna göra inköp av hälso- och sjukvårdstjänster enligt detta regelverk. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen tillsammans med professionen och SKR ska skapa ett nytt regelverk som ska gälla i hela landet och som regelbundet ska ses över av parterna så att man följer med i den medicinska utvecklingen. Det här påminner mycket om hur det fungerar i våra grannländer.

Men förslaget har en kraftig begränsning som gör det oanvändbart. Eftersom förslaget enbart avser etablering i glesbygd kommer det i praktiken att medföra att alla etableringar inom LOL avslutas. Den allmänna definitionen av glesbygd är på tok för avgränsande för att kunna vara seriös.

Det finns troligen inga regioner som kommer att satsa på etableringar för annat än möjligen fysioterapi i glesbefolkade områden. Om även allmänmedicin varit en del av systemet kunde det ha varit attraktivt för en del läkare och medfört fler etableringar men här sätter ju utredningens förslag stopp.

Utredningen har dock i scenario 2 pekat på några av de stora problem som finns och som kunde åtgärdas med ett statligt reglerat system för öppen specialiserad vård där regionerna fick stöd att på ett enkelt vis skapa möjligheter att få fler specialister utan att behöva skapa egna omfattande komplicerade vårdvalssystem.

Om staten fastställer villkoren och SKR och professionen kommer överens uppnås ett stabilt system som påminner om t.ex. det som finns i Danmark och som under lång tid skapat god kontinuitet och tillgänglighet till specialistvård i hela landet.

Ett annat tillkortakommande med förslaget är att det ger regionerna alldeles för stort inflytande över bedömningen av behoven av etableringarna. Låt istället patienternas behov styra etableringarna.

Det finns fördelar med att man utvecklar ett nytt system där man möjliggör för enskilda läkare att ha en etablering – men det ska då gälla i hela Sverige och omfatta en möjlighet för alla i dag verksamma läkare på taxan att gå över till det nya systemet. Regionerna kan inrätta nya etableringar där man ser behov av det. Det skulle ge möjligheter att få bättre ordning på den i dag ofta illa fungerande öppenvården i många specialiteter och minska den regionala ojämlikheten. Genom att regelverket är detsamma i hela landet minskar byråkratin. Staten kan gärna stötta fler etableringar i glesbygd, men då måste definitionen av glesbygd vidgas kraftigt.

Om de siffror på verksamma läkare som nämns i utredningen stämmer och fortfarande är aktuella vid ett avvecklande blir de omedelbara konsekvenserna:

- 475 läkare inom olika specialiteter fråntas möjligheten att fortsätta driva väl fungerande verksamheter.
- Motsvarande mängd sjukvård som bedrivits av dessa ska tas om hand i övrig befintlig vård, sannolikt mer än 1 miljon läkarbesök per år, varav uppskattningsvis 80 000 hudläkarbesök.
- Man förlorar en av patienterna mycket uppskattad vårdform, "personcentrerad", som ger:
 - o Maximal kontinuitet och fast vårdkontakt
 - o Effektiv vård med minimal administration för huvudmannen.
 - o Kostnadskontroll för huvudmannen då där finns ett absolut ersättningstak.
 - o Småskalig vård

Det som föreslås av utredningen är dock ingen framkomlig väg. Läkarförbundet avstyrker även scenario 2.

Vänliga hälsningar

Heidi Stensmyren
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Ulf Öfverberg
Utredare
Politik och profession
Ulf.ofverberg@sif.se