Region Stockholm

9

# Yttrande över slutbetänkande Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)

HSN 2019-1915

Hälso- och sjukvårdsnämnden
*Hälso- och sjukvårdsförvaltningen*
*Allmänmedicin och geriatrik*
*Caroline Tåneland*

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2019-11-29

HSN 2019-1915

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

# Yttrande över slutbetänkande Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)

## Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har begärt yttrande över slutbetänkande Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42).

## Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Slutbetänkandet ”Digifysiskt vårdval - Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)” - sammanfattning

## Ärendets beredning
Ärendet har beretts i valfrihets- och tillgänglighetsberedningen.

## Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar detta till regionstyrelsen.

## Förvaltningens motivering till förslaget

*Sammanfattning av utredningens innehåll*
Utredningens uppdrag har varit att lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen, med fokus på jämlik vård. Vidare betonas att det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Mer specifikt skulle utredningen se över lagen om valfrihetssystem (LOV) och med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning

överväga vilka styrsystem som bäst främjar måluppfyllelse, inklusive behovet av förändringar i ersättnings- och finansieringsmodeller. Utredningen föreslår bland annat nya grunder för valfrihet. Patienten väljer en utförare (husläkarmottagning) genom listning, oavsett om det är inom eller utom länet. Utredningen lyfter även att det ska vara tydligare krav på utförare och styrning av etablering genom ökade krav på kontinuitet och tillgänglighet. Vårdgarantin ska enligt förslaget gälla på listad mottagning. Utredningen föreslår möjlighet till listningsbegränsningar hos vårdgivare samt begränsa möjligheten till omlistning för patienter fler än två gånger per år. Primärvården ska bli en del av ett mer nationellt system med möjlighet till lokal anpassning. Som led i detta föreslås en enhetlig nationell patientavgift om 100 kronor på listad mottagning.

Utredningen föreslår att samtliga föreslagna författningsförändringar sker den 1 juni 2021.

*Överväganden*
I detta yttrande kommenteras i första hand förslag där hälso- och sjukvårdsförvaltningen har en avvikande uppfattning än utredningen, eller sådant som hälso- och sjukvårdsförvaltningen önskar ska beaktas särskilt i den fortsatta beredningen av slutbetänkandets förslag.

*Hälso- och sjukvårdsförvaltningens övergripande bedömning*
Slutbetänkandet grundar sig i ett gediget material och generellt sett håller hälso- och sjukvårdsförvaltningen med i slutsatserna utredningen lämnar. Det är välkommet att utredningen pekar på behovet av att all sjukvård behöver bli digifysik och att de digitala vårdtjänsterna framöver ska ses som givna i sjukvårdssystemet. Detta ligger i linje med Region Stockholms beslut om att integrera den digitala vården fullt ut i vårdutbudet och införandet av digital vårdgaranti.

Vi uppfattar dock att utredningens utifrån sina förslag ser otrohetsbesök och omlistningar som en avgörande orsak till kontinuitetsproblem. Att det är patientens agerande som är en del av problemet. Detta ska enligt utredningen stävjas med listningskrav, trohetsincitament och begränsad möjlighet till omlistning. Vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet. För många patienter är behovet av kontinuitet stort, för andra patientgrupper är behovet av kontinuitet mindre, men flexibilitet, tillgänglighet och servicenivå viktigare. Behoven kan också variera över tid och i olika situationer.

Utredningen pekar på vikten av ett mer personcentrerat och individfokuserat perspektiv, ändå uppfattar förvaltningen att förslag utgår mer från vårdgivarens önskemål snarare än patientens i denna fråga. Krav på kontinuitet behöver i större utsträckning ställas på vårdorganisationen, vårdgivaren och dennes arbetssätt, där bland annat teamarbete i mångprofessionella team är en viktig del i en sammanhållen vård för patienten.

Även om statens ambition att förbättra välfärden är lovvärd riskerar många samtidiga statliga initiativ att öka mängden styrsignaler, vilket går tvärs emot tillitsdelegationens slutsatser om att förenkla och basera styrningen mer på en övergripande tillit och dialog. Följaktligen anser förvaltningen att det är angeläget att alla nationella utredningars förslag samordnas, deras konsekvenser bedöms och sjukvårdshuvudmännen erbjuds en samlad dialog kring styrningen och ges förutsättningar som krävs för att säkerställa att vi har en kunskapsbaserad, säker, individanpassad, tillgänglig, effektiv och jämlik hälso- och sjukvård.

Vårdval i primärvården

7.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal
En stor del av förslag och rekommendationer som läggs i utredningen är kopplade till listning, och bygger på att det finns en nationell listningstjänst. Innan denna är på plats ser förvaltningen det som omöjligt att införa flera av förslagen, bland annat rekommendation 17.1.8 Patienter som inte gör ett aktivt val tilldelas en utförare nära bostaden. Invånare kan välja att lista sig i andra regioner, och finns det inte möjlighet att följa upp detta kan de bli listade på två mottagningar. Idag är det cirka 21 000 personer från annat län som valt att lista sig i Region Stockholm. Utredningen bedömer att det är önskvärt att den nationella tjänsten ska tillhandahålla vissa kvalitetsdata som underlag för patients val. Förvaltningen menar att det måste ställas krav på detta för att ge patienterna förutsättningar att göra ett informerat och kvalitativt val.

17.1.5 Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år
Förvaltningen ser positivt på att föra in listningsbegreppet i lagen och förtydliga fördelarna detta kan innebära både för invånare och utförare. Förvaltningen avstyrker däremot förslaget om en inskränkning i patienternas fria möjlighet till listning. I Region Stockholm är det idag cirka 0,07 procent, eller 1 600 personer av de listade som gjort omlistningar tre gånger eller fler de senaste tolv månaderna.

Förvaltningen ser stora risker för en ökad administration och onödig byråkrati om förslaget genomförs. Det är mycket märkligt att straffa patienter som är missnöjda med sin vårdgivare, speciellt med tanke på vikten utredningen lägger på ett mer personcentrerat och individfokuserat perspektiv.

17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna
Att begränsa antalet patienter ser förvaltningen positivt på, och det är något som redan görs i Region Stockholm. Att begränsa listan bör dock vårdgivaren besluta om, och behöver inte föregås av samråd, i andan av tillitsstyrning, utan det bör istället vara informationsplikt från vårdgivare till region.

17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad
Förvaltningen ser det som problematiskt att patienter som listar sig utomläns överhuvudtaget inte omfattas av vårdgarantin, varken inom eller utom länet. Förvaltningens bedömning är att vårdgarantin ska gälla i den region som patienten valt att lista sig i.

17.1.8 Patienter som inte gör ett aktivt val tilldelas en utförare nära bostaden
Förvaltningen avstyrker förslaget då vi ser en ökad risk för administration för både vårdgivare och huvudmän om förslaget genomförs, se även punkt 17.1.5 *Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år*. Vidare menar förvaltningen att det måste vara möjligt att välja att inte vara listad, ”tvångslistning” är etiskt tveksamt.

17.1.9 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård
Förvaltningen gör samma bedömning som utredningen, det krävs ekonomiskt tillskott för att möjliggöra de förändringar som krävs i omställning till Nära vård.

17.2.1 Val i primärvården ska ske genom listning oavsett var patient och utförare befinner sig
Förslaget innebär en väsentlig förändring mot dagens regler. Enligt förvaltningens bedömning skulle den föreslagna lagregleringen innebära en slags ”basnivå” av reglering. Utöver denna statliga reglering behöver varje region i sina respektive förfrågningsunderlag för primärvården addera vilka villkor som ska gälla i den egna regionen.

Det gäller exempelvis hur ska patienter som bor i andra regioner och behöver primärvård som inte är akut (exempelvis kroniska sjukdomar) under exempelvis sommaren hanteras? Behöver de lista om sig? Förvaltningen ser behov av att det i det fortsatta lagstiftningsarbetet förtydligas vad undantaget för omedelbar hälso- och sjukvård i en annan region innebär.

17.2.2 Ingen geografisk avgränsning vid val av utförare i primärvården
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gör samma bedömning som utredningen. Dock lyfts problematiken kring patienters resa till vården, och inte vårdgivarens besök till patienter. Patienten behöver även informeras om de eventuella inskränkningarna som kan ske exempelvis i form av hembesök.

17.3.1 Tydligare reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig
Förvaltningen ställer sig bakom förslaget och ser att det kan finnas praktiska skäl till att vårdgivare behöver använda underleverantörer för att bedriva delar av uppdraget. Förvaltningen ser dock att det finns risker med att delar av vårduppdraget genomförs av underleverantörer. Det kan försvåra kontinuitet då det innebär stora utmaningar att bedriva ett fungerande teamarbete med kompetenser som finns hos olika vårdgivare/underleverantörer. Används underleverantörer på ett korrekt och bra sätt kan dessa risker såklart minskas eller helt försvinna.

17.3.4 Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem
Region Stockholm utnyttjar redan idag möjligheten att dela upp länet i geografiska kluster, och menar att det är bra att förtydliga möjligheten till detta i enlighet med utredningens förslag.

17.3.5 Den framtida funktionen för 1177
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen instämmer i utredningens rekommendation. Komplexiteten i att utveckla nationella tjänster som ska bidra till utökad integration med hälso- och sjukvårdssystemen i 21 regioner bör särskilt beaktas i den utredning om 1177:s roll och funktion som utredningen föreslår. Frågeställningen om 1177:s roll bör också beakta behovet av en, i förhållande till övrigt vårdutbud, utomstående tjänst för rådgivning och hänvisning.

17.4.2 En nationellt reglerad patientavgift i primärvården
Förvaltningen avstyrker förslaget gällande en nationell reglerad patientavgift. Förvaltningen ser ingen anledning till att patientavgiften behöver vara samma över riket. Det är och bör vara regionernas ansvar att se över vilka patientavgifter som ska gälla inom den egna regionen.

17.4.3 Nationella ersättningsprinciper för primärvården
Utredningen rekommenderar landstingen att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Utredningen rekommenderar regionerna att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för primärvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är positiva till att påbörja en mer likriktad riktning, men dock med hänsyn till att regionerna har olika förutsättningar för att skapa likartade system. Därför behöver regionerna även fortsättningsvis ha olika ersättningsmodeller som passar bäst utifrån regionala behov och förutsättningar.

Förvaltningen bedömer heller inte att så kallad fri nyttighet för medicinsk service och läkemedel är en framkomlig väg. Vi ser det som rimligt med någon form av kostnadsansvarsfördelning även framöver, på samma sätt som Region Stockholm har idag. Nivåerna för fördelningen bör regionerna själva sätta, då ersättningsmodeller och vårdsystemen ser olika ut i landet.

17.4.4 Behov av översyn av riksavtalet och ersättningsnivåer i vissa fall.
Förvaltningen instämmer helt i utredningens rekommendation.

17.5.1 Nationell tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården bör inte införas
Sammanfattningsvis bedömer utredningen att nuvarande prövning, kontroll, uppföljning och tillsyn inom hälso- och sjukvården är tillräcklig och att införande av ny tillståndsprövning i dagsläget inte är behövligt. Förvaltningen instämmer till fullo i denna slutsats inte minst på grund av den egna erfarenheten av ett flerårigt upphandlings-, uppföljnings- och avtalsarbete med ett stort antal vårdgivare och utförare.

Inhyrd personal
Förvaltningen instämmer i utredningens förslag att mellan regioner/landsting samordnad och vägledd upphandling är bästa sätt att skapa en sund struktur inom uthyrningssektorn. Statlig reglering skulle i nuvarande skede kunna ge negativa effekter. Ett visst mått av inhyrning kommer behövas framgent, inte minst temporärt i flera delar av riket. Sammanfattningsvis instämmer förvaltningen i princip i alla delar av utredningens analyser och förslag på åtgärder att minska beroendet av inhyrning.

19.3.6 Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården
Förvaltningen instämmer i förslaget att tillsätta en ny prioriteringsutredning samt tillsätta en utredning rörande informationshantering.

*Ekonomiska konsekvenser*
En viktig förutsättning för genomförande av Digifysiskt vårdval enligt slutbetänkandet är att en det behöver ske en resursomfördelning till primärvården. Primärvårdens resurser måste öka och detta kan ske genom exempelvis riktade satsningar. Utredningens rekommendation är att både staten och regionerna finansierar och satsar på primärvården tillsammans. Det skulle för regionen innebära ett tillskott av statliga medel, som samtidigt villkoras med att regionen gör en budgetförstärkning med lika mycket.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*
Utredningen lyfter fram vikten av en personcentrad och individfokuserad vård som ämnar öka möjligheterna för en patientsäker vård. Förstärkning av primärvården i sig skulle ge möjlighet att öka patientsäkerheten med en god tillgänglighet och en god kontinuitet i och till första linjens hälso- och sjukvård.

*Konsekvenser för jämlik och jämställd vård*
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan inte se några uppenbara risker för negativa konsekvenser för jämlik och jämställd vård.

*Miljökonsekvenser*
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kan inte se några uppenbara risker för negativa konsekvenser för miljön.

*Administrativa konsekvenser*
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ser risker för ökad administration hos både vårdgivare och huvudmän om införande av passiv listning genomförs. Detta gäller även för förslaget om att begränsa antalet omlistningar till två gånger per år. Särskild prövning ska ske om patienter vill lista sig fler gånger, vilket kommer kräva administrativa resurser hos huvudman.

Björn Eriksson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Anna Ingmanson
Avdelningschef

**Beslutet ska skickas till**
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Godkänd av Björn Eriksson, 2019-11-29

RS 2019-1003

# Digifysiskt vårdval

## Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet

*Slutbetänkande av utredningen*
*Styrning för en mer jämlik vård*

*Stockholm 2019*

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

**SOU 2019:42**

# Sammanfattning

## Uppdraget

Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Vidare betonas att det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Mer specifikt ska utredningen se över lagen om valfrihetssystem (LOV) och med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning överväga vilka styrsystem som bäst främjar måluppfyllelse, inklusive behovet av förändringar i ersättnings- och finansieringsmodeller. I ett tilläggsdirektiv fick utredningen i uppgift att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för s.k. nätläkare kan skapas.

Utredningen ska också kartlägga användandet av inhyrd personal i vården och lämna förslag på hur en mer kontinuitetsbaserad vård kan främjas genom att användandet av inhyrd personal minskas, samt överväga för- och nackdelar med att införa tillståndsprövning för att bedriva hälso- och sjukvård.

I ett delbetänkande har utredningen redovisat skillnader i vårdutnyttjande mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar samt utgångspunkter för bättre styrning (SOU 2018:55).

Utredningens arbete har bedrivits med stor öppenhet där mycket tid har lagts på att lyssna in olika intressenters tankar och idéer vid möten och hearingar.

## Vårdvalet behöver reformeras mot ett digifysiskt vårdval

Centralt i utredningens uppdrag är frågor om måluppfyllelse enligt hälso- och sjukvårdslagen och särskilt målen om en vård på lika villkor för befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Att stärka förutsättningarna

för måluppfyllelse har genomsyrat utredningens arbete. Översynen av vårdvalet och analysen av de s.k. nätläkarna har gjort att utredningens arbete främst har rört sig inom landstingens ansvarsområde avseende primärvården.

Vi ställer oss bakom bedömningen från flera andra utredningar att det behövs en omställning av hälso- och sjukvårdssystemet mot en mer resursstark nära vård. Som utgångspunkt för utredningens analys ser vi att ett antal komponenter är särskilt viktiga i denna omställning:

- *Patient- och invånarperspektivet* behöver stärkas, med en mer personcentrerad vård som i ökad utsträckning utgår från individers olika behov.
- *Kontinuitet* behöver genomsyra styrning och organisering av vården, vilket bl.a. ökar patientsäkerhet och effektivitet. Kontinuitet ökar dessutom invånarnas förtroende för vården.
- *Transparensen och långsiktigheten* i systemet behöver öka, med ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig av vården och vad utförarens åtagande är.
- *Den digitala revolutionen* behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård.
- *Ett mer nationellt system* behövs, med minskade skillnader i landstingens styrning.
- *Systemeffektiviteten* för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka. En central del i detta är en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård.

*Utredningens analys visar på brister i vårdvalssystemen*

Den s.k. vårdvalsreformen i primärvården genomfördes 2010. Kärnan i reformen var en ny reglering av s.k. vårdvalssystem, vilket innebär att landstingen ska organisera primärvården så att patienten har valfrihet mellan alla utförare i primärvården, samt att privata utförare som möter de av landstinget uppställda kraven har etableringsfrihet. Utredningen har i enlighet med uppdraget gjort en översyn av vårdvalssystemen i primärvården, utomlänsvården i primärvården och framväxten av digitalt profilerade vårdgivare framför allt inom utomlänsvården. Alla tre

delarna hänger tätt samman och utredningens arbete har hanterat delarna integrerat.

I utredningens analys har bl.a. framkommit att ett grundläggande problem är primärvårdens underkapacitet, vilken försvårar ett fungerande vårdval. Vårdvalsreformen har i låg grad bidragit till en mer jämlik och behovsbaserad vård. Den nuvarande regleringen och tillämpningen i vissa delar innebär svårigheter att stärka måluppfyllelsen.

Valets utformning skiljer sig i Sverige jämfört med andra länder genom att valet enligt lag görs genom kontakt eller besök (konsumtion av vård) och inte på förhand (exempelvis genom listning). Lagens utformning och landstingens styrning drar åt olika håll och skapar en spänning mellan en efterfrågestyrd och en behovsstyrd vård. Det ger bl.a. sämre förutsättningar för kontinuitet, effektivitet och god arbetsmiljö. Informationen till invånarna är bristfällig när det gäller t.ex. tillgänglighet och kontinuitet.

Det finns ett behov av ökad styrning av vårdgivare inom vårdvalet, samt ökad styrning av etablering inom primärvården. I tillämpningen ges ofta ingen möjlighet för utförare att begränsa antalet patienter per utförare eller per profession. Det finns inte heller någon reglering av antalet omlistningar. I kombination med primärvårdens resursbrist och andra inslag i styrningen blir effekten att utförarna har svårt att planera verksamheten, vilket i sin tur kan medföra risker för patientsäkerheten, dålig tillgänglighet och en ohållbar arbetsmiljö för professionerna.

Genom tillkomsten av patientlagen 2015 utvidgades patienternas valfrihet för öppen vård till att omfatta samtliga landsting (s.k. utomlänsvård). Detta minskade ytterligare förutsättningarna för utförare att planera verksamheten.

Dagens styrning, bl.a. i form av ersättningssystemen, har ett flertal brister. Det gäller bl.a. den svaga samordningen, de frekventa ändringarna av utförarnas uppdrag och ersättningar och en alltför hög detaljeringsgrad, vilket inte signalerar tillit. Detta försvårar för utförare att planera långsiktigt. Mångfalden av snedvridande incitament i styrningen skapar risker för att vården inte ges efter behov, inte minst när det gäller utomlänsvården.

Styrningen skiljer sig mellan huvudmännen, samtidigt som delar av systemet blir mer nationellt. Utredningen bedömer att fler delar behöver bli mer nationellt likriktade, men med möjlighet till lokal anpassning.

*Särskilt om så kallade nätläkare*

De s.k. nätläkarnas utveckling av digitala verktyg och arbetssätt har medfört en innovation med potential att bli en stor tillgång för patienter, professioner och för systemets effektivitet. Digitaliseringen skapar möjlighet att åtgärda ett av primärvårdens huvudproblem – tillgängligheten – t.ex. genom att vara oberoende av geografi samt möjliggörandet av asynkrona kontakter. Digitala arbetssätt skapar bättre förutsättningar för att ge vårdens professioner ökad flexibilitet i arbetet, vilket är av stort värde för attraktiviteten i vårdyrkena.

De s.k. nätläkarna är en del av den offentligt finansierade vården genom tillämpningen av vårdvalssystemen i primärvården och utomlänsvården. Detta har inneburit en krock mellan ett decentraliserat vårdvalssystem och ett nationellt system för digital vård. Landstingens särskilda ersättningssystem för digital utomlänsvård ges inte på lika villkor för utförare med avtal och underleverantörer. Detta är av många olika skäl i längden ohållbart.

Utredningen bedömer att det inte bör skapas ett särskilt nationellt system eller en egen vårdnivå för de s.k. nätläkartjänsterna. Hälso- och sjukvårdens stora utmaning för att uppnå effektivitet och patientcentrering är fungerande samverkan och koordinering. Att i detta läge splittra primärvårdens uppdrag på ett separat digitalt system (inkl. s.k. nätläkare) som hanteras av vissa utförare och annan vård som hanteras av andra utförare ter sig kontraproduktivt. Skärningen bör inte gå vid val av teknik eller arbetssätt. Den typ av enkla behov som nätläkarbesöken hittills ofta handlat om löses inte heller alltid digitalt – primärvården behöver därför förbättra sin tillgänglighet även för enkla behov som kräver fysisk vård.

*Förutsättningarna för att bedriva vård är sämre i glesbygd*

Förutsättningarna för att bedriva vård i glesbebyggda områden är ofta särskilt svåra. Möjligheterna att rekrytera personal är ofta sämre, vilket resulterar i större beroende av inhyrd personal. Samtidigt bidrar vissa landsting med omfattande glesbygd stort till utbildning av personal eftersom de vet att många sedan flyttar därifrån. Förutsättningarna för utförare inom vårdvalssystemen är ofta också sämre, bl.a. eftersom där finns ett mindre potentiellt patientunderlag, samtidigt

som uppdraget kan vara mer krävande. Vårdcentraler i glesbygd går också ofta med underskott.

Vid vårdvalsreformens införande gjordes ingen analys om vården i glesbygd, trots att glesbygd är ojämlikt fördelat mellan landsting, och trots att det borde vara en uppenbar slutsats att det är svårare att hitta ”affärsmässiga” förutsättningar att bedriva vård på orter där det inte bor mycket folk.

Det bereds förslag om kommunal utjämning där glesbygd spelar roll, men eftersom hela primärvården är underfinansierad är det tveksamt att det är en tillräcklig åtgärd. Utredningen lägger några förslag inom detta område, men ser framför allt att frågan måste hanteras inom ramen för ett bredare fokus där statens roll och ansvar är tydligt och där ställningstagande till hela välfärden och dess långsiktiga finansiering och närvaro i glesbygd behandlas.

## Förslag för en integrerad digifysisk vårdvalsreform

Utredningen lägger en rad förslag till regeringen samt riktar rekommendationer till landstingen. Sammantaget benämns detta reformpaket en integrerad digifysisk vårdvalsreform. Med dessa förslag tar vi också efter hur styrningen ser ut i andra länder med valfrihet, såsom Norge och Danmark, samtidigt som vi månar om det som idag är unikt och välfungerande i det svenska systemet. Att kontinuitet blir utgångspunkt för valfrihet och organisering av primärvården, kommer vara en viktig del i omställningen till en mer nära vård.

### *Nya grunder för valfriheten i primärvårdens vårdvalssystem*

Utredningen lägger att antal förslag för att göra vårdvalssystemet mer i linje med övriga valfrihetssystem och vårdval i andra länder. Med detta ökar förutsättningarna för att fylla vårdvalet med ett värde för patienten.

- Begreppet listning används genomgående av landstingen men existerar inte som begrepp i dagens lagstiftning. Utredningen föreslår att *begreppet listning införs i lagstiftningen och utgör grunden för patientens valfrihet av utförare.* Listning syftar till att invånare och patienter på förhand ska välja utförare. Förslaget innebär en kodi-

fiering av det sätt som landstingen redan arbetar med att administrera valfrihetssystemen och kan även jämföras med andra valfrihetssystem, samt patientval i andra länder.

- Även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) föreslås ske genom listning. Den nuvarande möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad bedöms begränsas genom förslaget.
- Utredningen föreslår att listningen ska ske på utförarnivå, dvs. vårdcentral eller motsvarande. Utredningen bedömer att detta ger tillräcklig flexibilitet för en diversifierad vård och är den lösning som bäst tar vara på styrkorna i dagens svenska primärvård – multiprofessionaliteten och teamarbetet. Utförarnivån är också den juridiska avtalsparten, vilket skiljer Sverige från många länder som har listning på läkare och där läkaren är avtalspart.
- Nuvarande reglering i LOV om att landsting skall tillhandahålla ett ickevalsalternativ för den som inte vill eller kan välja bibehålls. Grunden för ickevalsalternativ bör vara närhetsprincipen.

*Tydligare krav på utförare*

Utredningen anser att det krävs förändringar i de krav som ställs på utförare, i syfte att göra vården mer tillgänglig och integrerad.

- Utredningen bedömer att det viktigt att skapa personlig kontinuitet genom att patienten knyts till en namngiven läkare och gärna ett namngivet vårdteam. Landstingen rekommenderas att ställa krav på och stimulera kontinuitet och att patienten ges möjlighet välja.
- Utredningen föreslår att val genom listning endast kan ske hos den utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som är godkänd och har ett kontrakt enligt lagen om valfrihetssystem eller har motsvarande kontrakt enligt lagen om offentlig upphandling.
- Primärvård som erbjuds av underleverantör till en utförare ska fortsatt kunna erbjudas patienter *inom ramen* för utförarens uppdrag.

- Landstingen rekommenderas att ställa krav på samtliga utförare att tillhandahålla såväl digital som fysisk tillgänglighet, så kallat digifysisk vård. Landstingen behöver tydligt ange i förfrågningsunderlaget för vårdvalssystemet vilka mer specifika krav som ställs på utförare avseende såväl digital som fysisk tillgänglighet.

*Vårdens åtagande ska bli tydligare för patienten*

Flera av utredningens förslag och rekommendationer syftar till att tydliggöra fördelarna för patienten med att vända sig till samma utförare.

- Informationen till patienter föreslås stärkas avseende vad patienten kan välja mellan, tillgängligheten, hur valet går till samt i övrigt vad patienten kan förvänta sig av vården, t.ex. när det gäller möjligheten att välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad.
- Utredningen rekommenderar att landstingen stärker informationen till de patienter som inte gör ett aktivt val och därmed listas passivt på ett ickevalsalternativ.
- Utredningen rekommenderar landstingen att tillämpa olika avgifter för patienter som besöker sin valda utförare, respektive en annan utförare. Patientavgiften bör vara lägre där patienten är listad.
- Utredningen föreslår att vårdgarantin i primärvården ska gälla hos patientens valda utförare i primärvården. Vårdgarantin för listade patienter bör på sikt skärpas ytterligare.

*Planeringsbar verksamhet för utförare*

Utredningen anser att vissa förändringar i vårdvalet är nödvändiga för att skapa bättre förutsättningar för patientsäkerhet, planeringsbarhet och god arbetsmiljö.

- Utredningen föreslår att landstinget ska få besluta om att begränsa det antal patienter som får lista sig hos en utförare, efter samråd mellan landstinget och utföraren. En utförare ska ha rimliga planeringsförutsättningar för att bedriva en verksamhet med god kvalitet och patientsäkerhet och som ett led i detta kan listans storlek behöva begränsas.
- Utredningen bedömer att landstinget utifrån sitt övergripande planeringsansvar, har skyldighet att se till att primärvården är tillräckligt dimensionerad för att kunna erbjuda plats på utförares lista åt befolkningen.
- Utredningen föreslår att patienter ska kunna välja att lista om sig två gånger per år, om det inte finns skäl för annat. Förslaget ger ökad patientsäkerhet och effektivitet.

*Ett mer nationellt system med möjlighet till lokal anpassning*

Utredningen bedömer att det behövs flera åtgärder för att uppnå mer nationell jämlikhet samt öka transparensen i vårdvalssystemen.

- Utredningen föreslår en nationellt reglerad patientavgift i vårdvalssystemen i primärvården med samma besöksavgift i samtliga landsting. Avgiften ska uppgå till 100 kronor.
- Utredningen föreslår att landstingen ska tillhandahålla en listningstjänst. Genom tjänsten ska patienter göra sitt val av utförare och få information om samtliga listningsbara utförare samt om deras tillgänglighet för listning. Landstingen rekommenderas att gemensamt ta ansvar för att listningstjänsten blir en del av en nationell portal som innehåller mer vårdvalsinformation riktad till patienten. Landstingen bör gemensamt arbeta vidare med denna fråga.
- Utredningen rekommenderar landstingen att enas om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel för att utföra vård.
- Utredningen bedömer att konkurrensneutraliteten påverkas positivt av ett mer nationellt system. Flera frågor behöver dock utredas vidare.

- Utredningen rekommenderar landstingen att fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare.
- Utredningen rekommenderar landstingen att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bör gälla: långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande, årlig uppräkning av ersättningen, fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning, riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov, minskad detaljstyrning, kontinuitet och tillgänglighet prioriteras och belönas, i ökad utsträckning göra medicinsk service och läkemedel till en s.k. fri nyttighet för utförare inom primärvården. Landstingen bör undvika olika behandling av utförare, snedvridande incitament och särbehandling av kontaktform, som t.ex. besök hos annan vårdgivare än där man är listad eller utomlänsbesök.
- Regeringen bör följa utvecklingen på området. Om principerna inte tillämpas efter två år bör ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.
- Utredningen rekommenderar landstingen att ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet. Denna översyn bör inkludera en bedömning av särskilda insatser för orter med periodvis mycket stor andel utomlänspatienter, t.ex. Åre och Visby.
- Utredningen rekommenderar landstingen att gemensamt och tillsammans med staten utreda den framtida utformningen och funktionen för 1177.

*Tydligare styrning av etableringar*

Genom ökad styrning kan landstingen säkra en mer behovsbaserad och jämlik etablering av utförare.

- Utredningen föreslår ett förtydligande i lagstiftningen av möjligheten att dela in vårdvalssystemet i ett landsting i olika geografiska områden. Detta bör användas för att tydligt och transparent på förhand skapa möjligheter till andra uppdrag i glesbygd eller andra områden. Förslaget påverkar inte patientens valfrihet.

- Utredningen rekommenderar landstingen att i ökad utsträckning styra genom ersättningssystemet för att göra det mer attraktivt att etablera sig på vissa orter. Landstingen bör även enas om principer för denna styrning för att skapa ökad enhetlighet och transparens i styrningen.
- Landstingen rekommenderas att använda sig av möjligheten att komplettera vårdvalsupphandlingar (LOV) med upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), och därvid erbjuda mer förmånliga villkor, för platser där det saknas ett utbud.

*Vad innebär förslaget för dagens så kallade nätläkare?*

Utredningens förslag syftar till att skapa ett integrerat digifysiskt vårdval i primärvården, där patienten vänder sig till samma aktör oavsett om det görs via digital väg eller via besök. Detta kommer att få konsekvenser för aktörer som i dag verkar inom framförallt utomlänsvården och enbart främst erbjuder vård i digitala former.

- Dagens s.k. nätläkarbolag kan med utredningens förslag behöva ansöka om etablering i samtliga landsting. Företagen behöver kunna tillhandahålla möjlighet till fysisk vård antingen genom egen försorg eller genom avtal med underleverantör. Efter etablering kan patienterna lista sig hos utföraren, som på så sätt får tillgång till den kapitering som följer med listningen. Kapiteringen ska i så fall också bidra till patientens fysiska vård.
- Företagen kan också ansluta sig som underleverantör av digital vård till utförare som i dag huvudsakligen levererar traditionell vård med fysiska besök men behöver då medverka till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag för att fortsatt ersättas med offentliga medel. I dessa fall får företaget i fråga sluta avtal med huvudleverantören – ett avtal som bl.a. ska reglera den ekonomiska ersättningen.
- Dagens möjlighet att som underleverantör till en vårdcentral i ett landsting erbjuda besök nationellt begränsas.

## Utredningen föreslår ingen nationell tillståndsprövning

Utredningen har övervägt för- och nackdelar med en nationell tillståndsprövning samt analyserat inom vilka områden en sådan prövning kan vara lämplig. Utredningens slutsats är att det för närvarande inte finns skäl att införa någon form av tillståndsprövning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade.

- Utredningen föreslår att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för prövning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering. Vägledningen riktar sig till huvudmän för hälso- och sjukvård.
- Utredningen rekommenderar att förutsättningarna för ett nationellt register över utförare som har deltagit i någon process för prövning inom hälso- och sjukvård utreds.

## Åtgärder för att minska beroendet av inhyrd personal

Utredningen har i enlighet med uppdraget kartlagt användningen av inhyrd personal. Kostnaden för inhyrd personal i förhållande till egen personal ligger i dag på cirka 4 procent (SKL 2018) med en variation mellan landsting på 2–14 procent. Landsting med omfattande glesbygd ligger genomgående högre. Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor ökar i dag i mycket snabbare takt än den för läkare. I den statistik som redovisas anges dock inte den beräknade *merkostnaden* för inhyrd personal utan den faktiska kostnaden. Personal har självklart en kostnad oavsett om den är inhyrd eller anställd. Utifrån beräkningar gjorda i region Örebro kan man uppskatta att merkostnaden för att ha inhyrd personal är cirka 40 procent av den faktiska kostnaden.

Hög personalomsättning är en välkänd faktor som ofta bidrar till minskad effektivitet, och i många fall en sämre upplevelse för patienten. Hälso- och sjukvården är beroende av att attrahera och behålla personal för att en god vård ska kunna utföras. Liksom de flesta andra organisationer strävar man efter en rimlig omsättning på personal, bl.a. eftersom hög personalomsättning är förenat med kostnader för introduktion och administration. Personal som är långsiktigt närvarande på

en vårdcentral eller en klinik bidrar också till bättre förutsättningar för att uppnå bättre kontinuitet i vården.

*Utredningens analys visar på brister i kompetensförsörjningen, arbetsmiljön, patientsäkerheten och samordningen av upphandlingar*

Som redan påpekats av flera andra utredningar är det uppenbart att dagens decentraliserade modell för utbildningsdimensionering inte håller måttet. Resultatet är bl.a. en uttalad brist på allmänläkare och sjuksköterskor, inte minst specialistsjuksköterskor, vilket är en av orsakerna till det ökade behovet av inhyrning. Kompetensförsörjningen behöver hållas ihop på nationell nivå och staten behöver ta ett tydligare grepp kring både kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården. Det är en förutsättning för att landsting och andra utförare inom vården ska lyckas med kompetensförsörjningen.

En god arbetsmiljö är viktig både för att långsiktigt attrahera människor till sektorn och behålla de som redan sökt sig dit. Det är också viktigt för patientsäkerheten. Att utveckla en god arbetsmiljö ligger alltså i såväl huvudmannens, som vårdgivarens, arbetstagarnas, och patienternas intresse. Landstingen har inom ramen för SKL:s projekt *Oberoende av inhyrd personal* bedrivit ett gemensamt arbete som bl.a. haft förbättrad arbetsmiljö som inriktning. Det är ett arbete som behöver fortgå. Det är angeläget att landstingen även fortsättningsvis har denna möjlighet till erfarenhetsutbyte och lärande.

Risken för minskad patientsäkerhet är högre vid arbetsplatser där personalomsättningen är hög. Dessutom blir ansvarsförhållandena lätt oklara när det inte finns ett tydligt traditionellt anställningsförhållande mellan två parter. I samband med inhyrning av personal kan så många som fyra parter vara inblandade. Förutom vårdgivaren och arbetstagaren kan bemanningsbolaget och arbetstagarens egna bolag vara involverade.

Marknaden är i dag inte välfungerande. Landstingen ter sig vid en samlad bedömning som relativt svaga i genomförandet av upphandlingar och använder sig inte av hela det handlingsutrymme som potentiellt finns att tillgå. Genom bristande samarbete ges möjlighet för bemanningsbolagen att spela ut landstingen mot varandra. Utredningen bedömer att det finns en stor förbättringspotential i upphandlingsarbetet.

Regeringen bör fortsatt bevaka området och om de förslag som utredningen lägger inte har avsedd effekt bör regeringen överväga andra åtgärder.

## Förslag som rör inhyrd personal

*Patientsäkerheten behöver säkras*

Det finns behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden vid hög personalomsättning och skapa bättre förutsättningar för patientsäkerhet.

- Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram checklista och riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom vården och omsorgen. Utredningen föreslår dessutom att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållanden vid upphandling av personal och vid olika anställningsförhållanden.

*Kvaliteten i upphandlingarna måste förbättras*

Landstingen behöver bli bättre på att ta kontroll över marknaden genom hur de efterfrågar bemanningstjänster.

- Landstingen rekommenderas att samverka bättre vad gäller frågor kring bemanning. Bland annat bör de gå samman, nationellt alternativt sjukvårdsregionsvis, för att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster.
- SKL rekommenderas att kartlägga landstingens modeller för upphandlingar för att möjliggöra lärande.
- Utredningen föreslår att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att ta fram specifik vägledning för bättre upphandling av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Upphandlingsmyndigheten ska också ta fram en vägledning för samordnade eller gemensamma upphandlingar inom området.

*Beroende av inhyrd personal är större i glesbygdslandsting*

Frågor om närvaro av sjukvård i glesbygd behöver hanteras med ett bredare grepp där hela välfärden behandlas, dessutom behöver kunskapen på området öka.

- Utredningen föreslår att den aviserade Välfärdskommissionen får i uppdrag att särskilt se över kompetensförsörjning, finansiering och närvaro av välfärd i glesbygd.
- Utredningen föreslår att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att undersöka dels vilken typ av närvaro av hälso- och sjukvård som patienter och medborgare bosatta i glesbebyggda områden förväntar sig och värdesätter, dels vad som krävs för att vårdpersonal ska vilja långsiktigt arbeta i glesbygd. Vårdanalys ska också kartlägga hur andra länder styr, ersätter och i övrigt stimulerar närvaro av särskilt primärvård i glesbygd.

## Statens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

Statens styrning inom hälso- och sjukvården behöver bli mer långsiktig och strategisk. Utredningen har identifierat två områden som behöver ges särskild prioritet.

- En utredning föreslås genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar i konsumtion av vård, bl.a. med hänsyn till balansen mellan efterfrågan och behov.
- En utredning föreslås utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras samt om det är ändamålsenlig att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utredningen ser att dessa två frågor bör beredas inom parlamentariska kommittéer. Detta eftersom det skapar bättre förutsättningar för att uppnå resultat och långsiktighet i styrningen.

## Reformen behöver följas upp

Slutligen föreslår utredningen att regeringen ska uppdra åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa den föreslagna reformen av vårdvalssystemen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.