

Yttrande över S 2019/04058/FS

Betänkandet SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval baserad på behov och kontinuitet

Regionens yttrande baseras till övervägande del på innehållet i utredningens sammanfattning.

Behov av reformering

Regionen ställer sig bakom grundtanken i utredningen att det behövs en omställning mot en mer resursstark primärvård, som en viktig del i utvecklingen mot Nära vård. Utredningen identifierar inledningsvis ett antal komponenter som är viktiga i omställningen, och som kan sägas formulera målbilden med omställningen. Regionen ställer sig bakom dessa med nedan angivna kommenterar:

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 bland annat ökar patientsäkerhet och effektivitet. Kontinuitet ökar dessutom invånarnas förtroende för vården.

Kommentar: Inte alla invånare efterfrågar eller har behov av kontinuitet. Den ökade kontakten med nätläkare indikerar snarare att behov av god tillgänglighet i primärvården, vilket talar för behov av listning på utförare. Behov av kontinuitet gäller framför allt patienter med kroniska sjukdomar eller patienter som av andra skäl har behov att upprepade kontakter med hälso- och sjukvården under kortare eller längre tid.

- *Transparensen och långsiktigheten* i systemet behöver öka, med ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig av vården och vad utförarens åtagande är.

Kommentar: Regionen delar bilden av ett behov av ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig. Det är dock en utmaning att skapa enighet kring vad som är rimliga förväntningar, och det krävs ökad dialog och samsyn mellan politiska och professionella företrädare. Som exempel behöver frågan om god tillgänglighet och efterfrågestyrd vård ställas mot riksdagens prioriteringsbeslut från 1997 med grundinriktningen att de med störst behov ska prioriteras. Detta är viktigt i tider av resursknapphet som för Region Västmanlands innebär en ytterligare utmaning att hantera minskade resurser kopplat till effekter av förslaget kostnadsutjämningsystem.

- *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.

Kommentar: Det finns risk att ökad nationell styrning inte beaktar lokala skillnader i demografi, socioekonomi, arbetsmarknad, hälsotillstånd etc. Regioner som ingår i samverkansgrupp Uppsala-Örebro är enligt vår bedömning relativt små, och vi noterar en trend i omvärlden mot att gå mot större sjukvårdssystem/regioner.

- *Systemeffektiviteten* för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka. En central del i detta är en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård.

Kommentar: Regionen delar bilden av behovet av en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård. Det ena kräver dock det andra. För att kompetens ska stärkas och breddas i primärvården krävs att resurser tillförs. Regionens bedömning är att detta huvudsakligen måste ske genom utökade statsbidrag. Uppdrag och kompetens behöver förskjutas från sjukhusvården till primärvård. I stort sett alla regioner, inklusive Västmanland, har idag stora ekonomiska underskott i sjukhusvården, vilket försvårar vår förmåga att föra över resurser.

Brister i vårdvalssystemet

Regionen delar utredningens grundläggande bild över att vårdvalssystemet behöver ses över. Efter snart ett decennium av obligatoriskt Vårdval Primärvård i Sverige så är det naturligt att utvärdera och justera.

Regionen bedömning är dock att vårdvalssystemet har många fördelar, framför allt jämfört med hur primärvården utformades innan vårdvalssystemet infördes. En stor del av primärvården bedrevs då i traditionell förvaltningsform, eller via LOU-upphandlad verksamhet. Dessa driftsformer hade flera nackdelar, vilket inte lyfts i utredningen.

Regionen delar bilden av "primärvårdens underkapacitet" och "spänningar mellan efterfrågestyrd och behovsstyrd vård" men delar inte bilden av att dessa orsakats av, eller förvärrats av, vårdvalssystemet. I region Västmanland har vårdvalssystemet inneburit att mångfald i utförarleden har utvecklats (och i viss mån bibehållits sen tidigare) vilket är positivt.

I utredningens sammanfattning sid 21 förs ett resonemang om att "*Det finns ett behov av ökad styrning av vårdgivare inom vårdvalet, samt ökad styrning av etablering inom primärvården*".

Det är lite oklart vad utredningen egentligen avser med detta "statement". Begränsning av listning rör ju invånare, och regionen delar inte fullt ut bilden av att möjligheten till omlistning skulle vara ett stort problem. Regionen kan förstå behovet att begränsa möjligheten att alltför ofta byta vårdcentral, vilket dock utnyttjas av en mycket liten del av befolkningen. Problem med begränsning kan uppstå då en eller flera läkare byter vårdcentral, eller startar eget. Regionen har färsk erfarenheter av detta. Det är då viktigt att de invånare som önskar omgående ska få lista om sig för att "följa med" sin doktor, oberoende av när de senast listade om sig.

I regionen finns möjlighet till begränsat listningsstopp under max 6 månader. Det uppfattas av vårdgivarna som rimligt och ger möjlighet att ställa om för att exempelvis möta en ökad pålistning. Långsiktiga listbegränsningar begränsar valfriheten och riskerar

att skapa ett A- och ett B-lag i befolkningen, dvs de som fått välja vårdcentral och de som ofrivilligt "tilldelats" en vårdcentral.

Det förs vidare ett resonemang om att "vårdgivarna har svårt att planera verksamheten...". Regionens bedömning och erfarenhet är att detta framför allt måste mötas med försiktighet gällande hur ofta, och med vilken omfattning, man ändrar i ersättningsystemen. Genom att exempelvis succesivt styra över mot en högre andel fasta ersättningar ges bättre planeringsmöjligheter.

Regionens erfarenhet är att det framför allt är den underfinansierade ersättningen som är problemet, inte ersättningsystemet som sådant.

Regionens erfarenhet är att tillkomsten av Patientlagen har varit ett begränsat problem för primärvården, förutom tillkomsten av nätläkarbolag de senaste åren. För sjukhusvården har det varit, och är fortsatt, ett problem ur ett ekonomiskt perspektiv. Regionen har sedan 2015 fortsatt att vidhålla och tillämpa en "sammanhållen primärvård", bland annat med kravet på att lista sig vid den vårdcentral man vill besöka (undantag akuta åtgärder) Regionen välkomnar därför att "listning" som begrepp i utredningen föreslås få en lagstadgad innebörd.

Särskilt om så kallade nätläkare

Regionen delar i allt väsentligt utredningens bild av nätläkarsituationen, och tankar kring lösningar. Vi ser tydligt krocken mellan "ett decentraliserat vårdvals-system och ett nationellt system för digital vård".

Glesbygdsproblematik

Regionen delar bilden som utredningen beskriver gällande problematiken i glesbygd. Det är i någon mån "dubbla problem". Det är ofta små vårdcentraler med begränsad ekonomisk kapacitet och flexibilitet, som därtill ofta har högre kostnader för rekrytering, och bibehållande, av personal.

Förslag för en integrerad digifysisk vårdvalsreform

Nya grunder för valfrihet

Regionen utgår från att begränsning av utomlänsvård, i form av tillfälliga besök hos annan än man är listad på, inte avser akuta besök. I övrigt är regionen positiv till begränsningar.

Region är positiv till att listning sker på utförarnivå. Regionen uppfattar att begrepp "utförare" som används i utredningen avser enskild vårdcentral med ansvar för sin lista. Utredningen behöver tydliggöra detta begrepp så att det inte sammanblandas exempelvis med begreppet "vårdgivare".

Det blir sedan en internfråga inom respektive utförare i vilken omfattning listning sker på enskilda medarbetare.

Ickevalsalternativet som tillämpas i regionen baseras på närhet, vilket regionen är positiv till även fortsättningsvis.

Tydligare krav på utförare

Regionens bedömning är att mer att knytning till namngiven läkare/vårdteam, bör styras av behov, kombinerat med efterfrågan. Det efterfrågas idag inte av alla patienter. Primärvården är idag inte fullt rustad för att erbjuda detta till alla som önskar.

Regionen delar bilden av att kontinuitet är viktigt (se ovan). Regionen följer sedan flera år det nationella måttet för att mäta kontinuitet. Det nationella måttet innebär uppföljning av definierade diagnosgrupper. Bra kontinuitet belönas ekonomiskt i regionens ersättningssystem för LOV primärvård.

Det är regionens uppfattning att underleverantörer ska kunna anlitas även framöver, och att det ska vara tydligt att dessa agerar fullt ut på utförarens uppdrag.

Vårdens åtagande tydligare för patienter

Regionen är positiv till krav på tydligare information till patienten gällande valmöjligheter, tillgänglighet, förväntningar etc. Regionen publicerar sedan flera år faktauppgifter gällande olika vårdgivare på 1177.se. Det är obligatoriskt för vårdcentraler med LOV-kontrakt att rapportera dessa uppgifter två gånger per år. Detta kan dock utvecklas ytterligare i linje med vad utredningen anger.

Regionen är tveksam till att differentiera patientavgifter beroende på om det är vald utförare eller annan utförare. Detta är idag en ickefråga i regionen eftersom man, gällande primärvård, bara kan besöka sin valda utförare (undantag akuta besök). Därtill visar erfarenhet och forskning att patientavgifter i ringa grad styr invånarnas beteende. Senaste exempel är Sörmlands kraftiga differentiering mellan primärvård (0 kr) och sjukhusvård (400 kr) som enligt uppgift inte haft förväntade effekter. Effekter begränsas bland annat av högkostnadsskyddets låga taknivå.

Planeringsbar verksamhet för utförare

Regionen anser att utredningen är oklar kring hur listbegränsning ska gå till och vem som ska ha "sista ordet", dvs fattar beslutet. (Se även synpunkter ovan.)

Regionen anser det ytterst svårt att objektivt definiera vad som är "tillräckligt dimensionerat". Regionen har en relativt stor mångfald i utförarledet, små och stora såväl som privata och offentligt drivna vårdcentraler. Erfarenheten är att det framför allt är små vårdcentraler som har svårt att klara sitt uppdrag, och vi har också de senaste åren haft både etableringar och avvecklingar av små vårdcentraler. Regionens förslag är att i fortsatt arbete försöka definiera en nivå på "minsta vårdcentral" för att kunna bli utförare.

Ett mer nationellt system

Regionen är tveksam till att ha en gemensam patientavgift för primärvården i hela Sverige. Patientavgiftens storlek och mixen mellan olika avgifter (primärvård, sjukhusvård, akutvård etc) är i grunden en politisk fråga och att styra denna på nationell nivå är ett påtagligt ingrepp i det lagstadgade kommunala självstyret. Det kan också vara en svårighet att genomföra, då regioner med betydligt högre patientavgifter än 100 kronor kan tvingas höja andrapatientavgifter, exempelvis i sjukhusvården, för att

minimera de finansiella förlusterna som uppstår av en påtvingad ensidig sänkning i primärvården. Den stora volymen besök i primärvården gör att patientavgifterna har påverkan på regionens samlade ekonomi. Regionen delar i utredningen beskrivna behov av ökad enhetlighet och har sedan 1 jan 2017 infört en gemensam patientavgift för alla besök i primärvård, 140 kronor.

Regionen har mycket goda erfarenheter av en dialogbaserad uppföljning av utförare. Dock är det viktigt med tydlig struktur, och att dialogen baseras på analyser av resultat gällande tillgänglighet, medicinska resultat, kontinuitet, utfall av aktiviteter gällande förbyggande insatser etc.

Regionen är tveksam till att göra läkemedel och medicinsk service till helt fria nyttigheter. Fria nyttigheter har en tendens att bli efterfrågestyrda snarare än behovsstyrda. Regionen tillämpar idag, och har goda erfarenheter av, en kostnadsdelningsmodell för läkemedel och medicinsk service.

Tydligare styrning av etableringar

Regionen är positiv till att via ersättningssystemets utformning göra det mer attraktivt att etablera verksamhet i glesbygd. Detta kan ske inom ramen för ett (eller flera) befintligt LOV-system vilket regionen bedömer vara det mest lämpliga. Möjlighet till kompletterande LOU-upphandling kan finnas.

Förslag nätläkarbolag

Regionen ser det som helt nödvändigt att förändra dagens fristående system. Regionen är positiv till att nätläkare måste etablera sig med en fysisk verksamhet i varje region vars invånare man ska kunna erbjuda digitala kontakter. Det är viktigt att denna etablering av fysisk verksamhet har samma LOV-uppdrag som övriga fysiska aktörer inom regionen med samma utbud av tjänster. Detta måste noga följas upp av beställaren i varje region.

Utredning anger att man också kan etablera sig som underleverantör men då måste medverka till "fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag". Detta blir mycket svårkontrollerat för beställaren. Hur mycket ska man medverka? Hur säkras att det faktiskt sker? För att inte en oklar "marknad" ska uppstå förutsätter regionen att fysiska vårdkontakter och digitala vårdkontakter är kopplade till listning, för att varje vårdcentral (utförare) med LOV-avtal ska få kontroll på ekonomi och vårdprocess. De etableringar, i form av både fysiska enheter och avtal som underleverantör, som idag finns i Region Sörmland bör noga utvärderas inför kommande ställningstaganden.

Nationell tillståndsprövning

Regionen delar utredningens syn på nationell tillståndsprövning. Regionen är positiv till utredningens förslag om nationellt register över "utförare som deltagit i processer".

Inhyrd personal

Utredningen kan bli tydligare i hur man beskriver de negativa effekterna av inhyrd personal. De ekonomiska kostnaderna nämns, men därefter förs ett resonemang om de

negativa effekterna av "hög personalomsättning", vilket enligt regionens bedömning inte är synonymt med att också ha långvariga behov av inhyrd personal.

Hög personalomsättning kan bero på ledarskap, lokaler, anställningsvillkor, bristande resurser i förhållande till uppdrag etc.

I övrigt delar regionen synen på de negativa effekterna av inhyrning av personal. Regionen ser inhyrningen som en parallell arbetsmarknad. Regionen uppfattar dock inte att vi har en hög personalomsättning.

Brister kompetensförsörjning

Regionen delar utredningens syn gällande problemen med dagens decentraliserade modell för utbildningsdimensionering. Två huvudproblem är följande:

- 1) Det saknas platser för blivande allmänläkares sidotjänstgöring på sjukhus.
- 2) Utbud av specialistsköterskeutbildningar är inbördes osynkroniserade mellan olika högskolor och universitet och sammantaget i dålig samklang med sjukvårdens behov, lång- och kortsiktigt.

Upphandlingar

Regionen delar bilden av att regionernas samlade kompetens vad gäller genomförande, och uppföljning, av upphandlingar av bemanningsbolag/inhyrd personal kan stärkas.

Förslag om inhyrd personal

Det är regionens bedömning att riktlinjer och checklistor från Socialstyrelsen gällande krav på inhyrd personal, eller "vägledningar" från Upphandlingsmyndigheten, inte löser grundproblemen med inhyrd personal. Regionen har exempelvis tagit fram sådana checklistor. Lösningen måste enligt regionens bedömning handla om att göra det attraktivare att arbeta i primärvården, med en god arbetsmiljö med konkurrenskraftig lön, tydliga karriärvägar samt kompetens och bemanningsdimensionering som matchar uppdragets innehåll och omfattning.

Statens styrning

Regionen välkomnar ett omtag vad gäller prioriteringar samt hur informationshantering skall ske mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

För Region Västmanland

Denise Norström
Regionstyrelsens ordförande

Anders Åhlund
Regiondirektör