



Vårdval i primärvården

Sammanfattning

I betänkandet behandlas regeringens proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården och 4 motioner som väckts med anledning av propositionen. Vidare behandlar utskottet 2 motionsyrkanden från den allmänna motionstiden 2007 och 1 motionsyrkande från den allmänna motionstiden 2008.

Utskottet höll den 27 januari 2009 en öppen utfrågning på temat Vårdval i primärvården.

Utskottet ställer sig bakom regeringens förslag till två lagar om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Ändringarna syftar till att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Landstingen blir skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

När landstingen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas. Grunderna i vårdvalssystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

Den andra ändringen i hälso- och sjukvårdslagen innebär att kravet på att läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin tas bort. Denna ändring föreslås träda i kraft den 1 april 2009. Övriga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

Utskottet avstyrker samtliga motionsyrkanden.

I en gemensam reservation (s, v, mp) begärs att riksdagen avslår regeringens förslag.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Utskottets förslag till riksdagsbeslut	3
Redogörelse för ärendet	4
Ärendet och dess beredning	4
Bakgrund	4
Propositionens huvudsakliga innehåll	8
Utskottets överväganden	9
Vårdval i primärvården	9
<i>Bilaga 1</i>	
Förteckning över behandlade förslag	16
Propositionen	16
Följdmotionerna	16
Motioner från allmänna motionstiden hösten 2007	16
Motion från allmänna motionstiden hösten 2008	17
Reservation	18
Avslag på propositionen, punkt 1 (s, v, mp)	18
<i>Bilaga 2</i>	
Regeringens lagförslag	20
<i>Bilaga 3</i>	
Stenograftext från socialutskottets utfrågning Vårdval i primärvården	23
Program – socialutskottets utfrågning Vårdval i primärvården	23
<i>Bilaga 4</i>	
Bilder från utfrågningen	67
Ebba Sjögren, Handelshögskolan	67
Elisabet Svensson, Vårby vårdcentral	70
Bo Burström, Karolinska institutet	76
Karin Johansson, Socialdepartementet	81
Anders Olsson, Stockholms läns landsting	85
Carina Nordqvist Falk, Region Skåne	90
Maria Dalemar, Sveriges läkarförbund	93
Annika Eklund-Grönberg, SFAM	96
Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet	100
Inger Rising, Distriktsköterskeföreningen	105

Utskottets förslag till riksdagsbeslut

1. Avslag på propositionen

Riksdagen avslår motionerna

2008/09:So9 av Anne Ludvigsson m.fl. (s),
2008/09:So10 av Ylva Johansson m.fl. (s, mp),
2008/09:So11 av Christina Zedell m.fl. (s) och
2008/09:So12 av Elina Linna m.fl. (v).

Reservation (s, v, mp)

2. Lagförslagen

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Därmed bifaller riksdagen proposition 2008/09:74 och avslår motionerna

2007/08:So466 av Anne Marie Brodén (m),
2007/08:So480 av Cecilia Widegren m.fl. (m) och
2008/09:So572 av Andreas Norlén (m).

Stockholm den 10 februari 2009

På socialutskottets vägnar

Kenneth Johansson

Följande ledamöter har deltagit i beslutet: Kenneth Johansson (c), Ylva Johansson (s), Cecilia Widegren (m), Magdalena Andersson (m), Marianne Kierkemann (m), Lars U Granberg (s), Tobias Krantz (fp), Marina Pettersson (s), Jan R Andersson (m), Chatrine Pålsson Ahlgren (kd), Margareta B Kjellin (m), Elina Linna (v), Catharina Bråkenhielm (s), Thomas Nihlén (mp), Per Svedberg (s), Ann Arleklo (s) och Maria Kornevik Jakobsson (c).

Redogörelse för ärendet

Ärendet och dess beredning

I proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården föreslår regeringen att riksdagen antar förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Med anledning av propositionen har 4 motioner väckts. Regeringens förslag till riksdagsbeslut finns i *bilaga 1* och lagförslagen i *bilaga 2*. Lagförslagen har granskats av Lagrådet.

Utskottet behandlar i detta ärende också 2 motioner från den allmänna motionstiden 2007 och 1 motionsyrkande från den allmänna motionstiden 2008.

Utskottet företog den 19–20 januari 2009 en studieresa till Malmö/Lund. En av programpunkterna under studieresan utgjordes av information om Hälsoval Skåne och Vårdval Halland.

För att bredda sitt beslutsunderlag anordnade utskottet den 27 januari 2009 en öppen utfrågning på temat vårdval i primärvården. Vid den öppna utfrågningen deltog experterna Anders Anell, adjungerad professor vid Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet, Ebba Sjögren, ekonomie doktor vid Handelshögskolan i Stockholm, Elisabeth Svensson, verksamhetschef vid Vårby vårdcentral samt Bo Burström, professor vid Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet. Vidare deltog företrädare från Socialdepartementet, Stockholms läns landsting, Region Skåne, Landstinget i Kalmar län, Vårdföretagarna, Sveriges läkarförbund, Svensk förening för allmänmedicin, Vårdförbundet, Distriktssköterskeförbundet, Pensionärernas Riksorganisation, Sveriges Pensionärsförbund, Handikappförbundens samarbetsorgan, Reumatikerförbundet samt Statens folkhälsoinstitut.

Utfrågningen finns dokumenterad i *bilagorna 3 och 4*.

Bakgrund

Nuvarande regler för vårdval

Ansvar för utförande av hälso- och sjukvård

Av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) framgår att landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla dem som är bosatta i landstinget. Hälso- och sjukvården behöver dock inte utföras i offentlig regi. Landstinget får, med vissa undantag, sluta avtal med t.ex. privata vårdgivare om utförande av den vård som landstinget ansvarar för. Landstinget har också möjligheter att sluta avtal med andra landsting om utförande av olika vårdinsatser.

Landstinget har vidare ett uppföljningsansvar enligt kommunallagen (1991:900) för egen utförd hälso- och sjukvård samt för den vård som utförs på uppdrag av landstinget.

Valfrihet

I 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns en bestämmelse om att alla som så önskar ska erbjudas en fast läkarkontakt. Landstingen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Någon lagstadgad rätt att välja sjukhus eller specialistmottagning finns dock inte. Däremot finns en rekommendation från dåvarande Landstingsförbundet om s.k. fritt vårdval. Rekommendationen som antagits av samtliga landsting innebär att patienter som har remiss till specialistsjukvård eller sjukhusvård, ska ha möjlighet att fritt välja specialistmottagning eller sjukhus i landet.

Sedan 2005 finns också en nationell vårdgaranti. Vårdgarantin regleras i en överenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Garantin innebär att vårdsökande ska erbjudas hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare behövs ska väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården ska erbjudas sådant besök inom 90 dagar. Behandling ska erbjudas inom 90 dagar från det att beslut om behandling har fattats.

Utredningen om patientens rätt (S 2007:07) har för närvarande i uppdrag att utvärdera hur vårdgarantin och det fria vårdvalet fungerar och lämna förslag till lagreglering av dessa.

Landstingen i länen i Halland, Västmanland och Stockholm har infört valfrihetssystem inom primärvård och inom delar av övrig öppenvård.

Hälsoval Skåne startade i Region Skåne för barnhälsovården den 1 januari 2009 och för övriga primärvården den 1 maj 2009.

Regelverket vid tilldelning av offentliga kontrakt

Upphandlingsregelverket

Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) bygger på Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG om offentlig upphandling av byggentreprenader, varor och tjänster (klassiska upphandlingsdirektivet). LOU reglerar offentlig upphandling som görs av kommuner, landsting, statliga myndigheter och många av deras bolag.

De EG-rättsliga principernas och upphandlingsdirektivens tillämpning vid offentliga kontrakt om hälso- och sjukvårdstjänster och socialtjänster

Bestämmelserna i EG-fördraget om icke-diskriminering (art. 12), förbudet mot kvantitativa restriktioner (art. 28 och 29), etableringsrätt (art. 43) och fri rörlighet för tjänster (art. 49) ligger till grund för EG-direktiven om offentlig upphandling.¹ Regelverket om offentlig upphandling är således uppbyggt med utgångspunkt i EG-fördraget även om det i fördraget inte finns någon bestämmelse som direkt hänvisar till offentlig upphandling.

Enligt art. 1.2 a direktiv 2004/18/EG (det s.k. klassiska direktivet som genomförts i LOU) är ett offentligt kontrakt ett skriftligt kontrakt med ekonomiska villkor som slutits mellan en eller flera ekonomiska aktörer och en eller flera upphandlande myndigheter och som avser utförande av bygg-entreprenad, leverans av varor eller tillhandahållande av tjänster som avses i direktivet. Direktivet gör skillnad mellan offentliga upphandlingar och tjänstekoncessioner. Tjänstekoncessioner är enligt definitionen i art.1.4 ett kontrakt av samma typ som ett offentligt tjänstekontrakt. Det som utmärker tjänstekoncessioner är att ersättningen för tjänsternas utförande endast utgörs av rätten att utnyttja tjänsten eller dels en sådan rätt, dels betalning från den upphandlande myndigheten. Enligt art. 17 är direktivet inte tillämpligt på tjänstekoncessioner. Dock ska de upphandlande myndigheterna behandla leverantörerna på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och förfara på ett öppet sätt i enlighet med artikel 12 och EG-domstolens domar.

Vid offentlig upphandling är direktivet endast i begränsad omfattning tillämpligt på s.k. B-tjänster, vilket bl.a. inbegriper tjänster som avser hälsovård och socialtjänster.

Offentlig upphandling av tjänster

Upphandlande myndigheter ska följa LOU vid i stort sett all anskaffning i form av köp, hyra, leasing m.m. av varor och tjänster, inklusive driftentreprenader samt byggentreprenader. Lagen är tvingande när en upphandlande myndighet står i begrepp att göra en anskaffning från en extern leverantör. Däremot gäller inte LOU när den upphandlande myndigheten väljer att utföra uppgifterna inom den egna förvaltningen.

Upphandlande myndigheters anskaffning av s.k. B-tjänster, däribland hälso- och sjukvård samt socialtjänster, omfattas endast i mycket begränsad omfattning av det klassiska direktivet men är närmare reglerad i 15 kap. LOU.

Bland B-tjänster finns bl.a. utbildning, hälso- och sjukvård samt socialtjänster och tjänster inom kultur, fritids- och idrottsverksamhet.

¹ Förutom det klassiska upphandlingsdirektivet finns ett direktiv för försörjningssektorerna (Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/17/EG om upphandling av vatten, energi, transporter och posttjänster), vilket ligger till grund för lagen (2007:1092) om upphandling inom områdena vatten, energi, transporter och posttjänster (LUF).

Tilldelning av tjänstekoncessionskontrakt

Tjänstekoncession är ett offentligt kontrakt. Skillnaden mellan tjänstekoncessions- och upphandlingskontrakt är att ersättningen i ett koncessionskontrakt helt eller delvis utgörs av en rätt att utnyttja tjänsten. Den del av ersättningen som består i en rätt att utnyttja tjänsten kommersiellt ska vara så omfattande att den ekonomiska risken övergår till leverantören/koncessionshavaren.

Tilldelning av tjänstekoncessionskontrakt regleras inte i upphandlingsdirektiven på annat sätt än att de grundläggande principerna om likabehandling, icke-diskriminering och öppenhet gäller i förhållande till leverantörer och förfarandet. Principernas tillämpning på upphandlande myndigheters och enheters tilldelning av tjänstekoncessionskontrakt framgår också av ett antal domar i EG-domstolen.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009 (prop. 2008/09:29, bet. 2008/09:SoU5, rskr. 2008/09:61).

LOV reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem enligt lagen är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdstjänster.

Den upphandlande myndighet som vill tillämpa lagen måste annonsera löpande i en nationell databas för valfrihetssystem. Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller fastställda krav godkänns, varefter kontrakt tecknas. Lagen bygger på att det inte råder någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten. Kommunen eller landstinget ansvarar för att brukarna eller patienterna får fullödlig information om samtliga leverantörer som man kan välja mellan. För personer som inte väljer ska det finnas ett ickevalsalternativ. Förfördelade leverantörer ges möjlighet till rättelse.

Inom ramen för ett valfrihetssystem enligt LOV sluter den upphandlande myndigheten och leverantörerna skriftliga kontrakt med ekonomiska villkor om tillhandahållande av en tjänst. Det föreligger således ett offentligt kontrakt i upphandlingsdirektivens och LOU:s bemärkelse. Den upphandlande myndigheten kan välja att införa ett valfrihetssystem enligt kriterierna i LOV, eller upphandla tjänsterna enligt LOU.

Ett kontrakt om valfrihetssystem enligt LOV anses utgöra en tjänstekoncession (prop. 2008/09:29 s. 57). Detta innebär att det inte föreligger någon skyldighet att föra in bestämmelser om tekniska specifikationer, efter-

annonsering, krav på uteslutning av leverantörer som begår viss typ av brottslighet, interimistiska åtgärder och skadestånd i LOV. Enligt upphandlings- och rättsmedelsdirektiven hade detta annars varit nödvändigt.

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i syfte att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Landstingen föreslås bli skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas. Grunderna i vårdvalssystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

I hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin. Regeringen föreslår att denna bestämmelse ska tas bort.

Förslaget att ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin föreslås träda i kraft den 1 april 2009. Övriga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

Utskottets överväganden

Vårdval i primärvården

Utskottets förslag i korthet

Riksdagen bifaller regeringens förslag till lagar om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Därmed avslår riksdagen motioner om avslag på propositionen, om ökad patientmakt och tillgänglighet i Vårdval Halland, om direkt patientstyrd vård samt om översyn av den framtida finansieringen av svensk hälso- och sjukvård.

Jämför reservation (s, v, mp).

Proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården

Vårdvalssystem inom primärvården

Regeringen föreslår att landstingen ska bli skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Mot denna bakgrund föreslår regeringen ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i syfte att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Den modell som bäst balanserar patienternas, utförarnas och landstingens intressen är enligt regeringens bedömning en regional vårdvalsmodell där vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven ska ha rätt att etablera sig inom primärvården med offentlig ersättning. Enligt regeringen har en sådan modell flera fördelar. Den innebär att det blir möjligt för fler privata vårdgivare att etablera sig så att patienterna får fler vårdgivare att välja mellan. Genom en rätt till vårdval där ersättningen följer patienternas val, förtydligas och förstärks också patienternas valmöjligheter ytterligare. Samtidigt blir ingreppet i landstingens självstyrelse begränsat då förslaget lämnar handlingsutrymme till varje landsting att utforma systemet efter sina egna förutsättningar.

Ytterligare en fördel enligt regeringen är att förslaget kan genomföras på relativt kort tid eftersom det inte medför några systemförändringar i ansvaret mellan stat och landsting.

Regeringen konstaterar att det ännu saknas vårdvalssystem i många landsting och anser därför att det är motiverat med lagstiftning om obligatoriska vårdvalssystem för att få i gång utvecklingen i alla landsting.

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämplig på vårdvalssystem

När ett landsting beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas. Grunderna i vårdvalssystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

LOV är enligt regeringen en del av strävandena att sätta brukaren i fokus med en maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare. Lagen bidrar enligt regeringen till att öka patienternas valfrihet och inflytande samt mångfalden bland utförarna. Genom att tillämpa LOV i vårdvalssystemet garanteras enligt regeringen att de EG-rättsliga principer som gäller i detta sammanhang, dvs. principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet, uppfylls. För att förtydliga regeringens avsikt att LOV ska tillämpas när landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem föreslår regeringen en uttrycklig bestämmelse härom i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

De avtal som kommer att ingås med privata vårdgivare efter det att landstinget fattat beslut om att införa vårdvalssystem är enligt regeringen antingen kontrakt inom ramen för ett valfrihetssystem enligt LOV eller vårdavtal efter en upphandling enligt 15 kap. LOU.

I propositionen Ersättningsetableringar för vissa privata vårdgivare, m.m. (prop. 2008/09:64) föreslår regeringen att vårdavtal ska upphandlas enligt LOU, dvs. oavsett om avtalet är en tjänstekoncession eller ett upphandlingskontrakt.¹ I denna proposition föreslås bestämmelser i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik om att landstinget vid ingående av vårdavtal ska tillämpa LOU eller LOV.

Primärvårdens uppdrag

Primärvårdens uppdrag beskrivs i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) som att primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Enligt regeringen är primärvårdens uppdrag övergripande uttryckt i lagen. I en vårdvalsmodell i primärvården behöver det därför fastställas preciserade krav som vårdgivaren ska uppfylla, oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. Kraven bör utformas och preciseras utifrån vad som anges i HSL om verksamhet inom primärvården. Regeringens bedömning är att det finns en relativt samstämmig uppfattning om vad som är primärvårdens övergripande uppgift.

¹ Prop. behandlas av utskottet i bet. 2008/09:SoU6, som beslutades av utskottet den 22 januari 2009. Riksdagen behandlar utskottets förslag i kammaren den 12 februari 2009.

Regeringen konstaterar att den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt och att ansvarsgränsen mellan sluten vård, öppen specialistvård och primärvård förflyttas kontinuerligt. Regeringen avser bl.a. mot den bakgrunden inte i nuläget gå vidare med att fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården.

Regeringen anser att det – enligt den ansvarsfördelning som finns mellan staten och landstingen – är naturligt att landstingen beslutar om vilka krav som ska gälla inom vårdvalssystemet i primärvården. På så sätt kan systemen enklare anpassas mot regionala och lokala behov samt efter den pågående utvecklingen av vården.

När det gäller behovet av likvärdig behandling i hela landet anser regeringen att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen kommer noggrant att följa detta arbete och aktualisera frågan i de löpande kontakterna med Sveriges Kommuner och Landsting.

Regeringen anser att det är viktigt att landstingen inte formulerar kraven på primärvården så att dessa knyts till en viss yrkesgrupp. Kraven bör enligt regeringen utgå från vilka insatser primärvården ska kunna fullgöra och vilka kompetenskrav som krävs för uppgiften.

En förutsättning för att ett vårdvalssystem ska få positiva effekter på kvalitet, brukarinflytande och kostnadseffektivitet är enligt regeringen att brukaren ges en reell möjlighet att välja utförare. Att tillhandahålla information till invånarna om hälso- och sjukvård ingår redan i landstingens ansvar. För att stödja landstingen i deras initiala arbete med att ta fram information om de nya vårdvalssystemen anser regeringen att det kan vara befogat att stödja varje landsting genom särskilda medel för informationsinsatser vid införandet av vårdvalssystem. De närmare bestämmelserna om detta stöd avser regeringen besluta om i ett särskilt regeringsuppdrag.

För att ytterligare främja arbetet med öppen redovisning av data om hälso- och sjukvårdens prestationer och kvalitet har regeringen också för avsikt att i ett särskilt regeringsuppdrag ge Socialstyrelsen i uppdrag att tillsammans med Sveriges Kommuner och Landsting sammanställa data för öppna jämförelser inom primärvården samt att utveckla en webb-applikation som tillgängliggör data om primärvårdens kvalitet och utfall.

Privata vårdgivares rätt att etablera sig

Genom att landstingen enligt regeringens förslag är skyldiga att införa vårdvalssystem och tillämpa LOV kan vårdgivare etablera sig fritt inom den offentligt finansierade primärvården förutsatt att de av landstinget uppställda kraven är uppfyllda. Genom att de som vill etablera sig inom primärvården måste uppfylla de av landstinget beslutade kraven inom valfrihetssystemet, garanteras enligt regeringen att verksamheten håller en god kvalitet och är anpassad till befolkningens behov. Regeringen understryker att landstingen har stora möjligheter att utforma vårdvalssystem

efter lokala förutsättningar men även frihet att utforma ersättningssystemen och därmed motverka en eventuell snedfördelning av etablering genom att justera ersättningsnivåer inom olika områden i landstinget.

Kravet på specialistkompetens i allmänmedicin

I 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns en bestämmelse om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin. Regeringen föreslår att denna bestämmelse ska tas bort.

Genom att ta bort kravet skapas enligt regeringen möjligheter även för andra kategorier av läkare att fungera som fast läkarkontakt. Därmed förbättras landstingens förutsättningar att leva upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagen. Det är inte heller enligt regeringen önskvärt att ha kvar en över tio år gammal bestämmelse som på flertalet håll i landet inte fungerar eller tillämpas.

Regeringen erinrar om att i uppdraget för Utredningen om patientens rätt (S 2007:07) ingår att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt och att regeringen har för avsikt att återkomma med förslag om detta.

Vårdvalssystemets utformning

Enligt regeringen är grundförutsättningen i ett vårdvalssystem att den offentliga ersättningen, som kan utformas på olika sätt, ges till den vårdgivare som patienten väljer.

I en regional vårdvalsmodell är det enligt regeringens bedömning naturligt att landstingen också i fortsättningen, inom ramen för det kommunala självbestämmandet, beslutar om ersättningssystemets utformning så att detta anpassas efter regionala och lokala behov.

Regeringen framhåller att en viktig grundprincip är att privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika ur ersättningssynpunkt och att man ska eftersträva konkurrensneutralitet. Det behöver inte enligt regeringen innebära ett enhetligt ersättningssystem i hela landstingsområdet. Det kan t.ex. finnas skäl att betala högre ersättning i glest bebyggda delar av landstinget för att stimulera till etableringar just i dessa områden. Det är i detta avseende viktigt att systemet för ersättning är transparent och förutsägbart för företagen.

Uppföljning och utvärdering av konkurrensen på marknaden, prövningsmöjligheter m.m.

Enligt regeringen bör vårdvalssystemets effekter på konkurrensen noga följas upp och utvärderas. Konkurrensverket bör enligt regeringen bli den myndighet som svarar för uppföljning och utvärdering.

Ikraftträdande

Förslaget att ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialit i allmänmedicin föreslås träda i kraft den 1 april 2009. Övriga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

Ekonomiska konsekvenser

Regeringens förslag till lagstiftning om obligatorisk vårdvalsmodell innebär att landstingen ska konstruera ersättningssystemen så att ersättningen följer patientens val, oavsett om vården utförs i offentlig eller privat regi. Grunden i ett sådant ersättningssystem är en kapitationersättning, dvs. en fast ersättning utbetalas per invånare till den vårdgivare som invånaren väljer. Kapitationersättningen kan kompletteras med andra ersättningar, t.ex. för prestation eller för uppnådda kvalitetsmål.

Regeringens förslag innebär att ersättningens sammansättning bestäms av det enskilda landstinget. Det är landstinget som beslutar om primärvårdens budget, liksom den totala budgeten för hälso- och sjukvården. I en vårdvalsmodell fastställs en kapitationersättning och eventuella andra ersättningar till vårdgivaren utifrån de resurser som avsatts i budgeten. Invånarnas vårdtyngd kan viktas på olika sätt, vanligtvis utifrån ålder.

En vårdvalsmodell i primärvården ökar således inte landstingets kostnader för primärvården. Vilket resursutrymme som avsatts till primärvården blir, liksom i dag, ett politiskt ställningstagande i varje enskilt landsting. En vårdvalsmodell innebär inte heller att landstingens finansieringsansvar utvidgas. Sammantaget bedöms därmed förslagen enligt regeringen inte medföra några ökade kostnader för stat, kommun och/eller landsting.

Motioner väckta med anledning av propositionen

I motion 2008/09:So10 av Ylva Johansson m.fl. (s, mp) begärs att riksdagen avslår propositionen. Motionärerna anför bl.a. att regeringens förslag hindrar landstingen från att utforma och utveckla modeller för en god primärvård som sätter medborgarnas behov och rätt till en god vård i centrum. Regeringen brister i respekt för det kommunala självstyret och försvårar enligt motionärerna utvecklingen av primärvården genom att tvinga alla landsting att välja Stockholms modell med fri etablering. Vidare anför motionärerna att regeringens förslag om obligatorisk etableringsfrihet i primärvården innebär att landstingen blir tvungna att tillåta vårdföretag att etablera sig där de finner det mest lönsamt. Mot bakgrund av syftet att utveckla primärvården med bättre service och tillgänglighet är det enligt motionärerna bättre om varje landsting får utforma sina egna modeller utifrån de egna behoven och förutsättningarna.

I motion 2008/09:So12 av Elina Linna m.fl. (v) finns ett likadant yrkande. Motionärerna anför bl.a. att offentligt finansierad hälso- och sjukvård i huvudsak ska drivas av offentliga utförare och motsätter sig konkurrensutsättning och privata vinstintressen. Motionärerna efterlyser en analys

av vilka konsekvenser förslaget får för olika grupper i samhället och för folkhälsan i stort. Motionärerna anser att vårdvalssystemet undergräver primärvårdens folkhälsoarbete och möjligheten till områdesansvar. Vidare anser motionärerna att det genom ett splittrat huvudmannaskap kommer att bli mycket svårare att följa upp och garantera att vården är av god kvalitet. Motionärerna anser att patientens fasta läkarkontakt i primärvården även fortsättningsvis bör ha en specialistutbildning i allmänmedicin.

Ytterligare ett likadant yrkande finns i motion 2008/09:So9 av Anne Ludvigsson m.fl. (s) i vilken motionärerna efterlyser en belysning av frågorna om fördelning av vårdresurserna samt patientens tillgång till information.

I motion 2008/09:So11 av Christina Zedell m.fl. (s) begärs att riksdagen avslår propositionen samt ett tillkännagivande om etableringsfrihet i primärvården. Motionärerna avvisar propositionens förslag om att det ska vara obligatoriskt för alla landsting att ha vårdvalssystem med etableringsfrihet för företagen. Motionärerna anser att alla patienters rätt till god vård med hög kvalitet måste vara viktigare än vårdgivarnas rätt att etablera sig där de anser det mest lönsamt. Motionärerna anser vidare att vårdval inom primärvården bör utformas på ett sätt som innebär ökad valfrihet för patienten.

Övriga motioner

I motion 2007/08:So466 av Anne Marie Brodén (m) begärs ett tillkännagivande om ökad patientmakt och tillgänglighet i Vårdval Halland. Motionären anför bl.a. att Vårdval Halland inneburit att tillgängligheten till primär- och närvården numera är högst i landet (ca 95 %) för besök samma dag, att mångfalden och valfriheten har förbättrats men framför allt har patientens ställning stärkts väsentligt. Motionären anser att regeringen ska verka för att fler landsting och regioner inför en modell där patientens makt ökar och där tillgängligheten förbättras.

I motion 2007/08:So480 av Cecilia Widegren m.fl. (m) begärs ett tillkännagivande om att införa en direkt patientstyrd vård som säkerställer vårdkvaliteten.

I motion 2008/09:So572 av Andreas Norlén (m) begärs ett tillkännagivande om en översyn av den framtida finansieringen av svensk hälso- och sjukvård. Motionären föreslår ett system som ska bygga på en fortsatt solidariskt finansierad vård över skatten men att skattemedlen ska följa patientens eget val av vårdförsäkring efter beslut om införandet av en obligatorisk sjukvårdsförsäkring för alla medborgare. Motionären anför bl.a. att ett offentligt finansierat sjukvårdsförsäkringssystem möjliggör en reformering av nuvarande landstingsorganisation till nya och viktiga uppgifter med ett minimum av byråkrati jämfört med i dag.

Utskottets ställningstagande

Utskottet anser att utgångspunkterna för prioriteringar inom hela vårdkedjan bör vara trygghet, tillgänglighet och en helhetssyn på patientens behov. Vidare bör vården utgå från individens rätt till bästa uppnåeliga hälsa.

Under senare år har flera insatser gjorts för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av de brister som emellertid fortfarande konstaterats på vissa områden inom vården delar utskottet regeringens bedömning att patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver stärkas ytterligare samtidigt som mångfald inom vården behöver stimuleras. Ett sätt att uppnå detta är, som regeringen föreslår, att införa obligatoriska vårdvalssystem inom primärvården.

Utskottet delar även regeringens bedömning att den modell som bäst balanserar patienternas, utförarnas och landstingens intressen är en regional vårdvalsmodell där vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven ska ha rätt att etablera sig inom primärvården med offentlig ersättning. Härigenom blir det möjligt för fler privata vårdgivare att etablera sig så att patienterna får fler vårdgivare att välja mellan samtidigt som patientens valmöjligheter förtydligas och ytterligare förstärks. Enligt den ansvarsfördelning som finns mellan staten och landstingen är det enligt utskottet naturligt att landstingen beslutar om vilka krav som ska gälla inom vårdvalssystemet inom primärvården. Genom att de som vill etablera sig inom primärvården måste uppfylla de av landstingen beslutade kraven inom valfrihetssystemet, erhåller man enligt utskottet garantier för att verksamheten håller en god kvalitet och är anpassad till befolkningens behov.

Mot denna bakgrund anser utskottet lika med regeringen att det är motiverat med lagstiftning om obligatoriska vårdvalssystem för att få i gång utvecklingen i alla landsting.

När det gäller behovet av en likvärdig behandling i hela landet delar utskottet regeringens ståndpunkt att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt.

Utskottet delar regeringens bedömning att kravet i hälso- och sjukvårdslagen om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin bör tas bort.

Mot bakgrund av vad som ovan anförts ställer utskottet sig således bakom regeringens proposition. Motionerna So9 (s), So10 (s, mp), So11 (s) och So12 (v) avstyrks.

Utskottet ställer sig därmed också bakom förslagen till lagar om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Motionerna 2007/08:So466 (m), 2007/08:So480 (m) och 2008/09:So572 (m) får genom propositionen och det nya regelverket anses åtminstone delvis tillgodosedda. Motionerna avstyrks.

BILAGA 1

Förteckning över behandlade förslag

Propositionen

Proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården:

Riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Följdmotionerna

2008/09:So9 av Anne Ludvigsson m.fl. (s):

Riksdagen beslutar att avslå proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården.

2008/09:So10 av Ylva Johansson m.fl. (s, mp):

Riksdagen beslutar att avslå proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården.

2008/09:So11 av Christina Zedell m.fl. (s):

Riksdagen avslår proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården och tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om etableringsfrihet i primärvården.

2008/09:So12 av Elina Linna m.fl. (v):

Riksdagen avslår proposition 2008/09:74 Vårdval i primärvården.

Motioner från allmänna motionstiden hösten 2007

2007/08:So466 av Anne Marie Brodén (m):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om ökad patientmakt och tillgänglighet i Vårdval Halland.

2007/08:So480 av Cecilia Widegren m.fl. (m):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om att införa en direkt patientstyrd vård som säkerställer vårdkvaliteten.

Motion från allmänna motionstiden hösten 2008

2008/09:So572 av Andreas Norlén (m):

Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad som anförs i motionen om en översyn av den framtida finansieringen av svensk hälso- och sjukvård.

Reservation

Utskottets förslag till riksdagsbeslut och ställningstaganden har föranlett följande reservation.

Avslag på propositionen, punkt 1 (s, v, mp)

av Ylva Johansson (s), Lars U Granberg (s), Marina Pettersson (s), Elina Linna (v), Catharina Bråkenhielm (s), Thomas Nihlén (mp), Per Svedberg (s) och Ann Arleklo (s).

Förslag till riksdagsbeslut

Vi anser att förslaget till riksdagsbeslut under punkt 1 borde ha följande lydelse:

Riksdagen avslår regeringens förslag. Därmed bifaller riksdagen motionerna 2008/09:So9 av Anne Ludvigsson m.fl. (s), 2008/09:So10 av Ylva Johansson m.fl. (s, mp), 2008/09:So11 av Christina Zedell m.fl. (s) och 2008/09:So12 av Elina Linna m.fl. (v).

Ställningstagande

En väl fungerande primärvård är enligt vår uppfattning en grundläggande hörnsten i ett framgångsrikt sjukvårdssystem. Den utgör en mycket viktig del av hälso- och sjukvårdssystemet som behöver långsiktigt hållbara spelregler för att kunna utvecklas. Patienternas krav på tillgänglighet, inflytande, flexibilitet och kvalitet måste vara utgångspunkten för utvecklingen av primärvården.

Vi anser att regeringens förslag hindrar landstingen från att utforma och utveckla modeller för en god primärvård som sätter medborgarnas behov och rätt till en god vård i centrum. Regeringens förslag om obligatorisk etableringsfrihet i primärvården innebär att landstingen blir tvungna att tillåta vårdföretag att etablera sig där de finner det mest lönsamt. Detta gör att välfungerande hälsovalsmodeller och andra primärvårdsmodeller måste rivas upp. Regeringen försvårar utvecklingen av primärvården genom att tvinga alla landsting att införa Stockholms modell med frihet för vårdföretagen att etablera sig och få automatisk dragningsrätt på skattemedel. För att utveckla primärvården med bättre service och tillgänglighet anser vi att varje landsting bör få utforma modeller utifrån medborgarnas behov och de lokala förutsättningarna. Med regeringens förslag är risken stor att primärvårdens viktiga förebyggande arbete försvåras och att hälsoklyftorna kommer att öka.

Det är politikens uppgift att se till att medborgarna inte bara har lika tillgång till vård utifrån sina behov utan även att denna vård överallt håller god kvalitet och att tillgängliga resurser används på bästa sätt. Hälso- och sjukvård av hög kvalitet är en rättighet för varje medborgare och inte en vara på en marknad.

Mot bakgrund av vad som nu anförts anser vi att propositionen bör avslås, och lagförslagen bör därmed inte antas.

BILAGA 2

Regeringens lagförslag

1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse**Föreslagen lydelse***5 §²**

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *skall* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården *skall* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget *skall* organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. *En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *ska* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården *ska* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget *ska* organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Denna lag träder i kraft den 1 april 2009.

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2007:241.

2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Häri genom föreskrivs att 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Lydelse enligt lagförslag i avsnitt Föreslagen lydelse
2.1

5 §²

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.

2. Bestämmelsen i 5 § fjärde stycket gäller inte avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2009:00.

avtal, till den del det avser tjänster som omfattas av ett vårdvalssystem, inte förlängas.

BILAGA 3

Stenograftext från socialutskottets utfrågning Vårdval i primärvården

Program – socialutskottets utfrågning Vårdval i primärvården

Tid: tisdagen den 27 januari 2009 kl. 09.30–12.30

Plats: Förstakammaralen, Sveriges riksdag, ingång från Riksplan

Klockslag

Talare

09.30

Inledning

Socialutskottets ordförande Kenneth Johansson

Anders Anell, adjungerad professor, Institutet för ekonomisk forskning vid Lunds universitet

Ebba Sjögren, ekonomie doktor, Handelshögskolan i Stockholm

Elisabet Svensson, verksamhetschef, Vårby vårdcentral

Bo Burström, professor, Karolinska Institutet, institutionen för folkhälsovetenskap avd. socialmedicin

10.15

Socialdepartementet

Karin Johansson, statssekreterare

Tobias Nilsson, politiskt sakkunnig

Toivo Heinsoo, utredare

Claes-Fredrik Helgesson, huvudsekr. Utr. om patientens rätt

10.20

Stockholms läns landsting

Catarina Andersson Forsman, hälso- och sjukvårdsdirektör

Anders Olsson, utredare

Region Skåne

Carina Nordqvist Falk, chef för Hälsoval Skåne

Magnus Kåregård, medicinsk rådgivare

Landstinget i Kalmar län

Alf Jönsson, landstingsdirektör

10.35

Vårdföretagarna

Shori Zand, styrelseledamot

10.40

Sveriges läkarförbund

Maria Dalemar, ordf. Sveriges Distriktsläkarförening

Thomas Flodin, ordf. Stockholms läkarförening

Kåre H. Jansson, utredningschef Läkarförbundet

10.45

Svensk förening för allmänmedicin, SFAM

Annika Eklund-Grönberg, ordförande

Mats Rydberg, styrelseledamot

Madelene Andersson, styrelseledamot

10.50

Vårdförbundet

Anna-Karin Eklund, ordförande

	Eva-Lisa Krabbe, förbundssekreterare
	Kerstin Belfrage, ombudsman
10.55	Distriktssköterskeföreningen
	Inger Rising, ordförande
	Ulla Falk, styrelseledamot
11.00	Paus
11.30	Pensionärernas Riksorganisation, PRO
	Ola Johansson, sakkunnig i socialpolitiska frågor
	Sveriges Pensionärsförbund, SPF
	Karl Erik Olsson, ordförande
	Gunnar Degerman, omvärldsanalytiker
11.40	Handikappförbundens samarbetsorgan, HSO
	Ingemar Färm, styrelseordförande
	Lars Berge-Kleber, vice styrelseordförande
	Tommy Fröberg, avdelningschef
	Reumatikerförbundet
	Anne Carlsson, förbundsordförande
	Kristina Söderlund, intressepolitisk ombudsman
11.50	Statens folkhälsoinstitut, FHI
	Svante Pettersson, projektchef
	Åsa Wetterqvist, projektledare
12.00	Frågor och diskussion
12.30	Avslutning
	Socialutskottets vice ordförande Ylva Johansson

Från socialutskottet deltog:

Kenneth Johansson (c) ordförande
 Ylva Johansson (s) vice ordförande
 Cecilia Widegren (m)
 Magdalena Andersson (m)
 Christer Engelhardt (s)
 Lars U Granberg (s)
 Tobias Krantz (fp)
 Jan R Andersson (m)
 Lennart Axelsson (s)
 Chatrine Pålsson Ahlgren (kd)
 Margareta B Kjellin (m)
 Elina Linna (v)
 Catharina Bråkenhielm (s)
 Lars-Ivar Ericson (c)

Thomas Nihlén (mp)

Per Svedberg (s)

Ann Arleklo (s)

Barbro Westerholm (fp)

Rosita Runegrund (kd)

Eva Olofsson (v)

Maria Kornevik-Jakobsson (c)

Maria Lundqvist-Brömster (fp)

Solveig Ternström (c)

Från socialutskottets utfrågning Vårdval i primärvården

Ordföranden: Jag heter Kenneth Johansson och är ordförande i riksdagens socialutskott. Med mig på podiet har jag vice ordförande Ylva Johansson och kanslichef Monica Dohnhammar.

Jag vill säga varmt välkommen till socialutskottets utfrågning med anledning av regeringens proposition *Vårdval i primärvården*.

Jag säger välkommen till er som är inbjudna för att medverka. Jag säger välkommen till åhörare här i riksdagens Förstakammarsal och till alla som följer oss via SVT24 och till medierepresentanter och utskottskolleger med flera.

Olika vårdvalsmodeller växer nu fram över Sverige. En del landsting och regioner har kommit längre än andra. En del är på gång och börjar få erfarenheter. I andra förs diskussioner. Det är spännande och, enligt min mening, en positiv utveckling.

På socialutskottets bord har vi nu propositionen *Vårdval i primärvården*. Syftet med förslagen är att öka patienternas valfrihet och stärka patientens ställning och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning och därmed öka mångfalden i vården.

Tanken, enligt propositionen, är att alla landsting ska införa vårdvalssystem och att alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemet också ska ha rätt att starta primärvård, till exempel nya vårdcentraler, med offentlig ersättning.

Grundtanken i ersättningssystemen, som landstingen själva formar, är att pengarna följer patientens val.

Ett annat förslag som presenteras i propositionen är att man ska ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin.

Som ett led i beredningen av propositionen har vi bjudit in ett stort antal personer som utifrån olika utgångspunkter har lovat oss att ge sina synpunkter. Flera har önskat att vara med, och det är mycket glädjande. Men vi säger direkt från utskottet: Välkomna med skriftliga synpunkter till utskottet! Vi har dem med oss i vårt fortsatta arbete.

Återigen: Varmt välkomna till dagens offentliga utfrågning!

Anders Anell: Tack så mycket för inbjudan hit och för att jag dessutom får förmånen att inleda!

Jag tänkte använda mina tio minuter till att ge en kommentar utifrån vad som sker just nu ute i landstingen. Man kan väl säga att det framför allt är det som jag har ägnat mina studier åt.

Man kan då se på hur läget ser ut just nu bland landsting och regioner. Det är knappt hälften som antingen har infört det här eller som har ett startdatum för att införa nya vårdvalsmodeller.

Det är fyra landsting och kommuner som har infört detta – Halland, Västmanland, Stockholm och Gotland. Och det är fem, fick jag ihop det till när jag surfade runt på landstingens hemsidor häromdagen, som har beslutat sig för att införa detta, som har ett startdatum för att införa nya vårdvalsmodeller.

Jag tycker att det är viktigt att notera att utvecklingen bland de här nio, knappt hälften av landstingen, egentligen inte har drivits fram av staten och av tanken om ett statligt krav på vårdvalssystem, utan det är landstingen och regionerna själva som har drivit fram den här utvecklingen.

Om man jämför de lösningar som har införts under 2007–2008, framför allt i Halland, Västmanland och Stockholm, med de landsting och regioner som ska införa eller har beslutat sig för att införa detta under 2009 kan man dra flera viktiga slutsatser.

Först och främst – och som vanligt, får man väl säga, när det gäller decentraliserade system – varierar modellerna, som vi också hörde i inledningen här. Men om man ser till traditioner i olika landsting och regioner och om man ser till de mål som man har ställt upp för vårdvalsmodeller är de här olikheterna i vårdvalsmodellerna ganska logiska.

Vi kan ta Halland och Stockholm som exempel. I Stockholm var viktiga mål som man ställde upp när man införde värddval i primärvården att man ville ha mer mångfald. Man ville ha en bättre tillgänglighet till läkare, framför allt. Då är det naturligt att man, som i Stockholm, satsar på mindre enheter med husläkare i fokus, att man satsar på mer besökersättning.

I Halland hade man helt annorlunda mål. Där ville man mer påverka vårdstrukturen i stort. Man ville flytta över verksamhet i närsjukvården, som man kallar det. Då är det logiskt att man vill ha listning på enheter snarare än på enskilda husläkare. Man vill ha flera kompetenser på de här enheterna. Man vill ha mer fast ersättning per listad individ.

Jag tycker också att det är intressant och värt att notera att man, om man ser till de uppföljningar som har gjorts i både Stockholm och Halland, så här långt i alla fall, i huvudsak har nått de mål som man ställde upp. Det innebär inte att allting är oproblematiskt och att man inte har saker att göra och att det inte finns utvecklingsbehov. Men i stort och hittills har man, enligt de uppföljningar som har gjorts, nått målen.

Ser vi till de landsting som kommer att införa vårdval under 2009 är det snarast Hallandsmodellen som tjänar som förebild. Det tycker jag också är viktigt att notera. Om vi tittar på till exempel Region Skånes modell och Västra Götalands modell ser vi att det är ett brett ansvar ute i primärvården, mycket fast ersättning och mycket kostnadsansvar som gäller. Och åtminstone när det gäller kostnadsansvaret är det snarast så att Västra Götaland och Region Skåne har högre ambitionsnivå än vad man har haft i Halland. Man vill inkludera läkemedelskostnadsansvar från början, till exempel.

Man har i och för sig också andra tankar när det gäller att vikta vårdpeng och så vidare, men det förändrar inte att principerna följer dem som man har fastlagt i Halland.

Tittar vi på förändringen i Sverige i ett lite bredare internationellt perspektiv och jämför med andra länder tycker jag också att det är intressant och viktigt att notera att modellen i Stockholm är ganska traditionell.

Det är det vanliga i andra länder – vi kan titta på hur det är i Norge och Danmark men också i andra länder – att man fokuserar på husläkares eller familjeläkares insatser. Det är mer av besöksersättning i andra länder än vad vi har traditionellt i Sverige.

Vi kan titta på Hallandsmodellen och dess efterföljare, till exempel Skåne eller Västra Götaland. Det är en ganska innovativ modell i ett internationellt perspektiv. Men modellen rymmer samtidigt väldigt mycket svenska primärvårdstraditioner. Det här med brett ansvar i primärvården, till exempel, är ingenting nytt. Man kan gå tillbaka till dokument om primärvården från början av 70-talet. Där hittar man de här tankarna, att vi i primärvården inte bara ska ha allmänläkare, utan vi ska också ha andra specialiteter, och vi ska ha ganska stora enheter.

Det här med fast ersättning och mycket kostnadsansvar är också, kan man hävda, en del av den svenska traditionen.

Det är klart att det här gör det ganska spännande, i synnerhet som de flesta landsting följer Halland snarare än Stockholm. Samtidigt finns det ett oändligt behov av att följa upp och utvärdera de här modellerna, eftersom det finns så lite erfarenhet, även internationellt, av modellerna.

Jag kan kanske tycka att det har varit väldigt mycket uppmärksamhet kring Stockholmsmodellen, inte minst i den politiska diskussionen. Med avseende på utvecklingen i landet borde man fokusera mycket mer på Hallandsmodellen och de modeller som man nu sjösätter i till exempel Skåne och Västra Götaland.

Man kan till exempel konstatera att förutsättningarna för att uppnå konkurrens och vikten av att uppnå konkurrens är annorlunda i den modellen.

Har man mycket fast ersättning och mycket kostnadsansvar finns det en risk för att kostnadskontrollen blir för dominerande. Allt det som man inte gör för patienten kan enheterna, så att säga, behålla som vinst. Samtidigt kan man med mycket fast ersättning och mycket kostnadsansvar skapa drivkrafter mot större enheter för att på det sättet hantera den finansiella risken.

Sammantaget innebär det, åtminstone teoretiskt, att det med Hallandsmodellen och dess efterföljare på ett sätt är svårare att uppnå konkurrens, eftersom vi har de här drivkrafterna mot större enheter. Men samtidigt är det mycket viktigare för att man ska få en motkraft till den här risken för negativa effekter, att kostnadskontrollen blir för dominerande.

Jag har i något sammanhang hävdad att Stockholmsmodellen, bara sett till förutsättningarna för konkurrens, egentligen är en modell som passar bäst i glesbygden, medan Hallandsmodellen, sett till förutsättningarna för att skapa konkurrens, passar allra bäst i Stockholm. Varken Stockholm eller Halland gillar helt det påståendet. Men sett till förutsättningarna för att skapa konkurrens tror jag att det är så det ligger till.

Jag tycker också att det är viktigt att poängtera att problemet med Hallandsmodellen och det potentiella problemet med modellen i Skåne och Västra Götaland inte är att det skulle bli för mycket konkurrens med de här vårdvalsmodellerna. Den risk som jag ser är att det blir för lite konkurrens och att det ger negativa effekter för befolkningen.

Det finns alltså all anledning att följa detta, inte så mycket med fokus på Stockholmsmodellen, tycker jag, utan med fokus på de modeller som nu vinner terräng i svensk sjukvård. Det handlar då om modeller i Halland, Västra Götaland och Skåne.

Därutöver kan man väl säga att det finns många andra möjligheter för staten att bidra utöver uppföljning. När det gäller ersättningssystemen är en reflexion att varje landsting fortfarande försöker att klara det väldigt mycket på egen hand samtidigt som det kanske finns all anledning att i stället försöka göra någonting gemensamt och därigenom uppnå högre kvalitet.

Även när det gäller uppföljning, information till allmänheten och över huvud taget registrering av det man gör i primärvården kan jag se ett väldigt stort behov av att man arbetar på nationell nivå med lösningar.

Men, som sagt, det handlar inte minst om att man ser till att de modeller som sätts följs upp och utvärderas.

Ebba Sjögren: Herr ordförande! Tack så mycket för möjligheten att komma hit för att kort sammanfatta erfarenheter från Norges införande av ett vårdvalssystem inom primärvården!

Min presentation tar sin utgångspunkt i det jag skrivit i bilaga 2 i delbetänkandet *Vårdval i Sverige*. Denna bilaga författades med utgångspunkt i att kartlägga en större strukturreform där man genomförde ett nationellt system för vårdval.

Norge har i likhet med Sverige tidigare haft ett annat sätt att organisera primärvården, med områdesansvar. Till skillnad från bland annat Storbritannien och Danmark, som har haft husläkarsystem sedan 40-talet, har de alltså nyligen och i modern tid gjort den här förändringen. Jag kommer att återkomma till hur man ska tolka detta lite senare.

I korthet kan den norska så kallade fastlegeordningen sammanfattas med att det är en nationell modell som sjösattes 2001. Då hade man tidigare under 90-talet genomfört försöksverksamheter i fyra kommuner och utvärderat dem.

Det finns några centrala element i den här reformen. Det finns mer detaljer i bilagan. Men ersättningssystemet består av en 30-procentig kapitationsersättning som bekostas av kommunerna. Därtill kommer 70 procents prestationsbaserad ersättning som delas, inte riktigt jämnt, mellan en aktivitetsbaserad ersättning som staten bekostar och patientavgifter som tillkommer i samband med besök.

Nivåerna för samtliga de här ersättningsslagen sätts centralt, och det är en väldigt detaljerad taxa för aktivitetsersättningarna som finns på plats.

Vad gäller etableringsreglerna medförde införandet av fastlegeordningen att man avskaffade det så kallade driftstillskottet, som man ett tiotal år tidigare hade infört, som kommunerna betalade till privatpraktiserande läkare med avtal.

För att etablera sig som husläkare i Norge söker man någon av de i kommunen utlysta läkartjänsterna. Det finns alltså en behovsutvärdering, kan man säga, för att se huruvida man ska ha ytterligare etablering i varje kommun. Men det finns ingen negativ ekonomisk effekt av överetablering. Det vill säga i och med att kommunerna betalar enbart för kapitationen är det avhängigt antalet medborgare de har, inte antalet läkare.

För att etablera sig som husläkare behöver man inte heller vara specialist i allmänmedicin. Däremot finns det ekonomiska incitament att specialisera sig, eftersom man får mer betalt.

Till slut är det valprocessen. Medborgare kan alltså välja att stå utanför fastlegeordningen – jag ska återkomma till vad det innebär. Men givet att de väljer att vara med har de möjlighet att lista sig hos en läkare, och det finns inga geografiska hinder för det.

Man får byta två gånger per år. Och man kan sätta upp sig på till exempel en väntelista om det är fullt på den läkarlista som man vill lista sig på. Det finns dock ingen garanterad plats. Det finns inget krav på att man ska ta emot fler än vad man har plats för på sin lista.

Valet sker på olika sätt. Men man har framför allt utvecklat ett nätbaserat system där det finns information om läkarens adress och kön och antalet personer på denna läkares lista. Däremot finns det begränsad ytterligare information om andra kvalitetsdimensioner.

Jag ska kort säga något om de olika krav på deltagande som finns. Jag har tidigare nämnt att man inte är tvungen som medborgare att vara med i fastlegeordningen. Med det sagt är det ungefär 99 procent av Norges medborgare som är med. Det beror på att man får betala betydligt mer om man väljer att besöka en läkare om man inte har valt en husläkare.

För läkare finns det också möjlighet att stå utanför fastlegeordningen, och det finns de som förblir anställda, framför allt i kommunerna, men de är förhållandevis få, och de blir färre.

I samband med att fastlegeordningen genomfördes var ungefär 20 procent av läkarna i den norska läkarkåren i primärvården anställda. I dagsläget är det drygt 90 procent som är egenpraktiserande, så det har skett en minskning där över tiden.

Kommunerna i sin tur har inget val huruvida de vill delta eller inte. Däremot finns det ett handlingsutrymme när det gäller hur de väljer att utforma villkoren i de så kallade fastlegeavtalen, som man sluter med de läkare som tillsätts på de tjänster som man utlyser. Det finns alltså lokala bestämmelser om allting utom ersättningsnivåerna.

Sedan gäller det då genomförandet av fastlegeordningen. Det är viktigt att poängtera att det här är en reform i flera steg. Man började alltså privatisera läkarkåren inom primärvården i Norge i början av 90-talet, kan man säga. Då kom det en första våg i en stor reform. Och som jag tidigare nämnt var det bara knappt 20 procent som var anställda, löneanställda, när fastlegeordningen genomfördes.

Det måste också poängteras att strukturreformen är väldigt anpassad till de norska omständigheterna. Det vill säga de problem man såg gällde framför allt läkartäckning och rekrytering och i någon mån tillgänglighet. Det var just för att försöka göra det mer attraktivt att jobba i primärvården som man genomförde den här förändringen. Och det finns ekonomiska belöningar, för de olika aktörerna, för att delta i reformen – det har jag tidigare nämnt.

Då kan man komma in på det som kanske är mest relevant, nämligen: Vad har man dragit för slutsatser av den här reformens genomförande? Då måste man poängtera att det fortfarande är en relativt ny reform. Men man kan se till de här tre kategorierna.

Effekterna av reformen för patienter kan sammanfattas i ett antal olika punkter.

Jag har redan nämnt att det finns ett väldigt högt deltagande. Ungefär 95 procent av Norges medborgare har i dag plats på en besatt läkarlista. Det vill säga de har en fast läkarkontakt i primärvården. Å andra sidan hade runt 70 procent det redan innan fastlegeordningen genomfördes, så det här var inte radikalt annorlunda. Det är 20 procent som har tillkommit, så att säga.

Om man ser till nöjdheten med primärvården och med den egna läkaren har folk blivit mer nöjda, generellt. Men det var från en väldigt hög nivå. Det finns ett antal olika studier, men en större enkätstudie visade på ungefär 85-procentig nöjdhet före fastlegeordningen. Då finns det kanske inte så stor förbättringspotential.

Med det sagt är det inte entydigt positiva resultat, framför allt inte om man ser till förväntningarna och den upplevda tillgängligheten. Men där finns det en diskussion i de studier som har genomförts om att förväntningarna på tillgänglighet också har ökat. Även om det finns objektiva förbättringar leder det alltså inte automatiskt till att man upplever det som mer positivt.

Många upplever ingen förändring – det är också viktigt att poängtera. Det hänger ihop med att det här inte var en så radikal reform i det norska sammanhanget.

För att inte prata för generellt om patienter som någon form av homogen grupp kan jag säga att man har gjort en särskild studie av patienter med komplexa och sammansatta behov. Där har man dragit slutsatsen att de som inte hade fast kontakt innan den här reformen genomfördes har gynnats i och med att de har fått en fast kontakt. Det påverkar upplevelsen positivt. Men många i den här gruppen har redan många kontakter med vården, och de fortsätter att ha det.

Det kanske också är ett sätt att hantera ett eventuellt missnöje med sin husläkare, att man faktiskt har andra ingångar.

Bytesbenägenheten är inte enorm i det här systemet. Varje kvartal – de för alltså kvartalsvis statistik över bland annat bytesbenägenhet – är det mellan 1 ½ och 2 procent som byter läkare. Av dessa byten är ungefär hälften egeninitierade. De är alltså inte föranledda av att till exempel läkaren går i pension eller av att det sker sådana förändringar.

Man kan se till vårdpersonal och vårdorganisationer. Jag kan inte nog upprepa att det här inte är en radikal reform i det norska sammanhanget. Fokuset har ju varit på att påverka läkarnas situation. I Norge har man inte en tradition av vårdcentraler med flera olika professionella grupper, så här har man kunnat rikta in sig på *en* vårdprofessionell grupp. Ser man till deras erfarenheter pekar studier på att man från läkares sida upplever ett större ansvar för de egna patienterna, vilket också var ett viktigt syfte med reformen. Ett antal studier visar också på att man upplever att man har mer att göra, mer arbete, att arbetsbelastningen kan ha ökat för att man har ett tydligare ansvar för egna patienter.

Här visar det sig ändå att det finns en större variation i arbetsmängd. Det vill säga den grupp som skulle vilja ha fler patienter är ungefär lika stor som den grupp som skulle vilja ha färre patienter. Så det är inte en entydig bild, att man har fått mer att göra, utan det är just en spridning som har uppstått.

Sedan verkar det som att man i Norge har en del av den generella egenföretagarproblematiken inom primärvården, eftersom det inte är stora vårdorganisationer som driver de här läkarpraktikerna. Det handlar sällan om solopraktiker – det är ungefär 15 procent där det bara är en läkare. Men det är en mindre grupp läkare som jobbar tillsammans.

Till slut gäller det då sjukvårdssystemet. Här verkar det också som om det finns många positiva erfarenheter och en del mindre positiva.

Genomförandet av fastlegeordningen sammanfaller med en faktisk utbyggnad av primärvården. Det är den slutsats som många forskare drar. Kostnaderna har nämligen ökat i samband med det här. Men det är inte kopplat till modellen som sådan utan till att man har valt att inte sätta ett

avgiftstak för de prestationsbaserade ersättningarna. Man har från statens sida skjutit till extra medel när man har överskridit de ursprungligen budgeterade pengarna.

Det har alltså inneburit en utbyggnad, men det har också varit ett politiskt mål att lägga resurser på en underdimensionerad primärvård.

Man ser också i sjukvårdssystemet som helhet att det kvarstår en del samordningssvårigheter mellan olika parter. Det beror delvis på det tydligare ansvar som husläkaren har för den egna patienten. Det betyder att alla andra parter i systemet måste ta kontakt med husläkaren. Det kan innebära en del merarbete på ett sjukhem till exempel där alla patienter, teoretiskt i alla fall, kan ha olika husläkare som man då ska vända sig till.

I och med att husläkaren endast ersätts för konsultation rörande en specifik egen patient kan det också påverka i vilken mån man kan få stöd och hjälp av en läkare i sådana situationer.

Genomförandet av fastlegeordningen har också sammanfallit med ett starkt remisstvång. Men här är det lite svårt att sja om vad konsekvenserna av det är. I Sverige har vi ingen tradition med ett grindvaktssystem. Men i Norge har man samtidigt som man genomfört fastlegeordningen även förstatligat de norska sjukhusen och ökat antalet specialister. Att det har blivit fler remitteringar skulle då eventuellt kunna tolkas som en effekt av den reformen snarare än av fastlegeordningen.

För att sammanfatta kan jag säga att det finns stora skillnader i de reformelement som finns i Norge och det som i alla fall på försök har genomförts i Sverige. Professor Anell har tidigare påpekat att Stockholmsmodellen ligger närmast det norska systemet. I Norge är det ett mer enhetligt och centralt bestämt system, och det finns, som jag tidigare nämnt, inget utgiftstak för staten.

Man kan säga någonting om vad detta kan innebära för Sverige. Genom att titta på det norska exemplet det finns ju en avvägning mellan styrning och frihet som ser annorlunda ut här än det som föreslås i Sverige. Just på grund av den större variation som ska tillåtas hos landstingen kan det bli svårare att styra mot enhetliga nationella mål. Däremot är ju den uttryckliga önskan att man ska ha möjlighet att utforma det på regional nivå.

Jag kan också peka på att det därmed blir särskilt väsentligt med uppföljning och utvärdering, eftersom just variationen i den lokala styrningen kräver att det finns möjlighet att göra justeringar och följa upp vad konsekvenserna blir av de här olika modellerna.

Som jag tidigare nämnt bygger det här på bilaga 2 i *Vårdval i Sverige*.

Elisabet Svensson: Ärade riksdagsledamöter, mina damer och herrar! Jag är distriktsläkare på en vårdcentral som heter Vårby. Jag har varit det i 30 år. Jag har varit chef där i 20 år.

Vårby vårdcentral ligger söder om Stockholm. Det är sedan i april 2008 inrymt i ett snyggt kontorshus. Tidigare hade vi mycket gamla lokaler.

Läkarfördelningen i Sverige ser helt annorlunda ut än i andra jämförbara länder. Vi har en väldigt låg andel specialister i allmänmedicin. Det är 15–20 procent jämfört med 30–40 procent i andra länder.

Vi har satsat på subspecialister. På de flesta specialistområden har man subspecialister, det vill säga att man har en väldigt djup kunskap i ett mycket smalt område. Det är det här som är bakgrunden till att man vill slopa kravet på allmänläkarkompetens för husläkare. Vi är helt enkelt för få. Min reflexion är bara: När ortopederna tar slut, ska då medicinarna operera?

Jag vill ta er till min vardag. Jag står som representant för ett område söder om Stockholm. Vårdval Stockholm genomfördes 2008. Där är ersättningen lika för alla, fattig som rik, sjuk som frisk. Endast ålder ger extrapengar. Jag står alltså i dag som representant för dem som är fattiga och sjuka, dem som inte hörs, dem som ingen räknar med, dem som inte röstar eller inte får rösta, dem som har ett väldigt högt ohälsotal. Hos oss är det 63, jämfört med 41,8 i riket i övrigt. 37 är Försäkringskassans mål för 2008. Det finns många sådana här områden i Sverige.

Med Vårdval Stockholm förlorade vi de extrapengar som vi tidigare hade fått på grund av hög sjuklighet och även tusen passivt listades kapi-teringsersättning. För att få samma ersättning skulle vi öka patientantalet, besöksantalet, med 50 procent.

Tillgänglighet var honnörsordet. Men tillgänglighet för vem? Tillgänglighet mätt i antal besök har ökat genom Vårdval Stockholm med ca 12 procent. Men frågan är för vem? Med fri etablering, var tror ni att man etablerar sig?

Jag vill ta med er till min vardag. Om jag inte hade stått här i dag 9.30–12.30 hade jag antingen haft en snabbakutmottagning eller en planerad mot-tagning.

Jag har valt en dag i december att ta med er till min vårdcentral, en helt vanlig måndag. Min kollega hade då snabbakutmottagningen. Han behandlade 19 patienter med 19 diagnoser för vanliga åkommor som skulle ha läkt av sig själva om patienterna inte hade kommit. Tidigare hade de ringt till vårdcentralen, fått råd av sjuksköterskan och hade inte behövt komma.

Jag hade i stället planerade besök. Jag hade sex kroniska patienter. Jag vill berätta om dem. Jag har fingerat namnen, men de har namn som visar var de kommer ifrån.

Den första patienten är Kaarina. Det är en 52-årig kvinna som kommer i rullstol. Hon har ALS, sömnapné, KOL, diabetes, blodfettssrubbnings, hypertoni och depression. Det är sju diagnoser för allvarliga sjukdomar.

Ayse är en 50-årig kvinna från Turkiet. Hon behöver tolk, men tolken dyker aldrig upp. Hon har en levercirros på grund av hepatit B, insulinbe-handlad diabetes och hon klagar över trötthet. Det visar sig att hon håller på att sanera tänderna, och därför kan hon inte tugga. Hon lever därför på

flytande föda. Flytande föda för henne är söta juicer och söta drycker över huvud taget. Hon har i dag ett skyhögt blodsocker. Hon hade fyra diagnoser, men språksvårigheter.

Nästa patient är Anna. Hon är 75 år och nästan blind på grund av maculadegeneration. Hon har insulinbehandlad diabetes, magmunsbråck, artros, B₁₂-brist och sömnstörning. Det är sex diagnoser hos en gammal kvinna.

Bengt är 67 år. Han är opererad för brustet aortaaneurysm, har magmunsbråck, sömnapné, psoriasis, och i dag har han plötsligt ett högt blodsocker. Han har alltså fyra diagnoser och är orolig för den femte.

Eva är en 50-årig före detta missbrukare med en lugn psykos. Hon har hepatit C som nu behandlas. Hon har ångest, sömnstörning, hypertoni och KOL. Hon berättar i förbigående att hon har en burk kortison hemma som hon tar en tablett av lite nu och då när hon känner sig sämre. Det är sex diagnoser inklusive psykisk sjukdom.

Den sjätte patienten är en patient som har bytt vårdcentral, så jag har inga papper på honom. Han har just kommit hem från Bosnien där han har behandlats för djup bentrombos med blodförtunnande medicin. Men den medicin som han fick där nere har inte vi här, utan jag måste försöka översätta den till någon medicin som jag kan ge honom. Han har med sig journalkopior och ultraljud, men de är på bosniska. Han lider även av spinalstenos och hypertoni. Han har alltså tre diagnoser, men språkförbistring.

Det här var sex patienter och 30 diagnoser. De är alla pensionerade trots att bara två hade uppnått pensionsåldern. Det här var en helt vanlig måndag i december utan överdrifter. Jag hade kunnat göra en mix av mina svåraste patienter. Men för trovärdighetens skull har jag bara tagit en dag ur verkligheten precis som den var.

Hur ser då ersättningen ut för dessa patienter? Jo, för de 19 akutpatienterna som kanske inte egentligen behövde träffa doktorn fick vi drygt 9 000 kronor. För de sex multisjuka som verkligen behövde träffa doktorn fick vi knappt 3 000 kronor.

Är det kvantitet eller kvalitet vi vill ha? Vilka har störst behov av min tid? Är det personer med akuta självläkande åkommor eller kroniskt sjuka som behöver medicinsk hjälp men även psykologiskt stöd för att stå ut med sitt lidande?

Många studier har visat att distriktsläkare klarar av 90 procent av dem som söker och behöver inte skicka remiss. Men om vi inte har tid med dem måste vi skicka remiss på allihop. Då hade det blivit 30 remisser på min mottagning.

Ska vi ha sjukvård efter behov eller efter plånbok? Ska vi ha en segregation? Vill vi ha A- och B-sjukvård?

I have a dream. Det är ett system i sjukvården med bred politisk förankring som består över maktskiftena med tillgänglig, god primärvård med hög kvalitet för alla i Sverige men även för den fattige och multisjuka.

Sammanfattningsvis: Vi har haft vårdval länge i Stockholm, men då var det kopplat till områdesansvar. Det ska naturligtvis vara lika oavsett driftsform. Men på grund av att det inte finns tillräckligt med allmänmedicinare föreslår jag att vårdval ska gälla vårdenhet och inte särskild enskild husläkare. På varje vårdenhet måste det finnas ett visst antal specialister i allmänmedicin.

Individer som inte aktivt listar sig listas på närmast liggande vårdenhet om de inte aktivt väljer att vara olistade. Samarbete med Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och socialkontor kräver en närområdesprincip.

Det ska vara ett begränsat antal byten av vårdenhet, som man hade i Norge, områdesansvar för hemsjukvård, dödsfall och vårdintygsbedömning. Det ska vara ett ersättningssystem som tar hänsyn till innehållet i besöket. Ett enkelt system skulle kunna vara tidstaxa där man får olika betalt för olika typer av besök.

Med detta förslag får man ersättning efter insats, och samtidigt stimulerar det till ökad produktion. Det är ett ersättningssystem som tar hänsyn till individens behov och inte bara efterfrågan. Individer med låg inkomst har större och mer komplext sjukvårdsbehov. Det behöver ersättas mer.

Ordföranden: Vi tackar Elisabet Svensson. Nästa talare är Bo Burström som är professor vid Karolinska Institutet, Institutionen för folkhälsovetenskap, avdelning socialmedicin. Varsågod.

Bo Burström: Min presentation gäller socialmedicinska aspekter på vårdvalsreformen. Hälso- och sjukvårdslagen säger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för befolkningen. Personer med större behov ska ges företräde till vården. Det är en viktig utgångspunkt för den svenska hälso- och sjukvården.

Vi vet att personer i lägre socioekonomiska grupper oftast är sjukare än personer i högre socioekonomiska grupper. Samtidigt har vi i dag ett underutnyttjande av sjukvård i förhållande till grad av sjuklighet. En fråga är hur sociala skillnader i vårdutnyttjandet kommer att påverkas av vårdvalsreformen.

Vårdvalsreformen lägger stor tonvikt vid patientens aktiva efterfrågan på vård som sedan leder till konsumtion av vård. Samtidigt finns det många steg mellan orsaker till ohälsa och vårdkonsumtion.

Hälsans bestämningsfaktorer, som är längst till vänster i figuren, utgörs av arv, miljö, arbets- och livsvillkor, levnadsvanor, till exempel rökning, sociala nätverk och kontakter. De påverkar vår risk för ohälsa och sjukdom och har en social fördelning som sedan leder till sociala skillnader i hälsotillstånd.

Huruvida ett visst hälsotillstånd uppfattas som ett behov av vård varierar mellan olika grupper. Det finns också andra faktorer som påverkar huruvida man söker vård, om behov omsätts i efterfrågan, och mönstret varierar mellan grupper.

Det kan gälla individens egen ekonomi i förhållande till patientavgifter: Har man råd att gå? Det kan gälla hur man tidigare har blivit bemött, vilken kulturell bakgrund man har, och så vidare, men också tillgången till vård eller utbudet.

Vi vet till exempel att det är vanligare att avstå från vård av ekonomiska skäl i vissa grupper trots ett behov av vård. Om resurser fördelas enligt efterfrågan av vård finns alltså en risk att resurserna inte går till de allra sjukaste.

Man behöver också åtgärder tidigare i kedjan för till exempel förebyggande insatser och för att se till att resurser går till dem som är sjukare.

Erfarenheter från andra länder som haft valfrihet i vården under längre tid visar att det inte varit ett starkt tryck från patienter att välja annat än om det lokala utbudet inte fungerar.

Valfrihet skulle kunna innebära en kvalitetsförbättring genom ökad konkurrens. I praktiken har man dock noterat en ökad kostnad, inte ökad kvalitet men en ökad ojämlikhet. Det anses bero på att valfrihet framför allt gynnar yngre välutbildade och friskare personer som kan göra bruk av den. Det finns också en risk för försämring för individer med komplexa problem så till vida att vården fragmentiseras och samordning försvåras.

Frågan är då hur man har beaktat de erfarenheterna inför vårdvalsreformen i Sverige.

En annan aspekt är primärvårdens övriga uppgifter förutom direkt patientkontakt. Det gäller primärvårdens områdesansvar, samverkan med Försäkringskassan och arbetsgivare, kommunala verksamheter, familjecentraler och lokalt primärpreventivt folkhälsoarbete. Hur tillgodoses detta i vårdvalsreformen?

Här kommer sannolikt ersättningssystemens utformning att ha stor betydelse. Ska de grundas på kaptiering, det vill säga större fast ersättning per listad person, eller ersättning per besök? Vill man premiera många och korta eller färre och längre besök? Ska fokus vara på läkare eller teamarbete med andra personalkategorier? Vilken betydelse får detta för patient- och läkarrollerna? Premieras hälsofrämjande och förebyggande arbete?

Ersättningssystemen får också en viktig betydelse när man nu har en fri etablering och kommer att påverka var det blir lönsamt för läkare att arbeta.

Ett test av vårdvalsreformen är att i relation till hälso- och sjukvårdslagens mål- omvårdnad på lika villkor för hela befolkningen där individer med större behov ska prioriteras – undersöka vilka grupper som gynnas.

Gynnas personer med kroniska sjukdomar med större behov av vård? Gynnas socialt och ekonomiskt utsatta grupper som också har större behov? Gynnas nyanlända invandrare och flyktingar? Gynnas personer som bor i glesbygd?

Slutligen bör man ställa sig frågan om det finns evidens för vårdvalsreformen, det vill säga: Är reformen baserad på kunskap? Har man beaktat erfarenheter från andra länder? Har man analyserat möjliga effekter av vård-

valsreformen för utsatta grupper? Hur säkerställer man vård efter behov? Kan man säga att vårdvalsreformen medför vård på lika villkor enligt hälso- och sjukvårdslagens 2 §?

I går presenterades också ett resultat av Läkarförbundets enkät till ungefär 700 läkare verksamma i Halland, Stockholm och Västmanland där vårdval introducerats. Det var en kraftig kritik i alla modeller mot att vårdtunga grupper får stå tillbaka. Undersökningen kommer att presenteras i veckans nummer av Läkartidningen.

Ordföranden: Tack så mycket till Bo Burström. Socialdepartementet äger nu ord och bild. Det är statssekreterare Karin Johansson. Varsågod.

Karin Johansson: Jag är väldigt glad över att få stå här i talarstolen och diskutera och prata om en fråga som ligger den nuvarande regeringen väldigt varmt om hjärtat, nämligen vårdval.

Vi har hört många eminenta talare före mig här i talarstolen i dag. Man har vänt och vridit på vårdvalet i internationell utblick, och det har handlat om att identifiera det som kan vara brister och problem, möjligheter och utmaningar.

Låt oss komma ihåg att det system vi har i dag inte löser alla problem. Jag tror det är viktigt att sätta vårdvalsreformen lite grann i sitt sammanhang.

När vi tillträdde för lite drygt två år sedan ändrade vi politikområdesmålet för hälso- och sjukvården. Vi säger att hela befolkningen ska erbjudas en behovsanspassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Med det säger vi att vi vill ha ett större mått av valfrihet.

Vi säger att vi sätter ljuset på tillgänglighetsfrågorna. Det ska vara efter behov och inte efter plånbok som vården levereras. Det ska vara en god medicinsk kvalitet, men det ska också vara en god patientupplevd kvalitet.

Då är naturligtvis vårdvalsreformen bara en av de reformer som vi för tillfället jobbar med. Här är ett pussel av olika förslag och reformer som dels är sjösatta, dels är på gång.

Patientsäkerhetsarbetet är ett fantastiskt, oerhört viktigt område för att leverera en god kvalitet i vården.

Vi gjorde egentligen som den första åtgärd när vi tillträdde den första vårdskademätningen som visade att 8–10 procent av vården genererar skador. Det är något som vi måste jobba effektivt med. Det arbetet är något vi måste stärka. Vi har förslag om skärpta tillsynsåtgärder.

När det gäller tillgänglighet har vi vårdgaranti. Vi säger att vi vill lagstadga vårdgarantin. Vi hade ett utredningsbetänkande som landade på vårt bord i december.

Vi har ett initiativ med en kömiljard där vi vill stimulera korta köer i stället för långa köer.

Vi har ett arbete med öppna jämförelser. Ska vi erbjuda våra medborgare en bra vård måste man också veta vad det är man har att välja mellan.

Det är klart att det är otroligt viktigt att det vi mäter verkligen innebär att vi jämför äpplen med äpplen och inte äpplen med päron och att informationen är lätt att förstå även för mig som patient.

I dagsläget är det väldigt mycket av jämförelserna som vänder sig till oss som representerar politiken eller beslutsfattare ute i vården och inte så mycket till patienten.

Så har vi naturligtvis den reform som vi diskuterar i dag, vårdvalet och den fria etableringsrätten i primärvården. Det är en otroligt viktig reform, tror vi.

Kenneth Johansson presenterade propositionen lite grann i sitt inledningsanförande. De stora bestående delarna i propositionen och förslaget till vårdval handlar om att patienten fritt ska välja och att ersättningssystemet följer patientens val.

Vi säger också att vårdgivare som uppfyller ställda krav ska ges rätt att etablera sig och naturligtvis få del av den offentliga ersättningen.

Vi säger också att vårdvalssystemen ska vara regionala. Vi har pratat väldigt mycket om regionala skillnader här i dag. Innehållet, ersättningen och formerna bestäms av landstinget.

Det var också otroligt intressant att lyssna på Anders Anell här inledningsvis. Han sade att i landstingen har man kunnat se att man har uppnått uppställda mål. Det är naturligtvis så att målen för verksamheten ser lite olika ut i olika landsting.

En väldigt viktig del i propositionen handlar om att det som i dag finns i hälso- och sjukvårdslagens 5 § om krav på att man är specialist i allmänmedicin för att vara den fasta läkarkontakten tas bort för att öka flexibiliteten i primärvården.

Sedan är det naturligtvis viktigt att vi följer konkurrensneutraliteten och utvärderar reformen. Det har vi förslag på att Konkurrensverket och Socialstyrelsen ska få jobba med.

Förslaget till tidsplan för reformen är nu att kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin tas bort från och med den 1 april och att reformen införs den 1 januari 2010.

Sammantaget: Varför är det bra med vårdval? Vi tror att det ger ett större inflytande för patienten. Du får själv välja. Vill du ha en speciell inriktning? Vill du ha vårdcentralen nära hemmet eller jobbet?

Vi tror att vårdvalsreformen gör vården bättre och att vi kortar köerna. Det är intressant att se den enkät som nämndes tidigare från Läkarförbundet. Det är en övervägande majoritet som säger att vi anstränger oss mer för att korta väntetiderna i vårdvalsreformen. Vi anstränger oss också mer för att bemöta patienterna på ett bättre sätt. Vi konkurrerar inte på pris utan med kvalitet.

Den tredje parametern tror jag också är otroligt viktig. Det handlar om att jag som anställd får en större möjlighet att påverka. Det är kortare beslutsvägar. Jag har möjlighet att påverka utformningen av verksamheten.

Sist men inte minst är det vård efter behov och en solidarisk finansiering via skattsedeln. Oavsett var du bor i landet ska du ha rätt att välja.

Ordföranden: Tack så mycket till Karin Johansson. Sedan är det Stockholms läns landting som representeras i talarstolen av Anders Olsson, utredare. Varsågod.

Anders Olsson: Herr ordförande! Jag ska tala om Vårdval Stockholm och de erfarenheter vi hittills har fått av vårdvalet.

När våra förtroendevalda för ett och ett halvt år sedan fattade beslut att införa vårdval var detta några viktiga punkter för dem: Öka patienternas påverkan på vården, öka tillgängligheten och öka mångfalden.

Vissa utgångspunkter skiljer sig från dem som förtroendevalda i andra landsting har haft när de har fattat beslut om vårdval. Det påverkar framför allt ersättningarna i våra system.

Exempelvis följer ersättningen i Stockholm helt patienten. Vi betalar bara för patienter som aktivt har listat sig på en mottagning. De som inte är listade ger ingen listsättning till mottagningen. Däremot får man en besöksersättning. Vi har också en väsentligt högre rörlig ersättning i Stockholm än vad man har i andra landsting.

Inom de här områdena har vi hittills infört vårdval. Det är möjligt för den som vill att auktorisera sig och driva bara en husläkarmottagning. Men den som vill driva en BVC kan också bara driva en BVC. Det gör att vi på det sättet har en bättre möjlighet för vårdgivarna att fokusera sig på bara en del av verksamheten, och det är vad man inom verksamheten tycker att man är bäst på. Man kan också kombinera ihop de olika bitarna om det är vad som är bäst för den verksamhet som man ska driva.

Ni kan också se att vi redan har infört vårdval inom fler områden även utanför primärvården.

Vårdvalet i Stockholm har kritiserats för att missgynna vård i socialt tunga områden och för att resurser kommer rika områden till del i stället för fattiga områden.

På nästa bild ska jag visa hur ersättningarna fördelade sig före vårdvalet. Här har vi den totala ersättningen per vårdcentraler i länet som de fick år 2006. Det är ersättning per listad individ sorterad efter områdets sociala tyngd.

Längst till vänster har vi de socialt lätta områdena Danderyd och Östermalm och längst till höger de socialt tunga områdena Botkyrka, Fittja och Järvafältet. Den lilla blå stapeln längst ned är det extra sociala index tillägg som vi betalade till mottagningarna.

Som ni kan se finns det inte något särskilt stort samband mellan områdets sociala tyngd och vilken ersättning vi betalade till mottagningarna. Med den här bilden vill jag inte försvara vare sig det gamla eller det nya ersättningssystemet. Men vi har fått en debatt som om vi har förstört någonting som fungerade rättvist.

Jag vill hävda att det gamla ersättningssystemet var vare sig rättvist eller fördelade pengar efter behov.

Efter tio månader gjorde vi en uppföljning av vårdvalet. Det är dels förvaltningen själv som har gjort en uppföljning, dels en lägesrapport från Karolinska Institutet som har ett uppdrag att utvärdera vårdvalet. Ni kan själva se på punkterna vad som har hänt.

Jag ska tillägga att kostnadsutvecklingen under den här perioden var ungefär 1 ½ procent, vilket motsvarar befolkningsökningen i länet.

I samma rapport studerade vi också effekten på patienterna. Jag ska särskilt peka på de små förändringarna bland de tio vanligaste diagnoserna. Detta pekar inte på att man delar upp långa besök i flera korta besök, bara tar lätta patienter eller tar onödiga återbesök.

På ett par bilder tidigare kunde ni se att produktiviteten mätt som antal besök per krona ökat med 12 procent i primärvården i Stockholm.

Här ser vi en analys av hur produktiviteten skiljer sig mellan de olika mottagningarna i olika områden. De som har bästa produktiviteten har fått värdet 1, och sedan har man fått ett värde i förhållande till hur produktiv man har varit.

Om det teoretiskt sett skulle vara möjligt att få alla mottagningar att bli lika produktiva som den mest produktiva skulle det, också teoretiskt sett, kunna innebära att landstinget skulle kunna spara 790 miljoner kronor. Det finns krafter i vårdvalet som kan utveckla vården.

En fråga är: Skiljer sig produktiviteten utifrån områdets sociala situation? Vi har samma sortering här utifrån lätt till tungt socialt område. Ni ser att det inte finns något samband mellan hur produktiv man är i en mottagning i ett högt eller ett lågt socialt område.

Vårdval Stockholm kommer att omfatta mer än bara primärvård. Här kan ni se våra närmaste planer. Vi har också inlett ett arbete för att utveckla en ny ersättningsmodell för primärvården. Den bygger på patienternas diagnoser och på vilken vård som patienterna får.

Vi har ett stort problem. Det är att det saknas goda beskrivningssystem framför allt när det gäller åtgärder. Jag hoppas att Socialstyrelsen kan påskynda det arbete som pågår där. Siktet är att den nya ersättningsmodellen ska införas till år 2011.

Önskar ni kontakt med oss kan ni nå oss på det här sättet. Catarina är sjukvårdsdirektör och min chef. Vill ni ha mer information kan ni få det på Vårdguiden och på Uppdragsguiden.

Ordföranden: Tack till Anders Olsson. Sedan är det Region Skåne som företräds att Carina Nordqvist Falk, chef för Hälsoval Skåne.

Carina Nordqvist Falk: Tack så mycket för att vi har blivit inbjudna. Vi ska berätta om Hälsoval Skåne och den modell som vi har utrett och föreslår ska införas för val av vård för det som är primärvårdsnivån.

I Skåne har vi en bred politisk enighet för det förslag som lagts fram. Det innebär att vi går i Hallands riktning. Vi har tittat på och lärt mycket av Halland. Det är ett brett åtagande som handlar om att göra det möjligt att skapa en närsjukvårdsutveckling i praktiken.

Vi har teoretiskt försökt att utreda vilka delar som skulle kunna omfattas i närsjukvård utan att komma fram till någonting. Nu sjsätter vi ett system som ger incitament och frihetsgrader för vårdgivarna att själva bygga upp det. Vi vill se fler specialister i den skånska hälsovårdsmodellen.

Vi vill också försöka styra mot uppnådda resultat snarare än besök. I Skåne producerar vi flest antal läkarbesök per invånare jämfört med Sverige i övrigt. Vi kan konstatera att vi trots det ständigt pratar om tillgänglighetsproblem i den skånska sjukvården. Vi ser ingen automatik mellan många besök och en hög tillgänglighet.

Modellen ger stora frihetsgrader till vårdgivarna. Uppdragsgivaren säger i dag vad man ska nå upp till, rätt så breda ramar, och vårdgivaren bestämmer själv hur och vem. Med det vill man stimulera en kreativitet och en dynamik, gå från snarast en likriktning i den befintliga primärvården till en olikriktning. Man vill ha en tillit och en tilltro till att kompetenta medarbetare kan, vet och själva vill utveckla vårdens innehåll. Man gör det utifrån de lokala förutsättningar som finns och utifrån de lokala behov som medborgarna har på olika ställen i Skåne. Vi hoppas att se ett antal nischade vårdcentraler där man riktar in sig kanske mot äldre, mot en specifik grupp, neurologiskt sjuka eller annat. En olikriktning och en mångfald både vad gäller innehåll och vad gäller aktörer.

Uppdraget är i det närmaste en paketslösning i stort och brett. Nästan 98 procent utgår som en fast ersättning. Den fasta ersättningen kommer dock att röra på sig beroende på hur väl man lyckas i sitt uppdrag. Ju mer av patientens vård man klarar av att erbjuda på sin egen vårdenhets tillsammans med andra kompetenser och specialister, desto större andel kan man behålla. Ju mindre tillgänglig man är och ju mindre man erbjuder hälso- och sjukvård, desto mer dras av på den fasta ersättningen.

2 procent ersätter vi för måluppfyllelsen, och det vill vi successivt öka till att en allt större andel ersätts för måluppfyllelse och en allt mindre andel är fast.

Vi fördelar resurserna efter behov. 80 procent av den skånska vårdersättningen kommer att viktas utifrån vårdtyngd som baserar sig på patientens samlade medicinska diagnoser och inte bara på dem som är ställda på vårdenheter. Modellen tar hänsyn till ålder och kön.

Vi har i Skåne en spridning mellan ungefär 0,8 och 1,25. Men enskilda individer kan så klart vikta 30–40 gånger tyngre än någon annan. Indexet visar snarast att det inte finns någon vårdcentral som bara har tunga eller bara lätta patienter.

20 procent av vårdersättningen kommer att viktas utifrån socioekonomi. Där har vi haft ett samarbete med SKL och Statistiska centralbyrån och fick i veckan de första siffrorna på tio testvårdcentraler i Skåne. Det visar att vi har en skillnad på mellan 0,70 till 1,40 i snitt, men vi har också en utstickare, Rosengård, på 1,70. Vi går nu vidare och viktat alla skåningar

enligt socioekonomi och hoppas då att kunna göra en bedömning av det resultatet som så småningom kanske kan leda till att vi kan ta fram ett nationellt index för landstingen.

De här modellerna bygger inte på någon exakt vetenskap, men ska i alla fall upplevas som tillräckligt rättvisa.

Självklart ställer en modell med de här stora frihetsgraderna jättestora krav på uppföljning och kontroll. Vi måste säkra att vi fick det som låg innanför ramarna/kraven. Det är någonting som vi i Skåne inte har en tradition av att göra i någon större omfattning, utan det är någonting vi måste bygga upp, förhoppningsvis i samarbete med andra landsting.

Alf Jönsson: Herr ordförande! Tack för att ni bjöd in oss.

Landstinget i Kalmar län har sedan 1994 haft ett ersättningssystem för primärvården som har utvecklats till dagens kapiteringssystem för våra hälsocentraler. Systemet innehåller ersättningar för det som faktiskt utförs, är en transparent resurstilldelning och möjliggör jämförande analyser och skapar incitament för ökad produktivitet.

Sedan 1999 har vi arbetat med ett förbättringsprogram, alltifrån mottagning, sjukvårdsupplysning till erkänsla för våra vårdcentraler, allt för att öka tillgängligheten inom primärvården.

För vår egen del har vår modell haft betydelse i avseende på tillgängligheten till sjukvård för dem som bor i Kalmar län. Patienten har givetvis rätt att lista sig hos den doktor som han eller hon önskar.

Vårt landsting har i dag toppresultat i enkätundersökning Vårdbarometern, som speglar befolkningens erfarenheter och kunskaper om och attityder till svensk hälso- och sjukvård. Tillsammans med landstingen i Halland och Blekinge hamnar vi i topp inom alla frågeområden som handlar om nöjdhet och tillgänglighet. De här landstingen har också behållit sin position sedan Vårdbarometern startade år 2001.

Vi är givetvis stolta över och uppmuntrade att fortsätta det här arbetet. Det är många andra landsting som kommer till oss och studerar vårt arbete med systematisk förbättring.

Vi har dessutom vidareutvecklat våra vårdcentraler till hälsocentraler, allt för att även fokusera och skapa en struktur kring det förebyggande arbetet. På en hälsocentral kan en patient förutom den vanliga sjukvården även få hjälp med att ändra sin livsstil. På hälsocentralen finns en eller flera hälsokoordinatorer som hjälper patienterna inom områden som kost- rådgivning, rökavvänjning, fysisk aktivitet, stressproblem och alkoholproblem.

Svårigheter och farhågor då? Givetvis ser vi svårigheter och vissa farhågor när ett sjukvårdssystem ska förändras. Det finns till exempel i dag inga övergripande fastställda kvalitetsregister för primärvården som kan påvisa faktiska kvalitetsskillnader för att underlätta ett val för patienten. Även om vi inom hälsocentralerna har börjat arbeta med kvalitetsmått utifrån mål och mått för allmänmedicin, finns det mycket mer att göra. Detta för att det inte ska bli ett val i blindo för patienten.

Lokala förutsättningar har också betydelse. Därför är det ytterst rimligt att vi i vårt län får påverka hur vi organiserar verksamheten och var vi har behov av etableringar.

En annan farhåga är att den lilla hälsocentralen i till exempel glesbygd eller den enskilda privata doktorn kommer att få svårt att klara ett brett uppdrag då kapiteringsersättningen riskerar att bli låg när reformen inte ska kosta mer än dagens system.

Sedan har vi en önskan att politiska reformer, om de ska vara trovärdiga, måste vara hållbara över tid, över flera mandatperioder, såväl för huvudmannen som för verksamheten oavsett i vilken regi den bedrivs. Det tar lång tid att bygga upp fungerande och säkra system.

Dessutom måste den här typen av reformer vara fullt finansierade. Här kan jag inte nog understryka hur bedrövligt vi anser det vara att ni inte lyckas komma överens med sektorn om läkemedelskostnaderna. När staten själv hade det här var kostnadsuppräkningsstakten 10–15 procent per år. Hälso- och sjukvårdssektorn har starkt bidragit till en sänkt kostnadsutveckling över tid, och vår belöning för detta arbete är återigen en nolluppräkning. Men kostnadsökningen på 6,7 procent, vilket är ett snitt för riket, eller 39 miljoner kronor för vårt län under 2008, underlättar i varje fall inte införandet av nya politiska reformer.

Shori Zand: Tack för att Vårdföretagarna får vara med här.

Fria val i Sverige är någonting som privata vårdföretagare under många strävat efter och ställer sig bakom. Vi ser valfriheten som en hörnsten i en modernisering av det svenska sjukvårdssystemet. Vi ser att politiker letar efter valfrihetslösningar. Medborgarna vill ha det, och politikerna vill införa det.

Vi anser att det fria valet kommer att leda till att man betraktar patienterna som en tillgång och inte som kostnad. Det är viktigt. Man skapar ett klimat som skapar dynamik och föder innovativa lösningar. I dag ser vi att efter införandet av fria val och valfrihetsmodellen är det många innovativa lösningar som kommer från verksamheten, från medarbetarna, och det har skapat en stor delaktighet.

Verksamheterna kommer att sträva efter att bli bättre och bättre och slå vakt om kvaliteten. Med kvalitet menar vi inte endast medicinsk kvalitet utan också service, tillgänglighet, att möta patienterna på ett värdigt sätt och ge vården när de behöver den, inte när vi anser att de ska komma.

Fria valet leder till att det skapas mer lyhördhet och ödmjukhet inför nya uppdrag och en anpassningsförmåga, att vara så flexibel i verksamheterna att man kan anpassa dem efter nya behov och de önskemål som kommer från både beställarna och framför allt patienterna.

Det fria valet har lett till att många verksamheter är ännu mer tydliga i sitt ledarskap. Man får tydligare mål för verksamheten, och medarbetarna är med och formar målen. Det är inte produktionsmålet som är viktigt utan verksamhetens mål där alla ska vara aktiva och bidra till att vi når målet där medborgarna är nöjda.

Visionen från Vårdföretagarna är att kunna konkurrera på lika villkor, att beställarna skapar en konkurrens där rimliga krav och rimliga och goda förutsättningar finns så att fler vågar komma in i marknaden, lita på sina uppdragsgivare och utföra sina uppdrag på ett optimalt, acceptabelt och kvalitativt sätt.

Vi anser att ett lyckat fritt val kräver mångfald, och med mångfald menar vi flera aktörer av olika slag på marknaden. Vi vill ha fler sjuksköterskor på marknaden. Vi vill ha små och stora företag, och för det krävs vissa förutsättningar. Det krävs korrekta och neutrala upphandlingar. Det krävs att man ställer rimliga krav på aktörer så att de små kommer in och känner sig välkomna på marknaden. Det krävs en helt annan attityd mot företag och företagande. Det här är otroligt viktigt. I dag är det fria valet infört i Stockholm och snart i hela landet. Vem gagnas av det fria valet? Hur många små vågar komma in? Vilka krav ställer vi på dem? Det här är otroligt viktiga frågor.

Vi vill ha en öppen kvalitetsutredning som ska gälla både den offentliga och den privatdrivna verksamheten. Resultatet ska redovisas öppet så att allmänheten kan ta del av det för att det ska bli en rättvis bild av privatdriven vård. Det är viktigt för verksamheten.

Vi vill se möjligheter för fler företagare att komma in, och vi ser chanser för en bättre marknad och bättre näringslivsklimat i Sverige för första gången. Vi vill bli en naturlig del av den framtida vården.

Maria Dalemar: Tack för inbjudan! Jag är specialist i allmänmedicin, ordförande i Svenska distriktsläkarföreningen och ledamot i Sveriges läkarförbunds centralstyrelse.

Vårdval i primärvården är i dag på dagordningen. I dag är de så att ungefär 1 ½ miljon svenska medborgare saknar fast läkarkontakt. Det är för mig helt oacceptabelt och otillfredsställande. Frågan som jag ställer mig och som jag hoppas att ni ställer er är: Kan vårdval förändra detta? Ja, jag tror att det kan göra det om det kommer att innebära en reell förstärkning till primärvården, inte bara i ord utan också reella medel. På sikt skulle vi önska ett nationellt system.

Det finns ingen vårdvalsmodell som är optimal, som det ser ut i dag. Vi tror inte att vare sig Vårdval Stockholm eller Hallandsmodellen eller någon av de andra modellerna är den som är den optimala. De nuvarande modellerna måste alla utvärderas och utvecklas. Det bärande motivet för att skapa ett nationellt vårdvalssystem är att befolkningen ska kunna garanteras lika vård oavsett bostadsort och diagnos.

Jag tänker lyfta fram några delar som vi anser är särskilt angelägna för att det ska bli en bra vårdvalsmodell som ska vara välfungerande, kunna erbjuda patienterna en fast läkarkontakt och innebära att patienterna känner tillit och trygghet i vården. Då behövs det ett tydligt uppdrag, ett uppdrag där helhetsansvaret för patienterna kommer fram oavsett ålder och sjukdom och där vi fortsättningsvis ska arbeta i team med andra yrkesgrupper som sjuksköterskor, kuratorer, psykologer, rehabpersonal med flera.

Det måste tydligt framgå vad uppdraget omfattar men inte hur det ska utföras.

Självklart ska det vara specialister i allmänmedicin som är den helt dominerande specialiteten i primärvården. Det är lika självklart som att det finns ortopediker på ortopedklinikerna.

Patienterna ska förstås möta både läkare och distriktsköterskor med bred generalistkompetens som kan utreda, behandla och följa upp patienterna.

Vi måste säkerställa fortbildning och kompetensutveckling för personalen, och kvalitetsarbetet ska kontinuerligt genomföras och också redovisas.

Ersättningssystemen måste vara robusta. Med det tänker jag på att det ska vara tydliga regler, de ska vara enkla att redovisa och de ska vara rättvisa utifrån konkurrensneutralitet, men också utifrån patienternas vårdbehov, som vi tidigare hört. De ska vara transparenta.

Det krävs uthållighet över tid, systemet får inte ändras efter varje val. Inget system är ju perfekt från start. Det måste finnas tid och tålamod för uppföljning och utveckling. Den tidsperioden är, som vi har hört tidigare, betydligt längre än en mandatperiod. Vi hoppas självklart på en bred politisk enighet.

Vi som arbetar inom vården måste utifrån de nya förutsättningarna skapa en god tillgänglighet, trygghet, bemanning och hög kvalitet i verksamheten.

Detta är någonting som både patienter och medarbetare behöver för att vårdvalet ska innebära den positiva utveckling som efterfrågas.

Annika Eklund-Grönberg: Tack för inbjudan! Fem minuter för det här ämnet – vi hoppas på många frågor på frågestunden och gärna på mejl eller telefon efteråt. Vi har lagt ut information som bland annat handlar om bättre vård för äldre multisjuka personer, den viktiga förebyggande verksamheten inom primärvården, om skillnaderna i allmänmedicinskt arbete mellan Sverige och andra EU-länder, det är mycket större skillnader än man kan tro.

Men i dag skulle det handla om vårdval i primärvården, och vi har valt att fokusera på primärvårdens uppdrag.

Utredningens förslag är att ett grunduppdrag för primärvården ska fastställas nationellt. Regeringen har inte gjort samma bedömning, och vi stöder utredningens förslag. Varför? Ja, som tidigare talare har sagt inbegriper hälso- och sjukvårdslagens 2 § en vård på lika villkor för hela befolkningen. Den som har det största behovet ska ges företräde.

En vård på lika villkor för hela befolkningen tror vi bara är möjlig om primärvårdens grunduppdrag är lika över landet. Sedan måste organisation och ersättningsmodeller anpassas efter lokala och regionala förhållanden. Det är också självklart. Som många har sagt ska de politiska besluten tas i så bred enighet som möjligt. Vi behöver arbetsro.

Att ge företrädare är inte ett dugg svårt. Det svåra är att förklara för den som inte får företrädare, som alltså måste stå tillbaka, varför det blir så. Det kräver verkligen en primärvård som kan skilja på behov och efterfrågan, som vet att en människas upplevda sjukvårdsbehov alltid måste tas på allvar men som också vet att inte all vård som efterfrågas är medicinskt motiverad eller ska prioriteras, som har ett helhetsansvar och tydliga ramar, det vill säga som har en hög generalistkompetens och ett nationellt lika grunduppdrag. Vad en hög generalistkompetens är fick vi alldeles nyss väldigt tydligt förklarat. Det är inom ramen för allmänmedicinen ha möjlighet att hela människan ses i just den personens sammanhang av distriktssköterskan, av distriktsläkaren. Jag tyckte att Elisabet gav ett väldigt bra exempel på hur våra dagar verkligen kan se ut.

Men om det ska ges företrädare kräver det också en primärvård som är lätt att nå, som ser hela individen i livssituationen, där man får träffa samma sköterska eller doktor när det känns viktigt. Det är inte alltid viktigt. Det finns gånger då man kan träffa i stort sett vem som helst, men så fort det blir lite mer knepigt eller lite mer långdraget är det viktigt att det är samma person, någon man litar på och har pratat med förut.

Det gäller att ha ett bra samarbete med andra samhällsinstanser. Det har vi också hört om. Man ska ha möjlighet att snabbt få kontakt med andra läkare med andra specialiteter, gärna per telefon, konsultverksamhet, helst genom personlig kännedom. Jag arbetar i Tyresö i Stockholm, och det är lite knepigt att ha personlig kännedom med alla, men Madeleine Andersson som är under specialistutbildning i Piteå eller Mats Rydberg som är distriktsläkare i Halmstad har det lättare. Det ser olika ut på olika ställen. Som vi har hört behöver vi ett ersättningssystem som gör det här möjligt – med andra ord en primärvård som har en hög generalistkompetens men där det är anpassat och utformat utifrån det egna landstinget.

Någonting som jag ofta får höra är att den medicinska och medicinsktekniska utvecklingen går fort. Ja, det vet jag ju. Underförstått: Man kan väl inte vara generalist längre. Ni klarar inte uppdraget i primärvården. Det är för mycket som händer. Att förklara detta på fem minuter är inte lätt, men det går att vara generalist, och det är det som fungerar fortfarande.

Vi har en stor och unik kunskapsmassa med ett relativt långsam omsättning. Jag har tagit med en bild på en korallrev. Vi vet alla det bryts ned av vindar och vågor och byggs upp på andra kanter, men det håller sig ungefär lika. På ön växer växtligheten väldigt snabbt, och man behöver hänga med för att veta vad som finns med i toppen, men det är någonting helt annat än det vi gör. Det går snabbt på toppen men är lugnare på bredden.

Generalistkompetensen är det viktiga i primärvården. Vår spetskompetens, det som läggs utanpå grunduppdraget, är att vi kan våra patienter väldigt väl. Vi är specialister på dem. Jag kan det som jag behöver kunna om mina patienters sjukdomar i stället för att kunna allting om ett organs sjukdomar. Men vi behöver för att kunna upprätthålla den kompetensen kontinuitet och tydligt uppdrag och en behovsanpassad fortbildning.

En välfungerande primärvård ger en trygghetsvinst för befolkningen, en effektivitetsvinst för sjukvården och en ekonomisk vinst för samhället. Den måste ha en hög generalistkompetens och bör ha ett nationellt fastställt grunduppdrag.

Anna-Karin Eklund: Stort tack för inbjudan att vara med på den här utfrågningen och dela med oss av några av våra synpunkter, idéer och tankar om vårdvalsreformen. Det blir ett litet urval.

För oss är det oerhört viktigt att skynda på ett paradigmskifte i vården, som vi anser är helt nödvändigt. Vi anser att det är nödvändigt att flytta fokus från organisation till individ, dem vi är till för. Samtidigt är vi naturligtvis för att skapa ett ännu större engagemang i vården, att bidra till en god vård på lika villkor, det som många har tagit upp.

Naturligtvis ska alla reformer och förändringar vi vill göra i vården också bidra till att skapa en god vård på lika villkor. Vi tycker att det är bra att man väljer att fatta politiska beslut för att bidra till det här paradigmskiftet. Att stärka patientens ställning, rättigheter och makt är ett sådant politiskt bidrag som man kan ta till. Nu har man valt att göra det genom att föreslå en valfrihetsreform. Det är ett sätt att stärka patientens rättigheter, makt och ställning.

Ska det bli möjligt med en riktig valfrihet är det väldigt viktigt att det skapas en mångfald. Jag tänkte gå in på hur vi kan bidra till det.

Ska vi få en rejäl valfrihet och mångfald behöver vi ha en bättre vägledning än vad vi får i och med det här förslaget. Vi behöver en vägledning som är till för oss som medborgare så att vi faktiskt kan göra ett val, som vi har rätt att göra. Vi behöver kunskap för att göra val. Vi behöver kunskap till exempel om kvalitet och resultat hos dem vi ska välja emellan. Men även vi som är yrkesverksamma i vården behöver vägledning för att kunna leverera en god vård på lika villkor i en mångfald.

Vad finns det för förutsättningar för oss att göra det? Jag tänkte ta upp några saker som vi tycker är angelägna. Bland annat gäller det att definiera primärvård. Annika var inne på det på ett bra sätt, så jag kan spara någon minut här. Det är oerhört viktigt, framför allt för oss som ska leverera en god vård på lika villkor, att definiera vad som är primärvård. Vi behöver ha en nationell definition av det. Vi ser ju också nu att man har definierat primärvård på lite olika sätt i de vårdvalsmodeller som finns.

Vi gjorde en undersökning bland Vårdförbundets medlemmar i höstas. Det finns inte så jättelång erfarenhet bland dem av att ha jobbat i vårdvalsmodeller. Vi har inte heller gjort någon liknande undersökning tidigare, så det går inte att jämföra och se om det har blivit bättre eller sämre. Det handlar mer om förutsättningarna för hur det ser ut och vad de tycker om vårdvalsmodellen. Jag hade tänkt visa en bild här, men jag får visst inte tekniken att fungera. Bilden visar att 40 procent av Vårdförbundets medlemmar var osäkra på om de vårdvalsmodeller som finns på tre olika ställen, i Stockholm, Västmanland och Halland – där vi gjorde undersökningen – ger möjlighet att bidra till en vård på bättre villkor.

Den andra del som jag tycker är viktig att vi får vägledning i handlar om vad det är som är valbart. Man pratar om utförare. Vi vet att utförarna ser lite olika ut utifrån de olika modellerna. Människor har olika behov. Man har olika behov av att välja. Precis som också Annika sade är det ibland helt oväsentligt att ha kontinuitet. Det är kanske viktigare att ha tillgänglighet snabbt. Men för många är det oerhört viktigt att ha kontinuitet. Den fasta läkarkontakten är *en* kontinuitet som är viktig. Men för den som är gravid är möjligheten att välja en barnmorska minst lika viktig. Det är också viktigt att få välja till exempel en barnsjuksköterska eller en sjukgymnast.

Detta vill vi också ha vägledning i. Vem är det som är utföraren, och vad är det som ska ingå i uppdraget? Det här har vi också varit inne lite grann på. Vi har sett en del modeller där man sätter sig ned och skriver om den verksamhet man har och sedan överför den i vårdval. Men om vi vill ha en riktig mångfald så måste det handla om att beställa vad vi vill ha levererat, och inte hur. Karin Johansson tog upp att vårdvalet skulle skapa större möjligheter för medarbetarna att påverka sitt eget arbete och sin egen organisation. 65 procent anger att vårdvalet ger lite utrymme för att påverka sin egen organisation. Det är också ett observandum; vill vi verkligen ha mångfald av vård så måste man ha fokus på vad man vill att primärvården ska åstadkomma och inte hur.

Jag hade också en bild här som handlar om våra professioners egen autonomi att verka. Den är ganska låg. 70 procent beskriver att de har ingen eller liten möjlighet till det.

Avslutningsvis vill jag ta upp folkhälsoarbetet. Det är oerhört viktigt att hitta en modell som kan tillvarata individens valfrihet samtidigt som vi har ett väl fungerande folkhälsoarbete. Ungefär 50 procent av Vårdförbundets medlemmar har svarat att de inte ser att det finns utrymme för detta i de vårdvalsmodeller som de jobbar med.

Ordföranden: Tack så mycket, Anna-Karin Eklund! Den sista talaren före pausen är Inger Rising, som är ordförande i Distriktssköterskeföreningen.

Inger Rising: Herr ordförande! Fru vice ordförande! Socialutskottets ledamöter! Tack så mycket för att vi har blivit inbjudna till denna frågestund! Det handlar om vårdval i primärvården i Sverige. Vårdvalsdiskussionen är en önskan att få stärka patientens ställning och säkerställa valfriheten. Distriktssköterskeföreningen har i grunden ingenting emot att patienten ska ha rätt till val i hälso- och sjukvården.

Till viss del är det en rättighet som redan finns, i alla fall på vissa ställen i Sverige. Det är mest i storstäder. Men kommer vårdvalet verkligen att förändra förhållandena på de små orterna? Risken är att det inte ens finns underlag för några som helst val på sådana orter. Vi oroas mycket av vårdvalsreformen just för de resurssvaga personerna. Det är den patientgrupp som består av multisjuka, äldre, dementa och psykiskt svaga och

som inte själva kan föra sin talan. Har de förmåga att välja eller byta vid behov? Och vem frågar efter deras behov om inte det ekonomiska systemet styr eller tydliggör det?

Vi anser att vårdens resurser är begränsade och att det behövs prioriteringar. I ett vårdvalssystem som bygger på fri etablering är det inte troligt att de mest vårdbehövande ställer krav på att vården kommer att utföras för de resurssvaga, utan snarare för dem som har stora resurser.

Givetvis undrar vi: Var finns distriktssköterskan i Vårdval Sverige? De utredningsdirektiv som ligger som bas för vårdvalet har baserats på erfarenheter bland annat från andra länder – det norska och det danska systemet. Det är system som inte av tradition har haft någon distriktssköterskeverksamhet över huvud taget. En del av det som Vårdval Sverige ska lösa är problem med tillgänglighet och kontinuitet. Det försöker man uttrycka med att det ska finnas en fast läkarkontakt.

Men tillgänglighet och kontinuitet har aldrig varit ett problem för distriktssköterskorna och distriktssköterskeverksamheten. Många kolleger ute i landet i dag uttrycker just detta; det är de som står för kontinuiteten, framför allt på sådana orter där det inte finns specialister i allmänmedicin. Där utgörs läkarbemanningen i stället av stafettläkare. Kommer vårdvalet verkligen att ändra på det förhållandet?

Det är många som har ställt dessa frågor här i dag: Vad är primärvården i vårdvalet? Vilka behov kommer det att tillfredsställa? Hur kommer primärvårdskonceptet att se ut? Kommer en fri etablering i primärvården också att säkerställa de behoven om vi inte har tydliggjort vad som är primärvård? Distriktssköterska och distriktssköterskeverksamhet nämns inte, och inte heller distriktsvård.

Distriktsvård är faktiskt en smart geografisk indelning och en utmärkt indelningsgrund när det gäller förebyggande insatser. Framför allt gäller det kanske de insatser som handlar om vård i hemmet. För hur ska det förebyggande arbetet kunna bedrivas i praktiken om inte vårdcentraler, barnhälsovårdsenheter eller mödravårdscentraler har ett områdesansvar? För ett gott resultat behövs kunskap om befolkningens hälsotillstånd och sociala tillvaro. Målinriktade insatser i ett geografiskt område – distrikt – underlättas av en kontinuerlig relation. Då är det möjligt att komma till och stödja i egenvård, tidigt upptäcka ohälsa och förebygga smittspridning.

Jag vill påstå att det är just detta som är distriktssköterskornas honnörsord: att känna till och vara känd för befolkningen. Varför har man inte tagit fasta på en så oerhört kostnadseffektiv verksamhet som utgår från den breda generalistkompetens som också Anna-Karin och SFAM uttryckte? Distriktssköterskan står för kontinuitet och kompetens och har kännedom om behov och de patienter som finns i området och om vilka samverkanspartner det finns såväl inom den slutna vården som i kommunens verksamheter. Distriktssköterskan vet också vilka verksamheter som

kan stödja i närsamhället. Distriktssköterskeverksamheten kan verkligen ge möjlighet för dem som vi kallar våra vip-patienter, det vill säga personer med stora omvårdnadsbehov.

Vi kan tillgodose mycket av sjukhusbehoven genom distriktssköterskemottagning och sjukvårdsrådgivning, där en värdefull del är just att man har sitt områdeskunnande. Många av barnvårdscentralerna i Sverige i dag bemannas av distriktssköterskor just i och med att de har ett så stort kunnande i hela närområdet.

Frågan ställs om ersättningen och styrsystemet. Vad ska det här uppdraget omfatta? Leder det till en god och jämlik vård alltefter de förutsatser som finns i de övriga lagar som reglerar området? Innebär fri etablering i primärvård att vi kommer att dela primärvårdsuppdraget? Och vad betyder vårdval i storstad i förhållande till landsbygd? Kommer vi att få 20–24 olika system i landet, och vad innebär det utifrån en god och jämlik vård?

Visst är det svårt att ekonomiskt ersätta ett sådant här åtagande. Det finns stora risker för glidningar i ersättningssystemet utan att kvaliteten kanske motsvarar glidningen. Vem ser helheten, undrar vi. Vi skulle kunna säga så här: Är vårdvalet OK, eller är det ett ok?

Vi skulle vilja föra in distriktsvård med områdesansvar i detta vårdvals-koncept som ett extra skyddsnät i vårdvalet. Distriktssköterskeverksamheten kan då också tillhandahålla en kostnadseffektiv verksamhet med kompetens, tillgänglighet och kontinuitet där man känner patienterna och närsamhället. Då kan man verkligen tillgodose behovet av vardagssjukvård och förebyggande hälso- och sjukvård. Dörrarna öppnas för distriktssköterskan – ett skyddsnät i Vårdval Sverige.

Ordföranden: Tack så mycket! Nu har vi klarat av en lång lista med jättespännande föredragningar, och gjort oss förtjänta av lite förtäring.

(Paus)

Ordföranden: Välkomna tillbaka till socialutskottets utfrågning på temat Vårdval i primärvården. För nytilkomna tv-tittare kan vi berätta att vi före pausen hade en lång rad föredragningar. Vi fortsätter nu med ytterligare ett antal föredragningar för att sedan, mellan 12 och 12.30, ha en fråge- och diskussionsstund då socialutskottets ledamöter kommer att ställa frågor.

Ordet går nu till PRO:s representant här, Ola Johansson som är sakkunnig i socialpolitiska frågor. Varsågod!

Ola Johansson: Också jag vill tacka för möjligheten att få komma hit och redovisa synpunkter i ämnet från en av de svenska pensionärsorganisationerna.

Förmiddagen här var intressant. Vi fick belyst hur mycket som händer i primärvården, med de försök som utvecklas med vårdval i olika landsting. Anders nämnde att tre finns. Fem är på väg. Det finns egentligen ännu fler, till exempel Kalmar som här tagits upp. De har någonting som egentligen är ett vårdvalssystem även om det inte definieras inom ramen för det.

Det som väl egentligen var kännetecknande för förmiddagen var att vi talade om att här pågår en omfattande och intressant utveckling utan att det finns något lagtvång eller någonting annat som gör den här utvecklingen möjlig.

Allt det som nu ryms och utvecklas i primärvården i Sverige har varit möjligt utan lagen. Frågan är om lagen är produktiv/konstruktiv eller inte. Där skulle jag vilja göra några reflexioner. Jag riktar mig då kanske särskilt till er i socialutskottet som ska ta ställning till förslaget i fråga.

Evidens har nämnts. Jag tror att det vore bra om det i hela den reformprocess som har inletts utan lagen gavs tillfälle till en vidareutveckling utan ett tidsmässigt tvång för vissa landsting några enstaka månader. I stället skulle vi kanske kunna få en nationell reglering som hjälper till att lyfta fram de bättre sidorna av vårdvalssystemet.

Jag har här en bild där ni kan se vår egen rapport. Där går vi igenom och noga följer det som händer runt om i landstingen i Sverige. Vi värderar att det finns vårdvalssystem som är bra för äldre människor och för multisjuka. Men det finns också, precis som nämnts, vårdvalssystem som är mindre bra.

Låt det här växa fram så att man ser vad som är förenligt med våra portalparagrafer – vård efter behov och vård på lika villkor; evidens som tas fram innan man sätter en tvångslag i bruk.

Det andra som jag skulle vilja säga gäller frågan om fri etablering. Det var intressant att höra Ebbas redovisning. I Norge är det ingen fri etablering. Över huvud taget är det hopplöst att hitta länder där man släpper fram en rätt till fri etablering i primärvården, eller i vården över huvud taget, så länge vi talar om en solidariskt finansierad vård. Granska noggrannare innan vi öppnar för en fri etablering!

Det sista som jag skulle vilja säga är att vi starkt betonar – det är också de äldres önskemål beträffande vården – behovet av trygghet och kontinuitet mer än möjligheter att snabbt skifta, byta. Erfarenheterna från både Sverige och världen är att få byter vårdkontakt. Man vill ha sin trygghet. Men den här tryggheten bör också inramas av en politisk kontinuitet, stabilitet och trygghet.

En uppmaning till er i socialutskottet är alltså: Försök att hitta lösningar på frågan som är långsiktigt och politiskt hållbara så att det inte blir ett pingpongspel med de vårdbehövande och ständiga förändringar i organisationen!

Ordföranden: Tack, Ola Johansson! SPF:s, Sveriges Pensionärsförbunds, nyvalde ordförande Karl Erik Olsson är nu välkommen fram till talarstolen.

Karl Erik Olsson: Herr ordförande och kära vänner! Det är roligt att vara med här, och det var roligt att lyssna på alla inläggen här under förmiddagen. Mitt intryck är att de flesta säger att det är rätt så bra men att det kunde vara bättre. Så är det ju nästan jämt.

Jag för min del – representerar man Sveriges Pensionärsförbund är man ganska gammal – kan, om jag blir lika gammal som min far, leva till år 2035. Det är förfärligt länge. Jag kan hinna vara väldigt mycket sjuk fram till dess. Då är frågan om de resurser vi har räcker, om samhället fungerar så bra att man kan garantera vård. Det vet vi egentligen inte. Men det perspektivet har jag när jag diskuterar den här frågan.

Naturligtvis är det bra med breda överenskommelser. Men efter många år i det här huset vet jag att det inte riktigt fungerar så. Det är oppositionens roll att vara emot. Det är naturligtvis därför som Ylva inte gärna vill acceptera att man inte fattar beslut centralt utan decentraliserar till landsingen. Det brukade vi säga när vi var i opposition. Förlåt, jag är ju opolitisk nu för tiden – fullständigt opolitisk.

Elisabet Svensson som sitter här framme och Bo Burström, ni berättade om några avigsidor som lite grann skrämmer mig. Vad ni sade har jag tagit till mig. Men samtidigt vet jag att alla system har avigsidor. Man får inte för mycket hänga upp sig på avigsidor om man vill förändra någonting.

Jag har noterat att det i utredningen finns vackra ord. Många av dem har jag hört så länge jag minns: tillgänglighet, valmöjlighet, öppenhet, mångfald, kostnadseffektivitet och konkurrens på lika villkor. Jag har, som sagt, länge hört de här orden. Jag verkar kanske lite raljerande, men orden är fortfarande vackra.

Det vore väldigt bra om till exempel detta med mångfald, kostnadseffektivitet och konkurrens på lika villkor kunde leda till att vi på det mest effektiva sättet utnyttjar de pengar som vi har tillgängliga. De ekonomer som inledningsvis talade här tycker jag talade för att det är så om vi gör en del ändringar.

Jag tror att det är väldigt farligt att leva i en situation där man säger: Det vi har är nog bra, så låt oss behålla det! Det är nyttigt, tror jag, att vi ständigt omprövar och försöker finna det som är ännu bättre.

Sveriges Pensionärsförbund har i huvudsak tillstyrkt förslaget. Vi tror att det kan bli bra, inte minst med tanke på att det kanske leder till en bättre och effektivare användning av tillgängliga resurser, vilka tenderar att per capita – inte minst då man är gammal känns det så – bli alltför små.

Ordföranden: Ett tack riktas till Karl Erik Olsson. Nu kommer vi till Handikappförbundens Samarbetsorgan, HSO, och dess styrelseordförande Ingemar Färm. Varsågod!

Ingemar Färm: Jag får tacka så mycket för inbjudan till denna hearing. Jag är alltså ordförande i Handikappförbundens Samarbetsorgan – ett paraplyorgan för 43 rikstäckande handikappförbund med ungefär 480 000 medlemmar. Totalt sett räknar vi med att det kanske finns mellan en och en halv och två miljoner människor i Sverige som har kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar. Det viktiga är att det här inte är något som är tillfälligt, från dag till dag, utan att det här är någonting som man hela livet får leva med.

Jag vill ge en kort beskrivning av vilka det är som konsumerar mest sjukvård i Sverige. När det gäller den totala sjukvårdskonsumtionen konsumerar 5 procent av befolkningen halva sjukvårdsbudgeten. Det innebär att en mycket liten del av befolkningen – de som är svårt sjuka och som ofta inte har praktiska eller andra möjligheter att välja som aktiva konsumenter – svarar för halva sjukvårdsmarknaden. Av dessa 5 procent är i grova drag en tredjedel hjärt- och kärlsjuka, nästan en tredjedel cancersjuka och en tredjedel psykiskt långtidssjuka människor. Dessa människor är ofta mycket gamla och väldigt beroende av sjukvårdens insatser.

Våra viktigaste krav på hälso- och sjukvården gäller kvalitet, kontinuitet och helhetssyn. För att nämna några ord om våra krav på vad kvalitet innebär kan jag säga att det måste vara tydliga kvalitetskrav. Vi själva som brukare och även handikapporganisationerna får betraktas som en viktig resurs när det gäller att bedöma vad som är kvalitet. Varje brukare ska ha en frihet att välja utförare av de stödinsatser som han eller hon anser sig behöva för att kunna leva ett gott liv och så självständigt som möjligt. Valet ska utgå från våra egna önskemål och behov konkret formulerade till exempel i en individuell plan. Brukaren ska få möjlighet att göra aktiva val utifrån tydliga beskrivningar av utförarens människosyn, kunskaper, erfarenheter av målgruppen, ekonomisk uthållighet i att bedriva verksamhet samt konkreta uppgifter om hur dessa krav uppfylls.

Vi anser också att det är viktigt att offentliga alternativ alltid måste kunna erbjudas dem som så önskar. Oberoende av utförare måste den offentliga sektorn ta sitt fulla ansvar för alla sina medborgare. I ansvaret ingår att hålla sig noga informerad om att utförarna sköter sina åtaganden enligt de avtal som träffats.

Vi är tveksamma till om en marknadsstyrning av hälso- och sjukvården är lösningen beträffande våra medlemsgruppers behov. Vi ser en risk att tillfälliga, nischade företag prioriterar de delar som kan ge störst vinst i företagen i stället för att tillgodose de krav som vi kroniker har.

Vidare tycker vi att det är tveksamt att skattebetalarnas pengar ska kunna gå till utdelning till ägare av företag i stället för att gå till vårdens utveckling. Vi är inte negativa till vårdval eller till privat företagsamhet. Men utgångspunkten måste vara patientens rättigheter, vilket *inte* präglar propositionen.

De två första inledande föredragningarna här i dag var mycket intressanta och givande. Men utgångspunkten där var ekonomi och konkurrens – inte patientens rätt, rättigheter, vilket hade varit naturligt om man utgick från titeln på utredningen, *Patientens rätt*. I det här utredningsarbetet och i propositionsarbetet har det gått för fort med för många och inte klarlagda effekter för brukarna.

Avslutningsvis: Vi vill ha ett system som utgår från patienträttigheter, från rätt till senast evidensbaserad vård, rätt till tillgänglighet i vården, rätt att välja vårdgivare, rätt till hjälpmedel, rätt till habilitering och rehabilitering, rätt till en samordnad individuell plan som ägs av individen, rätt till

samverkan och inflytande för organisationerna, rätt att klaga, rätt till en second opinion, rätt till utbildning om sin kroniska sjukdom, rätt att äga sin journal samt rätt till vårdlots.

Som flera andra här framfört hoppas också vi på en bred enighet om de förändringar som kommer att ske. Det är vi som drabbas av ständiga systemförändringar.

Ordföranden: Tack, Ingemar Färm! Nu kommer vi till Reumatikerförbundets ordförande Anne Carlsson. Varsågod!

Anne Carlsson: Tack så mycket och tack för att vi i Reumatikerförbundet har fått möjlighet att komma hit i dag och lämna våra synpunkter på utredningen.

Jag är alltså ordförande i Reumatikerförbundet, den största handikapporganisationen. Våra medlemmar samlas kring ca 80 reumatiska diagnoser. Det finns ungefär en miljon reumatiker i Sverige.

Jag har fått äran att representera handikappförbunden i utredningen om patientens rätt men vill poängtera att jag i dag är här som representant för Reumatikerförbundet.

Frågorna om hälso- och sjukvårdens organisation, tillgänglighet och kvalitet är centrala frågor för oss reumatiker. Självklart har frågorna i samband med utredningen om patientens rätt fått ett stort utrymme i vårt intressepolitiska arbete.

Det vi inledningsvis poängterade i vårt remissvar på utredningen om vårdval i Sverige var att utredningen började i fel ända. Vi ansåg att man först måste lyfta fram frågan om hur patientens ställning i vården ska stärkas. Det måste vara det primära innan övriga delar som berörs i utredningen kommer in. Det är *patienterna* i vården som ska vara i fokus, inte producenterna i vården.

Enligt regeringen är tanken med att införa ett vårdvalssystem i Sverige ett sätt att öka patienternas valfrihet och att underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården. I propositionen står det att en mångfald av vårdgivare inom offentligt finansierad vård kan stimulera utveckling, kostnadseffektivitet och kvalitet.

Vi vill understryka att mångfald även måste innefatta vilket innehåll vården har, inte enbart syfta på vem som ansvarar för driften. Exempelvis kan olika primärvårdsenheter specialisera sig som familjecentral, äldrecentral eller liknande alltefter de behov som finns i området.

I ett system med vårdval är även uppföljning och utvärdering ett avgörande instrument för att garantera att vården håller bästa möjliga kvalitet. Insyn och inflytande är också viktigt i en demokratiskt styrd verksamhet som är solidariskt finansierad, oavsett vem som är utförare.

Finns det då evidens för att vårdval och valfrihet ger en bättre vård? Vi skulle önska att det hade lagts lite mer tid på att belysa just det. Det finns alla skäl att vara tveksam till om så verkligen är fallet. Internationella studier och erfarenheter visar att det inte enbart är så. Problemet är att sjukvårdsbehoven är ojämlikt fördelade både socialt och geografiskt. Det

finns även stora skillnader i hur informerad patienten är och kan vara, vilket också påverkar förutsättningarna när det gäller att ställa krav och att välja.

I diskussionen om vårdval anser vi att valet av ersättningsmodell blir av helt avgörande betydelse. Här måste riksdagens prioriteringsbeslut från år 1997 vara vägledande så att sjukvårdsresurserna verkligen fördelas efter behoven. Tyvärr kan vi se av den modell som till exempel Stockholms läns landsting har valt – detta visar sig också i de utredningar som kommit efter införandet av Vårdval Stockholm – att resurserna *inte* fördelas efter hur vårdbehoven ser ut.

Vi vill påstå att det främst är valet av ersättningssystem som är boven i dramat. Vi hoppas därför att övriga landsting lär sig av Stockholm och de negativa konsekvenser som där visar sig och i stället själva kombinerar ett vårdval med ett ersättningssystem som *inte* får dessa oönskade konsekvenser.

Vi tror att det vore klokt att fastställa ett nationellt minimiuppdag för primärvården. Jämförelser och utvärderingar kommer att bli mer rättvisande, och kraven på en mer likvärdig vård kommer att öka. Detta är också bra för den enskilde patienten.

Ett uppdag i direktiven är att stärka patientens rätt till en fast läkarkontakt. Vi anser att det är bra att den fasta läkarkontakten inte längre enbart behöver vara en specialist i allmänmedicin.

Vi i Reumatikerförbundet anser att om vårdval går att förena med en bättre tillgänglighet, vård efter behov, ersättningssystem som fördelar sjukvårdens resurser dit där behoven är som störst, en över hela landet likvärdig vård samt en bättre kvalitet och patientsäkerhet – med andra ord en vård och en vårdstruktur som gör det möjligt att efterleva den svenska hälso- och sjukvården – ja, om regeringen, kort uttryckt, i sin reformering av hälso- och sjukvården i Sverige mer hade sett detta i ett patientperspektiv, skulle förutsättningarna att lyckas med det sagda ha varit betydligt större.

Sist men inte minst: Om regeringen tar hänsyn till vad vi här i dag har anfört är vi i Reumatikerförbundet inte emot vårdval.

Ordföranden: Tack, Anne Carlsson! Nu går ordet till Åsa Wetterqvist som representerar Statens folkhälsoinstitut.

Åsa Wetterqvist: Ärade utskottsledamöter och primärvårdsintresserade åhörare!

Enligt regeringens förnyade folkhälsopolitik ska primärvården ha en nyckelroll i det hälsofrämjande arbetet. Riskbruksprojektet är ett regeringsuppdag till Statens folkhälsoinstitut som syftar till att tydliggöra hur primärvårdens hälsofrämjande arbete kan utvecklas.

Jag är allmänläkare och projektledare för den del av Riskbruksprojektet som riktas till allmänläkare i primärvården runt om i landet. Jag vill säga några ord om det livsviktiga samtalet.

”Röker du?” Visste du att om jag som läkare bara ställer den frågan slutar 1 av 20 patienter så fort de är utanför dörren att röka.

Och visste du att om jag med en motiverande samtalsteknik mycket kort informerar mina patienter om riskerna med deras alkoholkonsumtion sänker 1 av 8 patienter direkt sitt intag till en riskfri nivå? Det kan tyckas vara lite och ett dåligt utslag. Men som en jämförelse när det gäller behandlingens effektivitet vill jag berätta att jag i fem år måste behandla 167 blodtryckspatienter med tabletter för att de ska undvika en stroke. Det är lite olika *outcome*, men effekten av behandlingen är tydlig.

Att stå här och inför er tala om vikten av att satsa på livsstilsprevention och folkhälsa kan kännas som att slå in öppna dörrar – det här vet ju alla. Men varför arbetar inte vi läkare då så här? Varför gör vi inte som forskningsrapport efter forskningsrapport talar om för oss att vi ska göra? Vill vi inte?

Genom mitt arbete i Riskbruksprojektet har jag träffat väldigt många läkare som vill göra detta. Man vill arbeta preventivt. Man vill arbeta med folkhälsa. För en del var kanske själva anledningen till att de blev läkare just att de ville jobba innan. Dessa läkare har i dag svårt att göra det i sin kliniska vardag – detta på grund av att uppdraget och ersättningssystemet inte premierar preventiva insatser.

Folkhälsan och det förebyggande samtalet får ta plats först när det blir tid över. Men när hade en läkare i primärvården senast tid över?

Vi vill stödja utredningens förslag om ett nationellt grunduppdrag i primärvården där vi utgår från att aspekter på prevention och folkhälsa nogsamt beaktas samt att folkhälsan och preventionen får det utrymme som dessa både medicinskt och samhällsekonomiskt förtjänar.

Vi vill också framhålla följande viktiga ingredienser till ett i praktiken fungerande vårdval.

Möjligheten till samordning av olika vårdinstanser och preventionsinsatser i samhället får inte försvåras eller rent av försvinna. Ett tydligt exempel på risken för detta är de familjecentraler som stängts i Stockholm efter vårdvalets införande, företrädesvis i socioekonomiskt utsatta områden. Man bör i stället verka för att utöka samarbetet mellan olika hälsoaktörer, inte minst i områden där det är en låg socioekonomisk standard och där behovet av såväl vård som preventiva och hälsofrämjande åtgärder är störst.

Folkhälsoarbete bygger på långsiktiga insatser och på en bred samverkan. Primärvården anpassar sig efter de regler som ni sätter upp, men utvecklingen hämmas om förutsättningarna ändras vart fjärde år.

Vi måste arbeta med nationella kvalitetsmått för hälsoarbetet. Det är även viktigt att det finns ett tydligt system för uppföljning med kvalitets- och säkerhetskrav och med en beredskap för att agera snabbt för att rätta till om det visar sig att de system som nu byggs upp missgynnar svagare grupper.

Att arbeta i första linjen är en av de viktigaste och svåraste uppgifterna inom hälso- och sjukvården. För att som läkare kunna utföra detta uppdrag, inklusive prevention och folkhälsa, på ett såväl medicinskt korrekt som för samhället kostnadseffektivt sätt krävs det en bred utbildning motsvarande den som specialister i allmänmedicin i dag har.

Sammanfattning: Vi behöver säkerställa en utbildningsnivå hos läkarna som motsvarar det breda uppdraget i primärvården. Vi behöver nationella kvalitetsmått för hälsoarbete och en tydlig uppföljning. Vi behöver främja samverkan mellan olika hälsoaktörer i exempelvis familjecentraler och annan samordning som möjliggör förbättrade preventionsinsatser i närområdet.

Framför allt behöver vi, som många här i dag har sagt, ett nationellt grunduppdrag och ett ersättningssystem som premierar livsstilsåtgärder och som inte missgynnar svagare grupper.

Ordföranden: Tack, Åsa Wetterqvist som talar för Statens folkhälsoinstitut!

Frågor och diskussion

Ordföranden: Vi har nu kommit till punkten om frågor och diskussion. Elva talare finns anmälda på min talarlista. Vi börjar med att ta två frågeställare i taget. Vi ber er frågeställare att ställa korta frågor riktade till en, möjligen två, samt att ni som svarar fattar er kort. På så sätt klarar vi hearingen på utsatt tid.

Först ut är Ylva Johansson.

Ylva Johansson (s): Vi har här sett företrädare efter företrädare gå upp i talarstolen och närmast vädja till politiken om långsiktiga spelregler. Vi har hört många betona: Bestäm gärna *vad*, men låt oss bestämma *hur*!

Professor Anell redogjorde för hur snabbt det nu går med vårdvalsmodeller runt om i landet. I hälften av landets landsting finns det, eller kommer det snart att finnas, vårdvalsmodeller. De flesta av dessa kommer att behöva förändras om den här aktuella propositionen går igenom eftersom de flesta av dem inte innehåller etableringsfrihet för vårdgivarna.

Jag har en fråga till regeringen. Det är lite oklart vem som här företräder regeringen – Karin Johansson har nu gått. Regeringen väljer att inte styra innehållet i primärvården, däremot att styra *hur*. Regeringen har valt att *inte* söka en politisk kompromiss när det gäller frågan om vårdval. Regeringen har valt en modell som, om den genomförs, innebär att många av de vårdvalsmodeller som redan finns kommer att behöva göras om. Min fråga är: Varför?

Cecilia Widegren (m): Tack för bra synpunkter här under förmiddagen! Man kan sammanfatta dem med: Ja, kör på, men tänk på följande saker! Det finns då olika förutsättningar för det.

För oss vårdpolitiker handlar vårdvalet om att vi vill införa patientval. Vi vill minska vår makt för att patienten ska få ökad makt och för att medarbetarna ska få ett större utrymme för att planera den vardag som de kan bäst.

Min fråga riktar till Anders Anell och till Maria Dalemar och gäller den oro som jag känner för att vi i Sverige efter så många år har en ojämlik hälso- och sjukvård. Kommer vårdvalet och patientvalet att underlätta så att vi bättre kan leva upp till hälso- och sjukvårdslagen om vård efter behov och på lika villkor?

Tobias Nilsson: Ylva Johansson frågade: Varför etableringsfrihet när vi inte bestämmer till exempel det nationella åtagandet? Det är förstås fråga om en avvägning mellan olika faktorer. Sjukvården i Sverige är landstingens huvudansvar. Det är landstingen som styr. Vi vill att det ska vara på det sättet. Det är ju den tradition vi har i Sverige, och den ska bestå. Men vi tycker också att det finns saker som är nationellt viktiga.

När det gäller etableringsfriheten – ett politiskt känsligt ord – handlar det egentligen om att få starta vårdcentraler, om att få starta primärvård, om man uppfyller kriterierna. Vi vill att alla som är duktiga och initiativrika, som har förmågan och uppfyller kvalitetskriterierna och som har möjlighet att bedriva en bra primärvård ska få göra det, oavsett var i Sverige man vill starta den primärvården, de vårdcentralerna.

Det är viktigt att vi får en bättre primärvård, en utvecklad primärvård, att vi får nya aktörer som kommer in. Flera har pratat om mångfalden, vikten av att möta patientens unika behov, och det är viktigt att det kan få göras överallt i Sverige.

Sedan handlar mycket av kritiken, om jag ska ta det kort, om ersättnings-systemen. Det är landstingen som utformar ersättningssystemen, och där pågår det mycket arbete.

Ylva Johansson (s): Jag frågade också varför ni inte har sökt en politisk kompromiss.

Tobias Nilsson: Vad vi vill är att man ska få starta där man uppfyller kraven, och ställer ni upp på det får ni jättegärna göra det.

Anders Anell: Frågan var om vårdval i primärvården kommer att ge en mer rättvis vård på sikt, som jag uppfattade den. Det är naturligtvis en helt omöjlig fråga att svara på, för det beror på hur vårdvalssystemen utformas. Som vi har hört under dagen kan man utforma de här modellerna på en mängd olika sätt. När det gäller om det blir mer rättvist eller inte, tror jag att ersättningssystemen har väldigt stor betydelse. Det är inte det enda som har betydelse, men det har väldigt stor betydelse att det hamnar rätt. Jag tror att det på sikt kommer att bli nödvändigt i alla landsting att jobba med någon form av viktad vårdpeng till exempel.

Vårdval i primärvården handlar inte bara om att ändra själva systemet i primärvården, utan det kan också ses som en långsiktig satsning på primärvård i sig. Där tror jag att man kan uttala sig mer bestämt, om man tittar på hur det ser ut i andra länder, att alla satsningar på primärvård och mer resurser i primärvård har en rättviseprofil. Det vet vi om vi ser på hur specialistvård kontra primärvård fördelas i olika länder: Normalt sett är det lite skevhet till förmån för dem som har högre inkomst i specialistvård,

och det är motsatt skevhet i primärvården. Om vårdval ger mer satsning på primärvård i Sverige tror jag att det också kommer att innebära en mer rättvis vård.

Maria Dalemar: Jag hade med en liten del av svaret på samma fråga i min dragning, när jag sade: Ja, det tror jag om vi också får en rejäl satsning på primärvård, precis som Anders Anell nyss sade. Men mycket avgörande är naturligtvis hur ersättningssystemet kommer att byggas upp. Det är helt avgörande att det blir ersättningssystem som innebär vårdtyngdsbaserad kapitering och tydliga riktlinjer, så att vi kan uppnå en bättre och mer jämlik vård. Men det förutsätter genomtänkta ersättningssystem.

Thomas Nihlén (mp): Jag tänkte fråga Karin Johansson, men eftersom hon inte är här frågar jag Tobias Nilsson. Det handlar också om den fria etableringsrätten inom primärvården som regeringen nu vill införa. Den innebär att landstingen och regionerna inte kan styra etableringar och resurser till de områden där behoven är som störst.

Min fråga är då: Hur och på vilket sätt bidrar den här fria etableringsrätten till att säkerställa att personer med de största vårdbehoven ges företräde till vården och att den ges på lika villkor?

Maria Kornevik Jakobsson (c): Precis som Karl Erik Olsson från SPF sade vet vi att även den bästa lösning kan ha negativa konsekvenser. Några av talarna har uttryckt oro över hur vårdval i primärvården kommer att slå hårt mot patienter i socialt tunga områden. Det talades också om att vårdval skulle kunna få till följd en brist på specialläkare. Jag skulle vilja höra några reflexioner från Socialdepartementet runt de här negativa konsekvenserna.

Tobias Nilsson: Patienterna väljer vart de vill gå. De har möjligheten att påverka och att bestämma vilken vårdcentral de vill gå till. Om man vill gå till den vårdcentral som ligger närmast, den som ligger vid arbetet, den som ligger nära anhöriga eller till en annan avgör patienten. Om landstinget skulle bedöma att det inte finns någon primärvård i den del av landstinget, i den del av staden eller i ett väldigt glesbefolkat område där man tycker att det borde finnas primärvård, men där ingen har valt att starta en vårdcentral – notera alltså: starta en vårdcentral där det förut inte fanns någon primärvård över huvud taget – har landstinget alla möjligheter att göra en vanlig upphandling och säga: Hur mycket pengar vill ni ha för att starta en vårdcentral i den här delen av landstinget, i den här delen av staden eller i ett glesbefolkat område?

Det är fortfarande en förbättring jämfört med hur det är i dag. Jag tycker att det glöms bort mycket i den här debatten. Man måste jämföra med vad som råder före det här systemet. Ibland låter det som att dagens system eller det som har varit är ett system som varit perfekt, men så är ingalunda fallet. Det är ett system med köer och där patienten inte har fått välja eller haft påverkansmöjligheter, och där de som har velat starta inte har fått starta primärvård. I det här systemet får alla som uppfyller kraven

starta primärvård där man vill. Skulle det ändå vara så att landstinget bedömer att ingen har startat där man skulle vilja ha en primärvård kan man upphandla.

Eva Olofsson (v): Det har varit många intressanta synpunkter i den här diskussionen men tyvärr en övervikt på att det viktiga är att man får starta, inte att vi får en sjukvård efter behov och att sjukvården kan styras dit där den behövs mest. Jag håller med om synpunkten att sjukvården inte alltid har varit bra och att det behövs utveckling.

Jag skulle därför vilja fråga Elisabet Svensson, som är verksamhetschef på Vårby vårdcentral. Vi såg förut bilder på att man hade en viss socioekonomisk ersättning, men den såg inte så stor ut. Tycker du att du med Vårdval Stockholm har fått bättre möjligheter att bedriva hälso- och sjukvård i Vårby, som ju har många människor med utländsk bakgrund, höga ohälsotal och ganska hög arbetslöshet? Upplever dina kolleger på liknande områden att det har blivit mer utbud av hälso- och sjukvård, mer personal och mer vårdcentraler där?

Sedan skulle jag kort vilja fråga professor Bo Burström, som tog upp hur det kommer att gå för utsatta grupper, kroniskt sjuka, nyanlända flyktingar, glesbygd etcetera: Vad ser du att det skulle behövas i ett vårdvalssystem? Vad är problemet med det system med etableringsfrihet som kommer nu? Kommer de här grupperna att få den sjukvård de behöver och inte riskera att inte kunna slå sig fram i systemet?

Tobias Krantz (fp): I fråga om etableringsfrihet är min ståndpunkt att valfrihet utan etableringsfrihet riskerar att bli en chimär. Det blir ungefär som att det offentliga ställer patienten inför det val som Henry Ford ställde bilkonsumenterna inför: Du får välja vilken bil du vill så länge du väljer en svart bil.

Min fråga handlar om vilket faktiskt utfall som finns av Vårdval Stockholm. En undersökning som kom i december och som har gjorts av Centrum för folkhälsa vid Karolinska Institutet visar att det blev 12 procent fler läkarbesök, att ökningen var särskilt stor i områden med lägre medelinkomst och att den del av befolkningen som har de 20 procent lägsta inkomsterna stod för 40 procent av konsumtionen av vård.

Jag skulle särskilt vilja fråga Bo Burström och Elisabet Svensson, som har varit väldigt kritiska mot vårdvalsmodellen i Stockholm, vilka belägg de anser sig ha för sin kritik i den här undersökningen.

Elisabet Svensson: När Vårdval Stockholm infördes sade fyra av mina fem chefskolleger på liknande vårdcentraler som min upp sig. Med Vårdval för-lorade vi alla väldigt mycket pengar. Ni såg Anders Olssons bild där det såg ut som att vi hade haft väldigt lite socioekonomisk ersättning, och det är helt sant. Vi hade däremot fått pengar på olika sätt. Just i vår del av Stockholm hade vi haft en ledning som gav till vårdcentralerna efter behov, och det kallades olika saker – Perssonpengar, Dagmarpengar och

jag vet inte allt. Det var inte rättvist för Stockholm som helhet, som Anders Olsson sade. Vi välkomnade en nollställning. Men i det nya systemet blir det ingen som helst ersättning till tyngre områden.

Nästa fråga uppfattade jag inte riktigt. Jag ville med min bild visa att för att vi skulle överleva var vi tvungna att på läkarbesök ta emot de patienter som egentligen inte behövde läkarbesök för att vi skulle ha råd att ta emot dem som behövde längre besök. Det är ett praktiskt bevis för vad jag sade.

Bo Burström: Vad gäller frågan om vård till utsatta grupper och i glesbygd, vad som behövs, skulle jag, som andra också har hävdad, säga att rätt mycket ligger i ersättningssystemens utformning. Jag tror att man ska ha en socioekonomisk viktning för att tillerkänna att behoven varierar i olika grupper. Jag tror också att det är viktigt att man har ett områdesansvar, och där man har en i viss mån mer uppsökande verksamhet än vad man har i dag. Vi har tidigare haft mer fokus på hälsoundersökningar och till exempel via företagshälsovård, där man har fångat upp tidiga tillstånd av sjuklighet som man kan behandla.

Jag tror att man skulle behöva tänka till, om målet är vård på lika villkor: Hur ska man rigga systemet för det? Men jag tror att grunden ligger i ökad ersättning till dem som har större behov.

Vad gäller rapporten från Centrum för folkhälsa om att man har haft en 12-procentig ökning av antalet besök också i utsatta områden, tror jag att det inte är så förvånande att man har haft en 12-procentig ökning om incitamenten är ersättning efter besök. Vi hörde Elisabet Svensson beskriva hur man arbetar på vårdcentralen i Vårby, och det handlar om ekonomisk överlevnad för den mottagningen. Om man läser rapporten från Centrum för folkhälsa ser man att det också står där att de inte kan uttala sig om vem som har fått del av de besöken eller vad besöken har innehållit. Det är därför svårt att dra säkra slutsatser om vad ökningen har inneburit.

Chatrine Pålsson Ahlgren (kd): Tack så mycket för synpunkterna! Särskilt glad blev jag över att Folkhälsoinstitutet brinner så för det förebyggande arbetet, vilket jag beklagar inte tidigare har fått utrymme.

Min fråga riktar sig till Vårdföretagarna, Shori Zand, och till Svensk förening för allmänmedicin, Annika Eklund-Grönberg. Den handlar om att framtidens möjligheter till en god vård för oss patienter är att det finns duktiga studenter som vill satsa på de här yrkena. Inte minst när det gäller allmänläkare vet vi att det har varit trögt av och till. Min fråga till er är: Tror ni att det fria vårdvalet och det här regeringsförslaget kommer att öka möjligheterna för att det ska vara attraktivt att utbilda sig till ett arbete inom allmänmedicin?

Ordföranden: Jag vill bara informera Chatrine om att Shori Zand har haft anledning att lämna oss. Fundera på om du vill att någon annan ska svara på frågan i stället för Vårdföretagarna.

Christer Engelhardt (s): Resurser efter behov är det många som har pratat om, och vi har hört om olika ersättningsmodeller. Departementet säger att det är de olika landstingen som själva väljer ersättningsmodell. Jag skulle vilja stanna vid det som Elisabet Svensson och Anders Olsson sade.

Man har en ersättningsmodell, som man har fått beskriven från Stockholms läns landsting, som man är nöjd med men som man från verksamheten inte riktigt delar. Om jag fattar det rätt är den lilla blå stapeln pengar som man har blivit av med, och vad betyder de i så fall i praktiken? Jag blev inte riktigt klar på svaret som en tidigare frågeställare fick. Vad skulle man känna att man saknar på Vårby vårdcentral, och vad skulle man på vilja koncentrera sig på när man nu känner att man har blivit av med de här ersättningarna?

Chatrine Pålsson Ahlgren (kd): Jag ställer gärna min fråga till Läkarförbundet i stället.

Annika Eklund-Grönberg: Jag är väldigt glad över att den frågan ställdes. Det är klart att det är helt avgörande att det kommer att finnas fler läkare, inte minst inom allmänmedicin. Vi har funderat mycket, och jag får ofta frågan. Jag kan säga att bland det viktigaste är att vi får ett tydligt uttalat kvarstående stöd från er politiker att ni vill ha primärvård och allmänmedicin. Studenterna är inte dumma – varför skulle de specialisera sig inom någonting som de tror kommer att avskaffas?

Jag har inte sagt det förut, men jag vill gärna säga att det här med 5 § och avskaffandet av att det ska vara en specialist i allmänmedicin ur den synvinkeln är väldigt olyckligt. Det uppfattas som en signal om att man inte vill ha allmänmedicinare. Jag tror inte att det är tänkt så, men det uppfattas definitivt så.

Det andra som behövs för att få fler studenter att stanna eller komma till oss – framför allt stanna, för de kommer men ser hur jobbigt vi har det och flyttar; det är i många sammanhang lugnare inne på sjukhusen – är ett tydligt, avgränsat uppdrag som är rimligt. Vi behöver möjligheter till fortbildning och bra handledning. Det är sällan man tänker på att det är en väldigt stor utbildningsverksamhet ute på vårdcentralerna också, mycket stor, och vi behöver tid och pengar avsatta för handledningen.

Det absolut viktigaste är att ni visar att ni tycker att vi behövs.

Maria Dalemar: Jag kan först och främst bara instämma i det som Annika har redovisat. Vi har precis samma uppfattning i den frågan.

Från Läkarförbundet har vi dessutom ytterligare en aspekt, och det är att vi vet att många unga läkarstuderande i dag och kommande specialister är intresserade av att kunna arbeta hos flera olika arbetsgivare eller fungera som egenföretagare. Därför hoppas och tror jag att en utbyggnad enligt vårdvalsmodell också kan locka dem som har det intresset, så att de inte bara är hänvisade till en arbetsgivare.

Elisabet Svensson: Ja, vi är bra på att anpassa oss till system. Vi försöker lösa problemen. Vad jag sade var att vi har anpassat oss på det sättet att vi tar läkarbesök för dem som egentligen inte behöver det. Det är inte jobbigt för doktorn utan bara en avkoppling, patienterna blir nöjda och vi får pengarna. På det sättet får vi råd att ta hand om dem som behöver oss.

Men vad vi fick göra var att dra ned sex personal. Vi återbesatte inte en distriktsläkartjänst utan har vikarier som är betydligt billigare och som vi får handleda och lära upp. Men det är inte så vi vill göra, utan vi skulle vilja ha utbildade distriktsläkare i den utsträckning som vi behöver. Vi försöker alltså göra det så bra som möjligt.

Som jag sade förut gav sig cheferna på de andra vårdcentralerna, för de ansåg sig inte kunna ta ansvar för det. Vi kavlade upp ärmarna och sade att vi ger oss inte. Vi är fem distriktsläkare, och alla har jobbat mer än 15 år på den här vårdcentralen. Men vi undrar hur det går när vi går i pension.

Magdalena Andersson (m): Jag säger som alla andra: Tack för intressanta inlägg här på förmiddagen!

Jag vill återkomma till Vårby och de 19 korta besöken, som vi nu får reda på är rena avkopplingen för doktorn. Jag skulle vilja höra Anders Olsson säga någonting om detta, och den utvärdering som är gjord och som han hänvisade till i talarstolen. Vad säger den utvärderingen? Kommer det att bli snabbköpsmottagningar hos vårdcentralerna framöver? Är det vad den indikerar? Jag vore tacksam för lite reflexioner kring det.

Sedan har jag en fråga till, och jag skulle vilja ställa den till Folkhälsoinstitutet. Jag har inte hört någon av dem som har pratat här i dag som har sagt: Nej, vi vill inte ha valfrihet för patienterna, nej, vi tycker inte att vi ska stärka patienten eller nej, vi vill hellre ha kvar samma system som vi alltid har haft. Däremot tyckte jag mig känna en viss tveksamhet från Folkhälsoinstitutet till införandet av valfrihetsmodellen.

För att klargöra skulle jag gärna vilja veta: Vad säger Folkhälsoinstitutet? Är ni för valfrihetsmodellen i primärvården, eller vill ni inte att den ska införas alls?

Barbro Westerholm (fp): Först tackar jag Folkhälsoinstitutet för inlägget om behovet av förebyggande insatser i primärvården. Vi måste förebygga allt vi kan för att ha råd med morgondagens äldreomsorg.

Frågan är riktad till Region Skåne. Om jag har fattat saken rätt har ni en fix läkemedelsbudget på vårdcentralerna: Har det lett till en bättre läkemedelsbehandling av äldre sedan ni har fått det, för att det ger ett incitament att få pengarna att räcka till alla de behov som uppstår i primärvården?

Lars U Granberg (s): Tack för intressanta inlägg på förmiddagen! Först och främst skulle jag vilja säga till Karl Erik Olsson att jag hoppas att demokratiaspekten, att värna det kommunala självstyret, inte bara finns när man sitter i opposition utan också är en del av den totala politiska bilden i regeringsställning.

Vi sitter här i Sveriges riksdag och diskuterar ett förslag som ska ut till landstingen för implementering, och vi fick höra från departementet hur viktiga landstingen är som beslutsnivå. Många av landstingen brottas med gigantiska underskott och strukturella problem, och i samma veva som de gör det – jag kommer själv från Norrbotten, och där ska vi spara ungefär 250 miljoner – ska den demokratiska nivån få ett beslut på sig som gör att det blir en kostnadsökning, en ambitionshöjning. Den bilden fick vi i utskottet klar för oss när vi var i Malmö, att om man vill införa ett vårdvalssystem är det en ambitionshöjning, och då är det en utökad kostnad på budgeten.

Frågan går tillbaka till departementet, som hade en något kantig syn på kompromiss, ungefär så här: Finner ni er inte i det här är loppet kört. Hade det inte varit behov av ett större inhämtande av synpunkter, av att lyssna mer, för att värna utsatta grupper? Vårby har beskrivit det så bra i dag.

Anders Olsson: Det finns inte belägg när vi tittar på landstingen som helhet för att mottagningarna tar emot fler korta besök på bekostnad av de tyngre besöken. När man tittar på de tio vanligaste diagnoserna är nio av dem exakt desamma med exakt samma placering 2008 som 2007. Vad som har hänt är att förmaksflimmer har gått upp från elfte till sjunde plats. Vi kan se att det är fler individer som besöker primärvården i år jämfört med i fjol, ungefär 4 procent fler. Totalt gjorde varje individ ungefär lika många besök i primärvården 2008 som 2007. Om jag sedan går ned på varje enskild mottagning kan jag säkert hitta exempel där man tar fler lätta besök. Men tittar jag på Vårdval Stockholm som helhet finns det inte belägg för att det är på det sättet.

Svante Pettersson: Folkhälsoinstitutet arbetar för att fullgöra regeringens folkhälsopolitik, och regeringen har lyft fram att primärvården är en central del av folkhälsopolitiken och i att stärka primärvårdens arbete. Den viktigaste insatsen i Folkhälsoinstitutet är Riskbruksprojektet. Riskbruksprojektet är ett samarbete mellan Folkhälsoinstitutet och alla landsting. Vi har via det här arbetet haft en överblick över hur folkhälsoarbetet fungerar i primärvården i alla landsting. Vi kan inte säga att det är så att de landsting som har infört vårdvalsmodeller skulle vara sämre på att bedriva ett offensivt folkhälsoarbete än de landsting som inte har infört vårdvalsmodeller.

Ur den synpunkten tycker jag nog att jag kan säga att det inte finns något direkt skäl för att Folkhälsoinstitutet skulle avråda från att införa den här typen av modeller, utan avgörandet ligger helt i landstingens händer.

Magnus Kåregård: Det var frågan om läkemedel. Vi har inte infört vårt vårdvalssystem ännu utan gör det den 1 maj. De erfarenheter vi har är utifrån att kostnadsansvaret för läkemedel i dag ligger på de offentligt

drivna enheterna. Om man jämför de som har kostnadsansvar med de som inte har det, ser vi en klokare och mer rationell förskrivning när man har ett kostnadsansvar.

Från och med införandet lägger vi ut ett kostnadsansvar på alla som är med i vårdvalssystemet, där enheten har ett kostnadsansvar för alla dess förtecknade medborgares basläkemedel. Man har inte bara ansvar för det man skriver ut. Man har inte bara ett medicinskt ansvar utan även ett ekonomiskt ansvar för basläkemedlen som ens medborgare konsumerar.

Dessutom har vi kopplat en målrelaterad ersättning till detta, så det är inte bara ekonomi. Vi har kvalitetsmål. Ett par är kopplade till antibiotika och några blir så småningom kopplade till klok förskrivning gentemot äldre. Uppfyller man målnivåerna renderar det bonusersättning i systemet.

Tobias Nilsson: Det är inte helt lätt – det är många frågor – men jag ska försöka.

När det gäller behovet av kompromiss: Det går absolut att hitta kompromisser. Det var inte meningen att vara så kategorisk. Men ni vill ju inte ha ett regelverk som tillåter dem som uppfyller kraven att få starta, och då är det svårt att kompromissa om det hela.

När det gäller underskotten i landstingen är det landstingen som bestämmer ambitionsnivån. Vårdvalet per definition innebär ingen ambitionshöjning i sig, utan det beror på var landstingen lägger ersättningssystemet och hur man lägger pengsystemet. Sedan har regeringen satsat mycket på landstingssektorn. Det är många miljarder i årets budgetproposition. Till exempel är kömiljarden ett sätt att stärka landstingens ekonomi, för dem som levererar kortare köer.

Det kommunala självstyret, slutligen: Det är just av hänsyn till det kommunala självstyret som vi inte lägger ett nationellt definierat åtagande på landstingen, som flera efterlyst, och just att det pågår en utveckling av primärvården och för att bejaka den utveckling med vårdval som inte definieras. Det sista är att öppna jämförelser, för att mäta resultaten och kunna se att vården blir bättre och utvecklas, att varje aktör kan lära av de andra aktörerna.

Vice ordförande Ylva Johansson (s): Vårddebatten handlar ofta om en bild av en person som är frisk, blir sjuk, går till vården och blir frisk igen. Så är det ibland. Men en minst lika viktig del av vårddebatten är att förhindra att man blir sjuk eller att förebygga så att man om eller när man blir sjuk inte blir alltför sjuk.

En annan viktig del är alla de människor som lever med vården. Man ska inte bara leva med sin sjukdom hela livet; man ska också leva med vården hela livet som en del av sitt dagliga liv. Då vill man förstås att den vården ska passa så väl in och ta så litet utrymme som möjligt i det egna livet.

Det vi har hört här handlar mycket om att patienter och medborgare är så olika. Vårdens uppgift, vilket syns i portalparagrafen, är faktiskt att utjämna de skillnader som finns. Vården ska ges efter behov så att den som har de största behoven ska komma först. Utjämnande uppgifter är svåra.

Några har berört en fråga som jag tycker är intressant. Den handlar om vårdpersonalens villkor och drivkrafter i primärvården. Jag tycker att Vårdförbundets undersökning är tankeväckande. Den visar hur få av medlemmarna som tycker att de får inflytande över arbetet eller att de kan arbeta förebyggande.

Jag tycker själv att en viktig fråga att ställa sig är denna: Vilka är drivkrafterna för att arbeta i primärvården? Är det möjligheten att ge god vård, arbeta förebyggande med en helhetssyn på människan och att kunna göra det under rimliga villkor? Det har vi hört mycket om här. Är det detta som är den starkaste drivkraften? Eller är det konkurrens och ersättningssystem som är den viktigaste drivkraften? Jag tror att det är viktigt att ha tilltro till professionens vilja att göra gott för sina medborgare och sina patienter.

Jag vill tacka alla er som har avsatt tid för detta. Det blir mycket tid tillsammans för alla oss – vi som har varit här under den här förmiddagen. Ni har delgett oss era kunskaper, era erfarenheter och era synpunkter. Det har varit väldigt viktigt. Många har också uttryckt hur intressant det har varit. Vi har lärt oss mycket om olika vårdvalsmodeller och om primärvårdens villkor i Sverige.

Vi har hört ganska lite om politik, förutom att vi har diskuterat en del om politiska kompromisser. Man kan ändå konstatera att i en stor majoritet av de landsting som inför vårdval och hälsoval görs detta i en bred politisk överenskommelse. Om den än inte alltid är total så är den i alla fall betryggande bred nog att kunna hålla över ett val.

Som vårdpolitiker är det intressant att få diskutera primärvårdens villkor. Men jag kan också konstatera att som riksdagsledamot har vi inte fått så jättemycket vägledning i hanteringen av propositionen. Den gäller ju inte alla delar av primärvården utan bara vissa förändringar, som nu föreslås med ny lagstiftning. Vi har hört mycket om vilka förhoppningar som knyts till dessa förändringar och vilka farhågor man hyser inför dem.

Det kanske är lite grann av politikens dilemma. Det är politikens drivkraft att kämpa för förhoppningar eller att arbeta emot där man har farhågor. Men det kan också vara ett elände för dem som sitter ute i verksamheten om politikerna hyser alltför stor tilltro till sina egna förhoppningar och drivkrafter. Jag hoppas att vi i våra beslut ska kunna ta intryck av den klokskap som ni har delgett oss. Tack så mycket!

BILAGA 4

Bilder från utfrågningen

Ebba Sjögren, Handelshögskolan

VÅRDVAL – ERFARENHETER AV DEN NORSKA FASTLEGEORDNINGEN

Socialutskottets offentliga utfrågning den 27 januari 2009

Ebba Sjögren, ekon.dr.
Handelshögskolan i Stockholm &
Score, Stockholm centrum för forskning om offentlig sektor



Page 1

DEN NORSKA FASTLEGEORDNINGEN I KORTHET

- Nationell reform 2001 efter försöksverksamhet
- Utformningen av centrala 'reformelement'
 - Ersättningssystem
 - Etableringsregler
 - Valprocessen
- Olika krav på deltagande
 - Medborgare
 - Läkare
 - Kommun



GENOMFÖRANDET AV FASTLEGEORDNINGEN

- Reform i flera steg
- En strukturreform anpassad för de befintliga systemen
- Ekonomiska belöningar för olika aktörer att delta i reformen



NORSKA SLUTSATSER OM FASTLEGEORDNINGENS KONSEKVENSER FÖR...

- Patienter
- Vårdpersonal och vårdorganisationer
- 'Sjukvårdssystemet'



LÄRDOMAR FÖR SVERIGE

- Skillnader i reformelement Norge – Sverige
- Avvägningar mellan styrning och frihet
- Vikten av uppföljning och utvärdering



KÄLLOR

- Föredragningen baseras på min sammanställning i Bilaga 2, Vårdval i Sverige (SOU 2008:37): Att införa ett primärvårdssystem med "fri etableringsrätt". Erfarenheter av den norska Fastlegeordningen, s. 145-228.
- De viktigaste källmaterialet i bilagan är:
 - Sandvik, H. 2006. Evalueringsrapport om fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringsdelprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd.
 - NAV, Arbeids- og velferdsetaten. 2008. Styringsdata for fastlegeordningen, 4. Kvartal 2007. Tillgänglig via <http://www.nav.no>
 - Riksrevisjonen. 2005. Riksrevisjonens undersøkelse om forvaltning av og måloppnåelse i Fastlegeordningen. Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2005. Tillgänglig via www.riksrevisjonen.no
 - Statens helsetilsyn. 2003. Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen. Rapport 8/2003. Tillgänglig via <http://www.helsetilsynet.no>



Elisabet Svensson, Vårby vårdcentral



Elisabet Svensson, Specialist Allmänmedicin

Distriktsläkare Vårby Vårdcentral, SLL, sedan 1978

Verksamhetschef Vårby Vårdcentral sedan 1988



Bakgrund

I Sverige är 16 % av
läkarspecialisterna
specialister i allmänmedicin



I andra jämförbara länder
är andelen 30-40%



Vårby – som ett exempel

- 9000 invånare
- Medelålder 36,2 år
- In- och utflyttning 16%
- 70 % med utländsk bakgrund, 50 % utrikesfödda
- Medelinkomst 188 tkr/år
- Hög andel arbetslösa och socialbidragstagare
- 10 % sjukpensionärer
- Högt ohälsotal

Med Vårdval Stockholm förlorade vi ca 25% av budgeten

- Tillgänglighet för vem?
- Låg inkomst och låg utbildning = ohälsa, hög sjuklighet



Snabb-akut kl 9.30-12.30

- 19 patienter med akuta infektioner, 19 diagnoser


 Ersättning: **9.215** kr

Planerad mottagning kl 9.30-12.30

- 6 patienter med tillsammans 30 diagnoser


 Ersättning: **2.910** kr

Hur ser ersättningen ut?

- För de 19 akutbesöken (besökstid 3 timmar) får vi 19 x 485 kr i ersättning = **9.215** kr
- För de 6 kroniskt sjuka patienterna (besökstid 3 timmar) med sammanlagt 30 diagnoser får vi 6 x 485 kr i ersättning = **2.910** kr

För de 6 kroniskt sjuka patienterna tillkommer dessutom ett omfattande administrativt arbete, tex skrivande av intyg, kontakt med andra myndigheter och vårdgivare samt remiss för ytterligare utredning. = **Förlustaffär!**

KVANTITET

eller

KVALITET

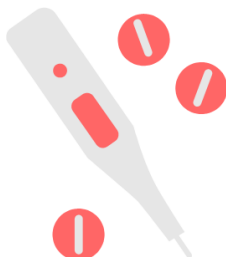


"Fattig och sjuk"

- Den kroniskt sjuke som även har sociala problem söker vård i sitt närområde
- Ju lägre lön och utbildning desto sjukare:
 - Ohälsosamt liv
 - Livsstress
 - Kroniska sjukdomar debuterar tidigare



- Vill ni ha ett Sverige med ännu större segregation?



- Vill ni ha A- och B-sjukvård?
 - Dvs snabb okomplicerad vård som någon ska tjäna pengar på
 - Komplicerad vård med multifaktoriell orsak och omfattande behandling = olönsam vård, som ska skötas av den offentliga vården

Min dröm:

- Ett system som består över maktskiftena, dvs med bred politisk förankring
- Tillgänglig primärvård med hög kvalitet för alla i Sverige, även för den multisjuka och fattige



Sammanfattning

- Vårdval – Ja
- Lika oavsett driftsform – privat eller offentlig

Men

- Vårdval ska gälla vårdenhet och inte enskild husläkare. På varje vårdenhet måste det finnas ett visst antal specialister i allmänmedicin
- Individer som inte aktivt listar sig bör listas på närmast liggande vårdenhet, om de inte aktivt väljer att vara olistade. Samarbete med FK, AF, Soc kräver närområdesprincip
- Begränsat antal byten av vårdenhet/omlistningar per år
- Områdesansvar för hemsjukvård, dödsfall och vårdintygsbedömning
- Ersättningssystem som tar hänsyn till innehållet i besöket , dvs ersättning efter insats, t ex tidstaxa:
 - X kr för 10-15 min
 - 1,8 X för 20-30 min
 - 2,5 X för >30 min
- Ersättningssystem som tar hänsyn till individens behov och inte bara efterfrågan. Dvs individer med låg inkomst har större och mer komplext sjukvårdsbehov

Bo Burström, Karolinska institutet

Vårdvalsreformen – några socialmedicinska aspekter

Bo Burström, professor/överläkare

Karolinska institutet

Institutionen för folkhälsovetenskap

Avdelningen för socialmedicin

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

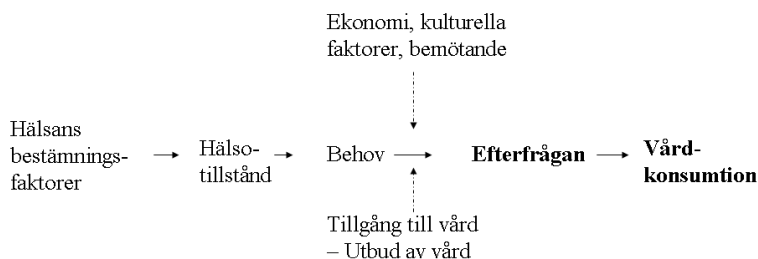
2 § Målet för hälso- och sjukvården är en **god hälsa och en vård på lika villkor** för hela befolkningen.

Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det **största behovet** av hälso- och sjukvård **skall ges företräde** till vården. Lag (1997:142).

Sociala skillnader i hälsa – sociala skillnader i vårdutnyttjande

- Personer i lägre socioekonomiska grupper är oftast sjukare än personer i högre socioekonomiska grupper
- Idag underutnyttjande av sjukvård i förhållande till grad av sjuklighet
- **Hur påverkas sociala skillnader i vårdutnyttjande av Vårdvalsreformen?**

Vissa steg som föregår vårdkonsumtion



Erfarenheter av "valfrihet i vården" från andra länder

- Inget starkt tryck från patienter att få välja
- I teorin möjlig kvalitetsförbättring
- I praktiken
 - ökad kostnad
 - inte ökad kvalitet
 - ökad ojämlikhet

forts. Erfarenheter...

- Ökad valfrihet gynnar mest yngre, välutbildade och friskare personer
- Kan försämra för individer med komplexa problem – kan fragmentisera vården och försvåra samordning
- Behov av ökad information, stöd till de som inte annars kan göra informerade val
- **Hur har dessa erfarenheter beaktats inför Vårdvalsreformen?**

Primärvårdens övriga uppgifter förutom direkt patientkontakt

- Primärvårdens områdesansvar
- Samverkan med Försäkringskassa, arbetsgivare, kommunala verksamheter
- Familjecentraler
- Lokalt primärpreventivt folkhälsoarbete
- **Hur tillgodoses detta i Vårdvalsreformen?**

Ersättningssystemens betydelse

- Kapitering kontra besöksersättning?
- Många korta eller färre och längre besök?
- Fokusering på läkare – eller teamarbete med andra personalkategorier?
- Betydelse för patient-läkarrollen?
- Hälsofrämjande/förebyggande arbete?
- Fri etablering – var blir det lönsamt för läkare att arbeta?

Gynnas dessa grupper av Vårdvalsreformen?

- Personer med kroniska sjukdomar med större behov av vård?
- Socialt och ekonomiskt utsatta grupper?
- Nyanlända invandrare/flyktingar?
- Personer som bor i glesbygd?

Evidens för Vårdvalsreformen?

- Hur har man beaktat erfarenheter från andra länder?
- Har man analyserat möjliga effekter av Vårdvalsreformen för utsatta grupper?
- Hur tillgodoses vård efter behov?
- **Medför Vårdvalsreformen en "vård på lika villkor" enligt Hälso- och sjukvårdslagen §2?**

Karin Johansson, Socialdepartementet



” Jag vill att **alla** i vårt land ska **erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet**. Vi ska veta att vi har tillgång till vård när vi behöver den. Patienterna – inte systemen – ska vara i centrum för den svenska sjukvården.

Göran Hägglund
Socialminister



Socialdepartementet

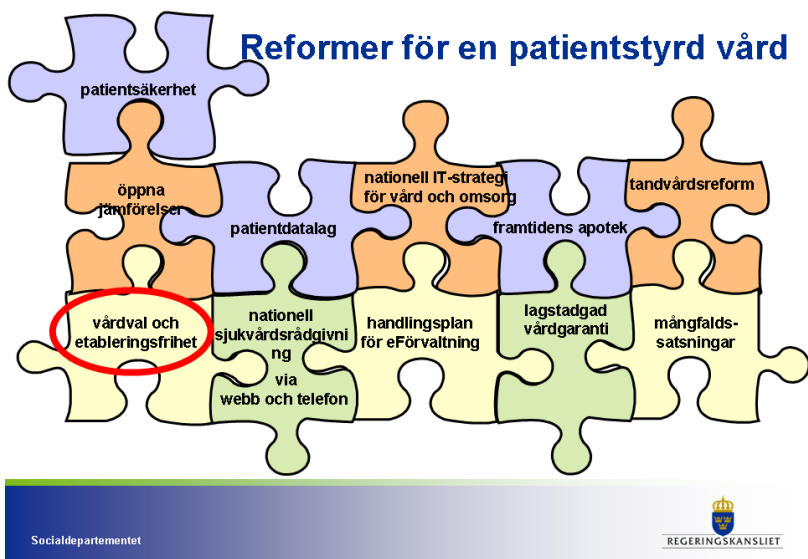


Fem inriktningsmål för att uppnå politikområdesmålet



Socialdepartementet





Prop. om Vårdval i primärvården

- **Obligatoriska vårdvalssystem föreslås i primärvården**
 - Patienter väljer fritt och styr genom sina val resurser till vårdgivare
 - Vårdgivare som uppfyller ställda krav ges rätt att etablera sig mot offentlig ersättning
- **Vårdvalssystem föreslås vara fortsatt regionala**
 - Innehåll, former och ersättning bestäms av landstinget
- **Krav på specialist i allmänmedicin tas bort**
- **Konkurrensneutralitet och långsiktighet**
- **Löpande utvärdering**

Vårdval

1. Större inflytande för patienten.

2. Bättre vård och kortare köer.

3. Större möjligheter för personalen att påverka.

4. Vård efter behov, solidarisk finansiering via skattsedeln.

Socialdepartementet



Socialdepartementet



Anders Olsson, Stockholms läns landsting

Vårdval Stockholm

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör
Anders Olsson
Utredare

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Syfte och strategi

- Öka patientens påverkan på vården
 - Fritt val av vårdgivare
 - Pengarna följer patienten
 - Endast listersättning för aktivt listade
- Öka tillgängligheten
 - Öka besöksersättning (60 % i rörlig ersättning)
- Ökad mångfald
 - Fri etablering
 - Konkurrensneutralitet

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

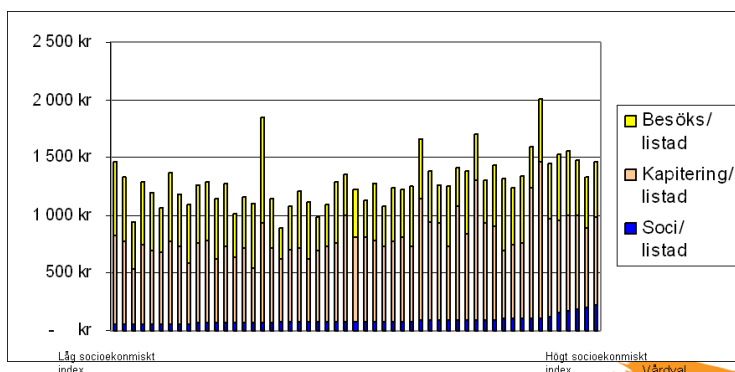
Vårdvalsområden

- 1 januari 2008
 - Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård
 - BVC
 - MVC
 - Fotsjukvård
 - Logopedverksamhet
- 1 maj 2008
 - Läkarinsatser i särskilda boenden
- 1 januari 2009
 - Höft- och knäledsplastik
 - Kataraktoperationer
 - Förlossningsvård

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Fördelning ersättning hlm 2006



2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Erfarenheter efter 10 månader (egen uppföljning och utvärdering av KI)

- 20 fler husläkarmottagningar
- 12 procent fler läkarbesök
- 12 % högre produktivitet
- Stor spridning i produktivitet mellan mottagningarna – ingen koppling till området
- Mottagningar i egen regi något mer produktiva än privata

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

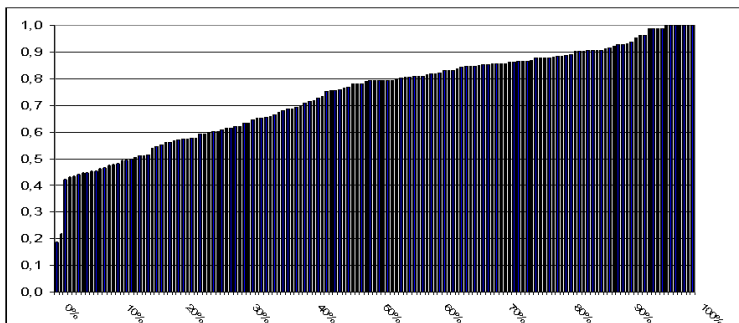
Patienteffekter efter 10 månader

- 90 % av befolkningen har aktivt listat sig
- Små skillnader på de 10 vanligaste diagnoserna
- Patienterna något mer positiva, 90 % värderar vården som helhet högt
- 88 % av telefonsamtal kommer fram i godkänd tid
- 64 % av patienterna får tid samma dag de ringer, 88 % inom 5 dagar
- Anmälningar till patientnämnden minskade 21 %

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Stora skillnader i produktivitet

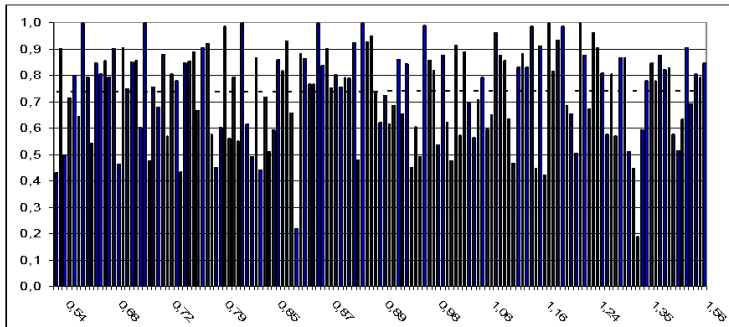


Små skillnader offentlig – privat vård

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Produktivitet utifrån områdets socioekonomiskt index



2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Utveckling vårdval Stockholm

- Nya vårdvalsområden
 - Ögonbottenfotografering (1 april 2009)
- Utredds
 - Obstretiska ultraljud
 - Rehabilitering
- Somatisk öppenvård
- Ny ersättningsmodell 2011

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Kontakt

catarina.andersson-forsman@sll.se
anders.olsson@sll.se

www.uppdragsguiden.sll.se/auktorisering
www.vardguiden.se

2009-01-27

Vårdval
Stockholm

Carina Nordqvist Falk, Region Skåne



HÄLSOVAL SKÅNE

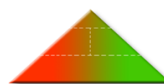
- hörselvård 1 oktober 2008
- barnavårdscentral 1 januari 2009
- vårdenhhet 1 maj 2009
- mödrahälsovård 2010?

Carina Nordqvist Falk
Magnus Kåregård



Januari 2009

Mål för Hälsoval Skåne



- Medborgarens behov ska vara i fokus.
- Trygghet, kontinuitet, tillgänglighet, kvalitet och helhet är viktiga värdeord. Vårdenheten ska vara det naturliga förstahandsvalet för medborgarna.
- Fler specialister och andra kompetenser på vårdenheten. Närsjukvårdsutveckling i praktiken.
- Det ska löna sig att arbeta förebyggande.
- Styr mot önskvärda resultat – inte besök.



Uppdragsgivaren sätter målen för **VAD** vårdenheter inom Hälsoval Skåne ska uppnå.

Vårdgivaren bestämmer **HUR och VEM** som löser uppgiften på det för patienten bästa och mest kostnadseffektiva sättet.



*KREATIVITET – DYNAMIK – OLIKHET –
MÅNGFALD – INNOVATION - UTVECKLING*



Uppdraget – en ”paketlösning”



- 98 % utgör en **fast ersättning** (inkluderande patientavgifter) som påverkas uppåt eller neråt beroende på hur patienterna konsumerar vård.
- 2 % ersätts för **måluppfyllelse**.
- Stort kostnadsansvar; 50 % av de basläkemedel medborgaren konsumerar, 100 % medicinsk service, hjälpmedel mm.



Resurser efter behov



80 % av vårdersättningen viktas efter **vårdtyngd**, ACG, baserad på ålder, kön, och patientens samtliga medicinska diagnoser). Spridning 0,80 – 1.25.
Sjuka patienter behöver mer resurser till vård!

20 % av vårdersättningen viktas efter **socioekonomi**, CNI, baserad på bl.a. t ex arbetslöshet, inkomst, utbildningsnivå. Spridning i test 0,75 - 1,40 (1,70)
Riskgrupper behöver mer resurser till förebyggande vård!



Uppföljning och kvalitet



En modell med så stora frihetsgrader i kombination med stor andel fast ersättning ställer stora krav på:

- Uppföljning
- Medicinsk revision
- Stödsystem för kontroll





www.skane.se/hälsovalskåne - för vårdgivare

www.skane.se/hälsoval - för medborgare



Maria Dalemar, Sveriges läkarförbund

Vårdval i primärvården 2009-01-27

Maria Dalemar, spec. i allmänmedicin
ordf. Svenska Distriktsläkarföreningen
Ledamot i Sveriges läkarförbunds
centralstyrelse

maria.dalemar@svidf.se, 070-567 91 89

Vårdval i primärvården

- Ca 1,5 miljoner svenskar saknar idag fast läkarkontakt.
 - Kan vårdval förändra detta?
 - Ja, om det innebär en reell satsning på primärvård!
- På sikt ett nationellt system
 - Nuvarande modeller måste utvärderas och utvecklas
 - Lika vård

maria.dalemar@svdlf.se, 070-567 91 89

- Tydligt uppdrag
 - Helhetsansvar för patienterna
 - Vad uppdraget omfattar inte hur det skall utföras
- Specialister i allmänmedicin
 - Patienten skall möta läkare och distriktssköterskor med bred generalistkompetens
 - Fortbildning/kompetensutveckling måste säkerställas
 - Kvalitetsarbete skall kontinuerligt genomföras och redovisas

maria.dalemar@svdlf.se, 070-567 91 89

- Robust ersättningssystem
 - Tydliga
 - Enkla
 - Rättvisa
 - Transparanta
- Uthållighet över tid
 - Inget system är perfekt från start
 - Tid för uppföljning och utveckling

maria.dalemar@svdlf.se, 070-567 91 89

- Vi som arbetar i vården måste utifrån nya förutsättningar skapa
 - En god tillgänglighet
 - Trygghet
 - Bemanning
 - Hög kvalitet

Vilket såväl patienter som medarbetare behöver för att vårdval skall innebära den positiva utveckling som efterfrågas.

maria.dalemar@svdlf.se, 070-567 91 89

Annika Eklund-Grönberg, SFAM

Svensk förening för allmänmedicin
utbildning, utveckling, forskning

www.sfam.se

annika.eklund-gronberg@sfam.a.se
madelene.andersson@nll.se
mats.rydberg@lthalland.se

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNE MEDICIN



Vårdval i primärvården 8.4 Primärvårdens uppdrag

Utredningens förslag är att "ett grunduppdrag för primärvården ska fastställas nationellt". Grunden kan sedan av landstingen kompletteras med tilläggsuppdrag.

Regeringen har i propositionen inte gjort samma bedömning.

Svensk förening för allmänmedicin stöder utredningens förslag.

Varför?

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEK



Hälso- och sjukvårdslagen 2 §

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och **en vård på lika villkor för hela befolkningen**.

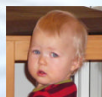
Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det **största behovet** av hälso- och sjukvård **skall ges företräde** till vården.

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEK

..en vård på lika villkor för hela befolkningen..

är bara möjlig om

- primärvårdens grunduppdrag är lika över landet
- primärvårdens organisation och ersättningsmodell är anpassad efter lokala/regionala förhållanden
- de politiska besluten tas i så bred enighet som möjligt



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEK

..största behovet .. skall ges företräde..

Det kräver en primärvård som



- kan skilja på behov och efterfrågan
- vet att en människas upplevda sjukvårdsbehov alltid måste tas på allvar
- också vet att inte all vård som efterfrågas är medicinskt motiverad eller ska prioriteras
- har ett helhetsansvar och tydliga ramar

har hög generalistkompetens
och ett nationellt lika grunduppdrag

SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEK

..största behovet .. skall ges företräde..

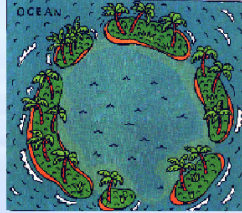
Det kräver också en primärvård



- som är lätt att nå
- som ser hela individen och livssituationen
- där man får träffa samma doktor eller sköterska när det känns viktigt
- som har ett bra samarbete med andra samhällsinstanser
- som har möjlighet till snabb kontakt med läkare inom andra specialiteter
- som har ett ersättningssystem som gör ovanstående möjligt

som har en hög generalistkompetens
och som utformas av det egna landstinget

"den medicinska och medicintekniska utvecklingen
går snabbt"



- går snabbt på toppen, men lugnare på bredden.
- generalistkompetensen är det viktiga i primärvården, spjutspetskompetensen på universitetskliniken
- kontinuitet, tydligt uppdrag och behovsanpassad fortbildning

En välfungerande primärvård

- ger en trygghetsvinst för befolkningen
- ger en effektivitetsvinst för sjukvården
- ger en ekonomisk vinst för samhället



måste ha en hög generalistkompetens
och bör ha ett nationellt fastställt grunduppdrag



Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet



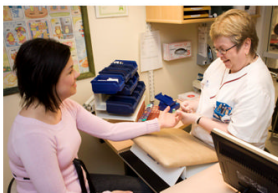
Vårdens paradigmskifte

Organisation	➔	Individ
Sjukdom och diagnos	➔	Hälsa och helhet
Hus	➔	System
Slutenhet	➔	Öppenhet
Ekonomistyrning	➔	Kunskapsstyrning

Vårdval i primärvårdsv/ 090127



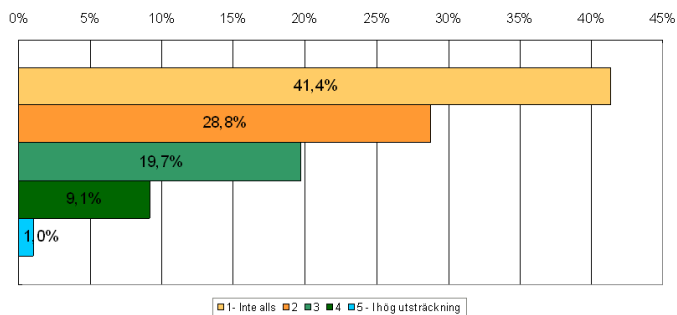
Vad är primärvård?



Vårdval i primärvården/ 090127



I vilken utsträckning upplever du att vårdvalsmodellen ger förutsättningar för att uppnå målet om en vård på lika villkor?

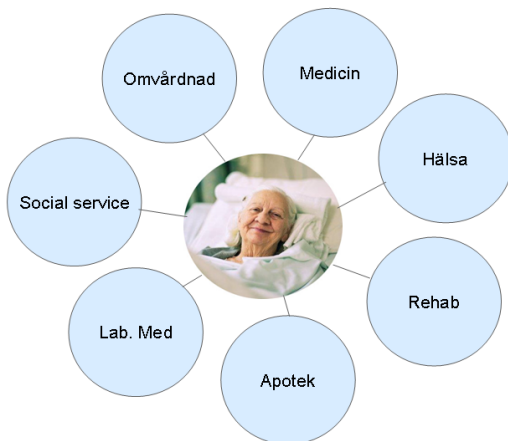


Vårdval i primärvården/ 090127

Från "Om Vårdval", en undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet



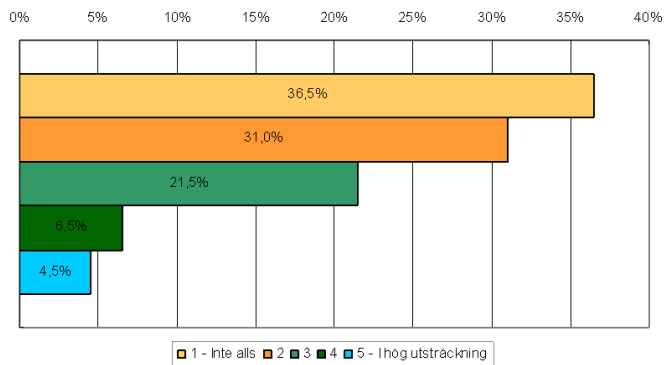
Vad ska vara valbart?



Vårdval i primärvården/ 090127



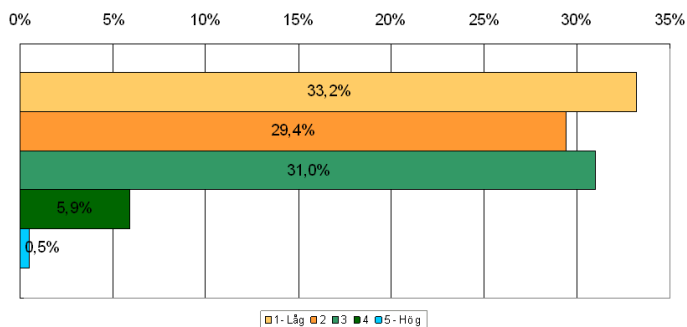
I vilken utsträckning upplever du att vårdvalsmodellen ger vårdenheterna frihet att själva organisera arbetet?



Vårdval i primärvården/ 090127



Hur upplever du den professionella autonomin i vårdvalsmodellen?

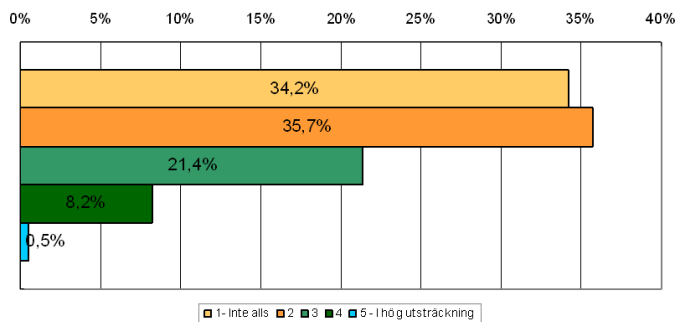


Vårdval i primärvården/ 090127

Från "Om Vårdval", en undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet



I vilken utsträckning upplever du att vårdvalsmodellen ger möjlighet till professionell kompetensutveckling?



Vårdval i primärvården/ 090127

Från "Om Vårdval", en undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet



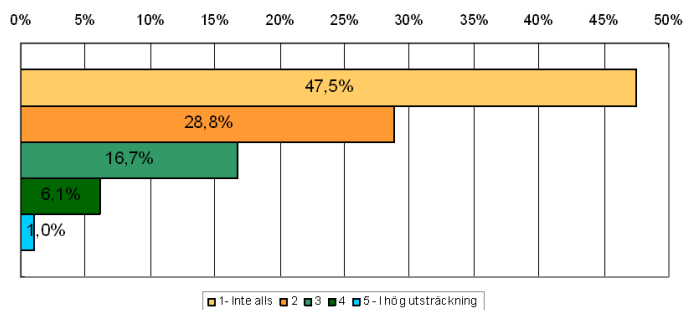
Folkhälsa



Vårdval i primärvården/ 090127

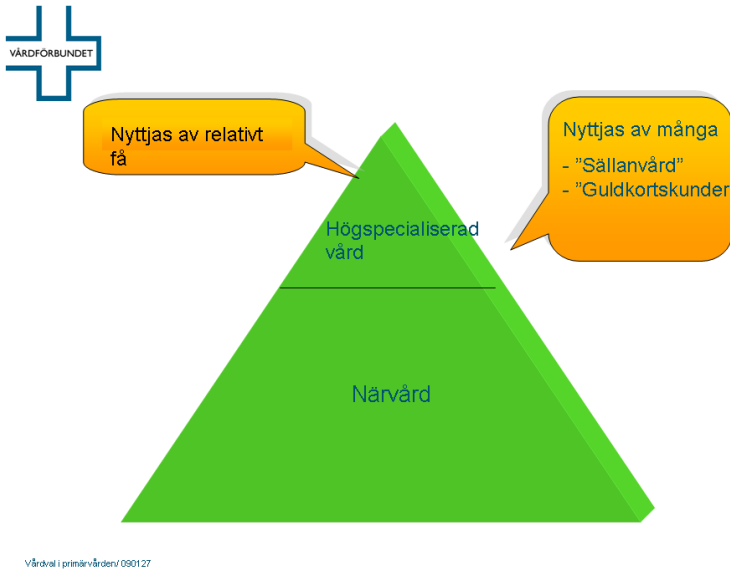


I vilken utsträckning upplever du att vårdvalsmodellen ger förutsättningar för det förebyggande arbetet?



Vårdval i primärvården/ 090127

Från "Om Vårdval" - en undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet



Inger Rising, Distriktsköterskeföreningen

Vårdval ? primärvården Sverige

- Att välja
 - Det är en rättighet som idag redan finns men som på grund av geografiska skillnader i praktiken omöjliggör val. Små orter har inte underlag för val.
 - Rättighet följer med ansvar som inte alla kan ta
 - Riskgrupper med svag autonomi
 - **Barn, psykisk sjuka, äldre**

Inger Rising

Var finns Distriktssköterskan i Vårdval

- "Utredningens direktiv; att föreslå en fri etablering för primärvården".
- **Är det möjligt då inte primärvårdens uppdrag är klargjort**
 - Många tolkningar
- **Distriktssköterskeverksamhet/distriktsvård omnämns inte.**



Inger Rising

Distriktsvård – förebyggande hälso- och sjukvård Hemsjukvård

”

Det geografiska området och kunskap om de förutsättningar som närsamhället ger för befolkningens hälsa är också en förutsättning för hälsofrämjande och förebyggande hälso- och sjukvård för alla åldrar”.

- Stödja i egenvård
- Tidigt upptäcka ohälsa
- Förebygga smittspridning

Inger Rising

Distriktssköterskan att känna till och vara känd för befolkningen

- **Kompetens**
 - leg sjuksköterska med specialistutbildning 75 högskolepoäng till distriktssköterska med fördjupningskunskap i flera ämnesområden förutom omvårdnad bla i folkhälsa och pedagogik
 - Känner sitt område/distrikt och behovet, patienterna, samverkanspartners – vilket ger en helhet i vårdkedjan
- **Kostnadseffektiv – utifrån en bred generalistkompetens**
- **Kontinuitet över tid** – vården för utsatta grupper efterfrågar och har stort behov av kontinuitet.
- **Tillgänglig**
 - Vipnummer för VIP patienter - Personer med stort omvårdnadsbehov (Kroniskt sjuka tex äldre) och kontakt direktnummer nu som förr.
 - Egen distriktssköterskemottagning – en kostnadseffektiv första linjens sjukvård
 - Sjukvårdsrådgivning – värdefull utifrån sin områdeskunskap
 - BVC – 70% av landets BVC sjuksköterskor är DSK

Inger Rising

Ersättningar och styrsystem VAD SKA UPPDRAGET OMFATTA?

En god och jämlik vård?

- Fri etablering i primärvård delar primärvårdsuppdraget?
 - vad betyder vårdval ?
 - I storstad
 - landsbygd"
- 20-24 olika system i landet
- Svårt att ekonomiskt ersätta hela åtagandet
 - Risk för glidningar i ersättningssystemet utan att vårdens kvalitetsinnehåll motsvarar.
- **Vem ser till helheten?**



Inger Rising

Vårdval OK eller Ok?
Distriktsvård med områdesansvar-
 ett skyddsnät i vårdval

En rättighet och ett uppdrag med långsiktigt erbjudande utan krav på att välja

• **DISTRIKTSVÅRD - DISTRIKTSKÖTERSKEVERKSAMHET**

» är kostnadseffektiv

- Tillhandahåller
 - Kompetens
 - Tillgänglighet
 - Kontinuitet
 - Känner till patienterna och närsamhällets förutsättningar
- **Ex som erbjudandet omfattar**
 - Vardagssjukvård-Kontinuitet
 - Omvårdnad
 - » Bedömning
 - » Behandling Uppföljning ex
 - » Sår
 - » Undersökning hos äldre
 - » Stöd/hjälp med läkemedelshantering
 - Förebyggande hälso- och sjukvård tex
 - Undervisning
 - Diabetes
 - Läkemedel
 - Livsstilsfrågor för hälsosamma val
 - Stöd
 - Föräldrar
 - Närstående



Dörrarna öppnas för distriktssköterskan
Ett skyddsnät i Vårdval-Sverige

Inger Rising