

Regeringens skrivelse

1999/2000:21

Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000

Skr.
1999/2000:21

Regeringen överlämnar denna skrivelse till riksdagen.

Stockholm den 28 oktober 1999

Göran Persson

Lars Engqvist
(Socialdepartementet)

Skrivelsens huvudsakliga innehåll

Den 28 september 1999 träffade företrädare för staten och landstingen en överenskommelse om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000.

Överenskommelsen godkändes av regeringen den 30 september 1999 och av Landstingsförbundets styrelse den 1 oktober 1999. De särskilda ersättningarna till hälso- och sjukvården uppgår till totalt 1 182 miljoner kronor och skall fördelas mellan landets 21 landsting. Beloppet skall ställas i relation till de drygt 95 miljarder kronor som landstingen använder för att finansiera hälso- och sjukvården. De bidrag som fördelas har därmed huvudsakligen betydelse som signal- och stimulansmedel gentemot sjukvården.

Liksom under år 1999 skall huvuddelen av medlen användas för en långsiktig satsning på att stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Därvidlag betonas både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet.

Även för år 2000 lämnas särskild ersättning för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården. Ersättningen är, liksom föregående år, 235 miljoner kronor.

På motsvarande sätt som för år 1999 lämnas verksamhetsstöd till Hjälpmedelsinstitutet. Vidare avsätts medel för att inom ramen för samhällets hjälpmedelsförsörjning finansiera en rationell och ändamålsenlig inköpsamordning inklusive erforderlig metod- och kunskapsutveckling inom området. Överenskommelsen innehåller även ersättning för verk-

samheter som belastar vissa landsting mer än andra, t.ex. tvångsisolering av HIV-smittade med stöd av smittskyddslagen (1988:1472). Skr. 1999/2000:21

Parterna har enats om att de centrala aktörer, som erhåller ekonomisk ersättning enligt överenskommelsen, skall följa upp och redovisa användning och resultat av de tilldelade medlen.

1	Ärendet och dess beredning.....	4
2	Överenskommelsen för år 2000 i huvuddrag.....	4
2.1	Ersättningsbelopp.....	4
2.2	Att stärka patientens ställning	6
2.3	Rehabiliterings- och behandlingsinsatser.....	8
2.4	Nationellt utvecklingsarbete.....	8
2.5	Stöd för kunskapsbaserad hälso- och sjukvård	8
2.6	Stöd till IT-utveckling i hälso- och sjukvården	8
2.7	Nationellt råd för vårdpolitik.....	9
2.8	Bidrag inom hjälpmedelsområdet	9
2.9	Uppföljning av överenskommelsen.....	9
Bilaga 1	Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården år 2000	10
Bilaga 2	Fördelning av ersättning för att stärka patientens ställning för år 2000.....	20
Bilaga 3	Fördelning av särskild ersättning för vissa verksamheter år 2000	21
Bilaga 4	Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 2000.....	22
Bilaga 5	Patienten i hälso- och sjukvården.....	23
	Utdrag ur protokoll vid regeringsammanträde den 28 oktober 1999	31

1 Ärendet och dess beredning

Skr. 1999/2000:21

Den 28 september 1999 träffade företrädare för staten och landstingen en överenskommelse om ersättningar till hälso- och sjukvården år 2000. Denna redovisas i sin helhet i bilaga till skrivelsen.

Såväl Landstingsförbundets styrelse som regeringen har godkänt överenskommelsen. Den gäller fr.o.m. den 1 januari 2000 under förutsättning att riksdagen bifaller regeringens budgetproposition (prop. 1999/2000:1) i denna del.

2 Överenskommelsen för år 2000 i huvuddrag

Den ekonomiska ramen för år 2000 uppgår, liksom föregående år, till sammanlagt 1 182 miljoner kronor. Till skillnad från föregående år har parterna beslutat att för år 2000 avsätta 5 miljoner kronor i syfte att stödja arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat. Parterna är också överens om att avsätta 10 miljoner kronor som stöd till IT-utvecklingen i hälso- och sjukvården. Vidare avsätts 3 miljoner kronor till nätverket STRAMA (Strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens).

2.1 Ersättningsbelopp

Följande ersättningar lämnas enligt överenskommelsen för år 2000 (miljoner kronor).

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för år 2000

Skr. 1999/2000:21

1. Att stärka patientens ställning		848 Mkr
1.1 Förbättrad tillgänglighet	789	
Ökad delaktighet		
1.2 Ersättning för vissa verksamheter	50	
1.3 Nationella informationssystem (STRAMA		
3 mkr, producentobunden läkemedels-		
information 6 mkr)	9	
2. Rehabiliterings- och behandlingsinsatser		235 Mkr
3. Nationellt utvecklingsarbete		31 Mkr
3.1 Verksamhetsutveckling	20	
3.2 Särskilda medel för utvecklingsarbete	11	
4. Stöd för kunskapsbaserad vård		5 Mkr
5. Stöd till IT-utveckling		10 Mkr
6. Nationellt råd		2 Mkr
7. Bidrag inom hjälpmedelsområdet		51 Mkr
7.1 Ersättning till Hjälpmedelsinstitutet	45,5	
7.2 Metod och kunskapsutveckling	5,5	
Summa:		1 182 Mkr

Förbättrad tillgänglighet och ökad delaktighet

Genom överenskommelsen vill parterna verka för att patienterna överlag skall finna tillgängligheten inom vården rimlig. Behovet av att påtagligt förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården kvarstår oförändrat.

I rapporten En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården drar Socialstyrelsen slutsatsen att införandet av en generell tre månaders behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården skulle kräva betydande ekonomiska tillskott för att uppfylla kraven på väntetider och samtidigt vara i samklang med riksdagsbeslutet om prioriteringar i vården. En generell behandlingsgaranti skulle därigenom vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialistutbildad personal.

I budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1, utg.omr. 9) framhåller regeringen, mot bakgrund av Socialstyrelsens analys av de konsekvenser införandet av en behandlingsgaranti skulle få i svensk sjukvård, att den inte är beredd att föreslå en sådan. Kravet på att förbättra tillgängligheten kvarstår dock oförändrat. För detta krävs både resursförstärkningar, förändrat arbetssätt och utvecklade samverkan.

Socialstyrelsen förordar, i den ovan nämnda rapporten, att patienterna bör ha möjligheter att fritt välja sjukhus oberoende av var i landet de bor. Styrelsen föreslår en rättslig reglering av frågan om fritt sjukhusval.

Landstingsförbundet har med anledning av 1999 års överenskommelse påbörjat ett arbete som syftar till att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom vården. Under hösten 1999 kommer förbundets styrelse att ta ställning till en ny rekommendation till landstingen som tydliggör valmöjligheterna och som innebär större likhet över landet. Parterna har den gemensamma uppfattningen att Landstingsförbundets arbete bör fullföljas innan frågan om en lagstiftning övervägs vidare.

I överenskommelsen avseende år 1999 utlovades en utökad satsning för att lösa de problem som sammanhänger med läkarinsatser i äldrevården. Landstingsförbundet har initierat ett projekt, som bedrivs i samverkan med Svenska kommunförbundet, gällande läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre. Parterna har i överenskommelsen framfört att de anser att frågan om att förbättra läkarinsatserna i den kommunala äldrevården skall ha fortsatt hög prioritet.

Kommittén ang. landstingens och kommunernas möjligheter att samverka kring vård och omsorg (Dir. 1999:42) kommer också särskilt att behandla denna fråga.

I 1999 års överenskommelse fastslogs det angelägna i att kunna följa tillgängligheten i hälso- och sjukvården, men också att det saknas heltäckande och tillförlitliga system för att följa och redovisa tillgängligheten. Därför avsattes resurser till ett projekt – Väntetider i vården – som syftar till att utveckla metoder som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt beskriva tillgängligheten. En första nationell övergripande mätning av väntetider planeras till årsskiftet 1999/2000. I detta sammanhang bör också påpekas att Socialstyrelsen under hösten 1999 påbörjar ett systematiskt och långsiktigt arbete med att utveckla metoder

för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården. Skr. 1999/2000:21

Som framgår i det följande avsätts också genom överenskommelsen för år 2000 särskilda medel för dessa utvecklingsprojekt.

Parterna har i överenskommelsen framfört att de är eniga kring betydelsen av att stärka patientens inflytande och delaktighet i vården. Parterna gör samtidigt bedömningen att det ställer krav på ett fortsatt förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården som utgår från att patienterna är delaktiga och ses som en resurs. I landstingen pågår också utvecklingsarbete för att göra verklighet av dessa ambitioner. I en kartläggning som Landstingsförbundet genomfört framgår att arbetet med att stärka patientens ställning i allmänhet ingår som en integrerad del i landstingens budget- och planeringsarbete. Flera landsting framhåller att informations- och kompetensutvecklingsaktiviteter som syftar till ökad patientfokusering ingår i ordinarie utvecklingsaktiviteter. Parterna konstaterar att ett fortsatt långsiktigt utvecklingsarbete på lokal nivå är avgörande för att åstadkomma förändring i praktiken.

Ersättning för vissa verksamheter

Det finns vissa verksamheter inom den svenska hälso- och sjukvården vars kostnader belastar några få landsting mer än andra. Exempel på sådana verksamheter är tvångsisolering av HIV-smittade med stöd av smittskyddslagen (1988:1472). Parterna har enats om att dessa landsting bör kompenseras genom överenskommelsen. För år 1999 avsattes 50 miljoner kronor och samma belopp skall avsättas för år 2000.

Nationella informationssystem

För år 1999 avsattes 9 miljoner kronor till nationella informationssystem, varav 6 miljoner avsåg producentobunden läkemedelsinformation. Parterna har enats om att avsätta samma belopp för år 2000.

År 1997 inleddes arbetet med att utveckla InfoMedica, ett IT-baserat informationssystem för patienter och allmänhet. Förutom landstingen medverkade Socialstyrelsen, Apoteket AB och Landstingsförbundet. Under våren 1999 har landstingen beslutat att InfoMedica skall övergå i bolagsform med sjukvårdshuvudmännen och Apoteket AB som ägare. Eftersom InfoMedica fortsättningsvis finansieras på annat sätt har parterna enats om att inte avsätta några resurser för år 2000.

Ett nätverk benämnt STRAMA (Strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) har sedan år 1995 bl.a. arbetat med att sprida information i syfte att åstadkomma en rationell och långsiktigt hållbar användning av antibiotika. Parterna har enats om att under maximalt tre år fördela 3 miljoner kronor årligen till STRAMA.

2.3 Rehabiliterings- och behandlingsinsatser

Skr. 1999/2000:21

I 1996 års ekonomiska vårproposition (prop. 1995/96:150) behandlades frågan om de särskilda medlen från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser fr.o.m. år 1997. Regeringen ansåg att den samverkan som förekommit mellan landstingen och försäkringskassorna numera torde vara så etablerad att den i huvudsak kan ske med befintliga resurser. En reducering av de särskilda stimulansmedlen bedömdes därför motiverad.

Mot denna bakgrund enades parterna om att ersättningsbeloppet för detta ändamål skulle vara 250 miljoner kronor år 1997 och 235 miljoner kronor för år 1998 och 1999. Parterna har enats om att ersättningsbeloppet för år 2000 skall vara oförändrat, 235 miljoner kronor.

2.4 Nationellt utvecklingsarbete

Parterna är överens om att arbetet med stöd till kunskaps- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården bör fortsätta och vidareutvecklas. I överenskommelsen för år 1999 avsattes 31 miljoner kronor och parterna har enats om att för år 2000 anslå samma belopp. Medlen skall bl.a. användas till projektet Väntetider i vården samt Socialstyrelsens utvecklingsarbete rörande behandlingsindikationer och prioriteringar.

2.5 Stöd för kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsammans med ökande vårdbehov och knappa ekonomiska resurser förstärker behovet av säkerställa att vården baseras på vetenskapliga metoder. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har till uppgift att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik samt att förmedla resultaten till sjukvårdshuvudmännen. Parterna har enats om att avsätta 5 miljoner kronor i syfte att stödja arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat.

2.6 Stöd till IT-utveckling i hälso- och sjukvården

Det finns behov av ett nationellt organ för strategiska frågor på IT-området och som arbetar på uppdrag och med finansiellt stöd av alla sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, såväl offentliga som privata. Landstingsförbundet utreder för närvarande de närmare formerna för ett sådant nationellt organ. Inriktningen är att organisationen skall vara i funktion fr.o.m. årsskiftet 1999/2000. För detta ändamål har parterna enats om att avsätta 10 miljoner kronor år 2000.

2.7 Nationellt råd för vårdpolitik

Skr. 1999/2000:21

I 1999 års överenskommelse beslutades inrätta ett Råd för hälso- och sjukvårdspolitik. I samband med avvecklingen av Spri har inriktningen för ett sådant råd ytterligare belysts. Avsikten är att rådet skall vara forum för en kontinuerlig dialog mellan staten och huvudmännen i angelägna vårdfrågor. Parterna har beslutat att avsätta 2 miljoner kronor till rådets verksamhet.

2.8 Bidrag inom hjälpmedelsområdet

Enligt propositionen (prop. 1997/98:57) Ombildning av Handikappinstitutet ombildades Handikappinstitutet till Hjälpmedelsinstitutet fr.o.m. år 1999. De nya ägarna – staten, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet – har överenskommit att finansieringen för fyraårsperioden 1999–2002 skall ske med medel från statsbudgeten. Medlen skall utbetalas från anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård. Detta innebär att 45,5 miljoner kronor skall avsättas till Hjälpmedelsinstitutet för år 2000.

Staten och Landstingsförbundet har vidare kommit överens om att för år 2000 sätta av 5,5 miljoner kronor för att inom ramen för samhällets hjälpmedelsförsörjning finansiera en rationell och ändamålsenlig inköps- samordning inklusive erforderlig metod- och kunskapsutveckling inom området.

2.9 Uppföljning av överenskommelsen

I samband med överenskommelsen för år 1998 kom parterna överens om att samtliga mottagare av ekonomisk ersättning, som utbetalats enligt överenskommelsen, skall följa upp och redovisa användningen och resultaten av de tilldelade medlen.

Landstingsförbundet har gjort en kartläggning av landstingens arbete med att stärka patientens ställning under år 1998. Av denna framgår att arbetet med att stärka patientens ställning i allmänhet ingår som en integrerad del i ordinarie utvecklingsaktiviteter både gällande vård och behandling och vårdens organisation. Det handlar således om fortlöpande aktiviteter som genomsyrar hela organisationen.

Mot denna bakgrund har parterna enats om att begränsa redovisningen för år 2000 till de centrala aktörer som erhåller ekonomisk ersättning enligt överenskommelsen.

Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården år 2000

I överenskommelsen för år 1999 enades staten och landstingen om en långsiktig satsning på att stärka patientens ställning inom svensk hälso- och sjukvård. Därvidlag betonades både behovet av att förbättra vårdens tillgänglighet och att öka patienternas inflytande och delaktighet.

I ett särskilt inriktningsdokument – Patienten i hälso- och sjukvården – bifogat till 1999 års överenskommelse redovisade parterna sin gemensamma syn på hur hälso- och sjukvården bör utvecklas för att stärka patientens ställning.

Denna inriktning avsågs gälla även år 2000. Däremot förutsattes att den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen skulle regleras för ett år i taget. Inriktningsdokumentet bilägges även denna överenskommelsen (bilaga 5).

Förbättrad tillgänglighet

Parterna är överens om att behovet av att påtagligt förbättra tillgängligheten i hälso- och sjukvården kvarstår oförändrat. Målet är att patienterna överlag skall finna tillgängligheten inom vården rimlig.

I den vårdgaranti som gällt sedan år 1997 regleras väntetid för besök inom primärvård och specialistsjukvård. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) lyfte i delbetänkandet Patienten har rätt (SOU 1997:154) fram behovet av att även reglera väntetid för behandling. Inför 1999 års överenskommelse aktualiserades därför behovet av en behandlingsgaranti. Parterna enades dock om att först närmare klarlägga de praktiska, organisatoriska och ekonomiska konsekvenserna av en utvidgad vårdgaranti samt att utröna hur en sådan garanti förhåller sig till de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Senare uppdrog regeringen åt Socialstyrelsen att beskriva och analysera dessa förutsättningar. Uppdraget avrapporterades till regeringen i mars 1999.

I rapporten En behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården konstaterar Socialstyrelsen att vårdens tillgänglighetsproblem består av två delar. Den ena är väntetider för planerade behandlingar, den andra överbelastade akutmottagningar och överbelastade medicinavdelningar.

Väntetiderna till planerade behandlingar beror till en del på kapacitetsbrist, t.ex. brist på personal med rätt kompetens. En viktig orsak, framhåller Socialstyrelsen, är att nya metoder medfört förbättrade behand-

lingsmöjligheter. Antalet operationer för kranskärslssjukdom, grå starr, höftledsfrislitning, etc. har aldrig varit större. Köerna beror alltså inte, enligt Socialstyrelsen, på att sjukvården producerar mindre – tvärtom, så producerar den mer än någonsin.

Det andra tillgänglighetsproblemet, överbelastade akutmottagningar och medicinkliniker, har många orsaker. Den viktigaste är att vårdkedjorna inte fungerar tillräckligt väl. Många som kommer till den akuta vården borde kunna tas om hand inom primärvården. Många som finns på medicinklinikerna borde kunna skrivas ut till eftervård i kommunerna.

Socialstyrelsen kommer till slutsatsen att en behandlingsgaranti enbart inriktad på väntetider är av tveksamt värde för det stora flertalet patienter med svåra kroniska sjukdomar och för dem som behöver vård i livets slutskede, dvs. för de mest utsatta grupperna som har störst behov av vård. Styrelsen pekar t.ex. på risker för att väntetidsgarantier endast fokuserar på vissa delar av vårdkedjan så att patienter under långtidsbehandling trängs undan och kroniskt sjukas återbesök kan glesas ut över tiden för att fler nybesök och operationer skall hinnas med.

Socialstyrelsens slutsats är att införandet av en generell tre månaders behandlingsgaranti i hälso- och sjukvården skulle kräva betydande ekonomiska tillskott för att uppfylla kraven på väntetider och samtidigt vara i samklang med riksdagsbeslutet om prioriteringar i vården. En generell behandlingsgaranti skulle därigenom vara mycket resurskrävande och sannolikt orealistisk med hänsyn till bristen på specialistutbildad personal.

I budgetpropositionen för år 2000 (prop. 1999/2000:1, utg.omr. 9) framhåller regeringen, mot bakgrund av Socialstyrelsens analys av de konsekvenser införandet av en behandlingsgaranti skulle få i svensk sjukvård, att den inte är beredd att föreslå någon sådan. Kravet på att förbättra tillgängligheten kvarstår dock oförändrat. För detta krävs både resursförstärkningar, förändrat arbetssätt och utvecklade samverkan.

Valmöjligheter i vården

Socialstyrelsen förordade, i den ovan nämnda rapporten, att patienterna bör ha möjlighet att fritt välja sjukhus oberoende av var i landet de bor. Styrelsen pekar på stora skillnader mellan landstingen och på oklara lokala regelverk. Vidare pekar man på brister när det gäller tillgång till information som kan utgöra underlag för välgrundade val, t.ex. information om väntetider vid olika sjukhus. Mot denna bakgrund föreslår Socialstyrelsen rättslig reglering av frågan om fritt sjukhusval.

Landstingsförbundet har med anledning av 1999 års överenskommelse påbörjat ett arbete som syftar till att tydliggöra vilka valmöjligheter som finns inom vården. Det har därvidlag framkommit att möjligheten att välja sjukhus redan i dag finns på de allra flesta håll men att informationen brister och stundtals även tillämpningen. Under hösten 1999 kommer förbundets styrelse att ta ställning till en ny rekommendation till landstingen som både tydliggör valmöjligheterna och som innebär större likhet över landet när det gäller möjligheterna att välja sjukhus.

Parterna anser att det är mycket angeläget att tillgodose både krav på reella valmöjligheter och tydliga regelverk. Parterna anser dock att

Landstingsförbundets arbete med rekommendationen bör fullföljas innan frågan om en lagstiftning övervägs vidare.

Skr. 1999/2000:21
Bilaga 1

Kommunal vård och omsorg

Som Socialstyrelsen konstaterat i utredningen om en behandlingsgaranti är tillgängligheten i den planerade vården starkt beroende av tillgängligheten i övrigt; inom akutsjukvården, i primärvården samt i den kommunala vården och omsorgen.

I överenskommelsen avseende år 1999 utlovades en utökad satsning för att lösa de problem som sammanhänger med läkarinsatser i äldrevården. För att stödja det arbete som bedrivs i landsting och kommuner har Landstingsförbundet initierat ett projekt gällande läkarmedverkan inom kommunal vård och omsorg för äldre. Inom ramen för projektet, som bedrivs i samverkan med Svenska kommunförbundet, belyses och fördjupas diskussionen om vad som krävs för att äldre människors behov av läkarkontakter skall kunna tillgodoses på ett tillfredställande sätt. Det handlar bl.a. om primärvårdens roll i äldrevården, samverkan med övriga specialiteter, t.ex. geriatrik och psykiatri samt läkarmedverkan i informationsöverföring och vårdplanering.

Parterna anser att frågan om att förbättra läkarinsatserna i den kommunala äldrevården har fortsatt hög prioritet.

Vårdgaranti med reglerade väntetider för besök

År 1997 infördes, i denna överenskommelse, en vårdgaranti som syftar till att tillförsäkra alla patienter snabb kontakt med vården. Parterna är överens om att denna skall gälla även under år 2000.

Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten inte sker med läkare skall tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar.

Om det bedöms att besök inom övrig specialistvård fordras skall tid för besök erbjudas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar, dock senast inom tre månader. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömer att besök hos specialist inte kan anstå, skall besöket ske senast inom en månad.

När det bedöms att behandling fordras skall den påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioritering och i samråd med patienten.

I de fall besök inte kan erbjudas inom nämnda tidsgränser har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att göra besöket hos en vårdgivare i annat landsting. Denna rätt inkluderar även privata vårdgivare som får ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal.

Att följa upp tillgängligheten

I 1999 års överenskommelse fastslogs det angelägna i att kunna följa tillgängligheten i hälso- och sjukvården, men också att det saknas heltäckande och tillförlitliga system för att följa och redovisa tillgängligheten. Därför avsattes resurser till ett projekt – Väntetider i vården – som syftar till att utveckla metoder som gör det möjligt att på ett över hela landet jämförbart sätt beskriva tillgängligheten; hur många som väntar, hur länge de väntat och vad de väntar på.

Härtill krävs ett samlat angreppssätt med gemensamma definitioner, termer och begrepp. Alla landsting medverkar i projektet och inledningsvis har man prioriterat insatser för att åstadkomma ett gemensamt regelverk för mätning och redovisning av väntetider. En första nationell övergripande mätning av väntetider planeras till årsskiftet 1999/2000.

Arbetet med att åstadkomma konsensus kring ett enhetligt regelsystem för väntetider kommer att fortgå under år 2000. Målet är att samtliga landsting vid årsskiftet 2000/2001 skall ingå i ett gemensamt system för redovisning av väntetider. Projektet kommer samtidigt att utvidgas till att även inbegripa bokningssystem och patientinformation. Syftet är att, i enlighet med slutsatserna i Socialstyrelsens rapport om en behandlingssgaranti, skapa bättre möjligheter att tidigt kunna ge patienterna besked om tid för behandling och att förbättra informationen om väntetider vid olika sjukhus som underlag för patienternas val.

Socialstyrelsen lyfter också fram vikten av att fastställa gemensamma och tydliga indikationer för behandling liksom kriterier för förturer. Detta behövs för beslut om sjukvårdens prioriteringar, men också för att kunna jämföra redovisade väntetider. Det skapar också förutsättningar för att minska variationerna i behandlingsindikationer mellan olika sjukhus inom landstinget eller den egna regionen. För att komma till rätta med de stora skillnaderna mellan olika delar av landet krävs dock att sådant arbete även bedrivs på nationell nivå.

Mot denna bakgrund påbörjar Socialstyrelsen under hösten 1999 ett systematiskt och långsiktigt arbete med att utveckla metoder för tillämpningen av riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården i syfte att ge vägledning för prioriteringar på politisk/administrativ och klinisk nivå i kommuner och landsting. Som en del i detta kompletteras successivt arbetet med Nationella riktlinjer för behandling av patienter med kroniska sjukdomar med ställningstaganden till prioriteringar. Utvecklingsarbetet omfattar därutöver bl.a. verksamhetsområden med stora variationer i behandlingsindikatorer liksom områden som inrymmer svåra etiska överväganden.

Som framgår i det följande avsätts också särskilda medel i denna överenskommelse för dessa utvecklingsprojekt.

Ökad delaktighet

Efter förslag från regeringen i två propositioner – Patientens ställning (prop. 1997/98:189) och Stärkt patientinflytande (prop. 1998/99:4) – beslutade riksdagen hösten 1998 om flera lagändringar i syfte att stärka

patientens ställning. Lagändringarna, som trädde i kraft den 1 januari 1999, innebär bl.a. följande.

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (1982:763) har förtydligats så att det framgår att landstingens skyldighet att erbjuda patientens en fast läkar-kontakt i primärvården inte får begränsas till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Vårdgivarnas informationsskyldighet enligt HSL har preciserats så att det framgår att patienten skall ges en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de olika metoder för undersökning, vård och behandling som finns.

En ny bestämmelse har införts i HSL med innebörd att patientens val skall vara avgörande när det finns flera medicinskt motiverade behandlingsalternativ som bedöms vara till nytta för patienten med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan. Patienten kan inte göra anspråk på att behandlas enligt metoder som inte anses stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Proportionerna mellan kostnader och förväntad nytta måste vara rimliga när det finns flera alternativ. Bestämmelsen innebär också att vårdgivaren i vissa situationer är skyldig att medverka till att patienten får möjlighet att diskutera sin situation och behandling med ytterligare en läkare (s.k. second opinion). Denna skyldighet gäller när det är fråga om livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada och patienten står inför valet att utsätta sig för särskilt riskfyllda behandlingar eller om valet har stor betydelse för framtida livskvalitet. Ytterligare en förutsättning är att det saknas entydig vägledning för det medicinska ställningstagandet utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet.

En ny lag om patientnämndsverksamhet m.m. (1998:1656) har ersatt lagen om förtroendenämnder inom hälso- och sjukvården. Nämndernas arbetsuppgifter har utvidgats till att omfatta all offentligt finansierad hälso- och sjukvård samt viss socialtjänst i huvudsak inom äldreomsorgen. Nämndernas arbetsuppgifter har preciserats i lagstiftningen.

I inriktningsdokumentet Patienten i hälso- och sjukvården redovisar parterna enighet kring betydelsen av att stärka patientens inflytande och delaktighet i vården. Parterna gör samtidigt bedömningen att det ställer krav på ett fortsatt förändrat arbetssätt i hälso- och sjukvården som utgår från att patienterna är delaktiga och ses som en resurs. Det fordras mot denna bakgrund ett aktivt utvecklingsarbete med syfte att långsiktigt stärka patientens ställning.

I landstingen pågår också utvecklingsarbete för att göra verklighet av dessa ambitioner. Av en kartläggning som Landstingsförbundet genomfört framgår att arbetet med att stärka patientens ställning i allmänhet ingår som en integrerad del i landstingens budget- och planeringsarbete. Flera landsting framhåller att informations- och kompetensutvecklingsaktiviteter som syftar till ökad patientfokusering ingår i ordinarie utvecklingsaktiviteter både gällande vård och behandling och vårdens organisation. Det handlar om fortlöpande aktiviteter i hela organisationen, bl.a. inom ramen för modernt kvalitetsarbete som med sin starka betoning av kund-/patientperspektivet, leder till åtgärder som innebär att organisationen anpassas till patienterna och inte tvärtom.

Detta är ett omfattande och grundläggande arbete som kräver förändringar av attityder, arbetssätt och organisation och det finns fortfarande ett betydande glapp mellan ambitioner och verklighet. Parterna kan konstatera att ett fortsatt långsiktigt utvecklingsarbete på lokal nivå är avgörande för att åstadkomma förändring av praktiken.

Svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador

HSU 2000 pekade på problem för patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd och skador att erhålla vård utanför det egna landstinget. Mot denna bakgrund kom regeringen och Landstingsförbundet överens om det angelägna i att hälso- och sjukvården kan svara upp mot dessa patienters behov av specialistvård i annat landsting. Parterna konstaterade också att Socialstyrelsens vårdkatalog borde kompletteras med sådana medicinska verksamheter som kan tillgodose dessa patientgruppers vårdbehov.

Socialstyrelsen har under år 1999 av regeringen erhållit i uppdrag att successivt bygga ut vårdkatalogen i relevanta delar bl.a. med utgångspunkt i arbetet med små och mindre kända handikappgrupper samt att följa hur vårdbehoven tillgodoses.

Landstingsförbundet har tillsammans med landstingen och Socialstyrelsen inlett ett arbete som under år 1999 syftar till att åstadkomma en tillfredsställande lösning för att patienter med svåra och mycket ovanliga tillstånd skall få tillgång till vård i annat landsting. Vid årsskiftet 1999/2000 kommer vidtagna åtgärder i landstingen att följas upp.

Ersättning för vissa verksamheter

Några landsting bedriver verksamheter och belastas av kostnader som inte kompenseras genom statsbidragssystemet. Exempel på sådana verksamheter är vård av tvångsomhändertagna HIV-smittade från hela landet och akut sjukvård av utländska medborgare som inte omfattas av EU:s regler eller någon konvention. Parterna har varit eniga om att dessa landsting bör kompenseras genom denna överenskommelse. För år 1999 avsattes 50 miljoner kronor. Parterna är eniga om att detta stöd skall finnas kvar med samma belopp under år 2000.

Nationella informationssystem

För år 1999 avsattes 9 miljoner kronor till nationella informationssystem, varav 6 miljoner avsåg producentobunden läkemedelsinformation. Parterna avser att avsätta samma belopp för år 2000. Medlen för producentobunden läkemedelsinformation disponeras av Läkemedelsverket och skall, i samverkan med landstingen, användas för att utveckla informationen, bl.a. till landstingens läkemedelskommittéer. År 1997 inleddes arbetet med att utveckla InfoMedica, ett IT-baserat informationssystem för patienter och allmänhet med koppling till andra databaser för

patientinformation, bl.a. hos Socialstyrelsen och Spri. Förutom landstingen medverkar Socialstyrelsen, Apoteket AB och Landstingsförbundet.

År 1997 och 1998 avsattes 6 miljoner kronor och år 1999 3 miljoner kronor. Under våren 1999 har landstingen beslutat att InfoMedica skall övergå i bolagsform med sjukvårdshuvudmännen och Apoteket AB som ägare. Det betyder att InfoMedica erhållit annan finansiering varför parterna är eniga om att inte avsätta några resurser för år 2000.

Resistens mot antibiotika är ett problem som accentuerat under senare år. Ett nätverk benämnt STRAMA (Strategigrupper för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens) har sedan år 1995 bl.a. fungerat som ett forum för att sprida information i syfte att åstadkomma en rationell användning av antibiotika och därigenom begränsa utvecklingen av antibiotikaresistens i landet. Parterna är överens om att under maximalt tre år fördela 3 miljoner kronor årligen till STRAMA.

Rehabiliterings- och behandlingsinsatser

I 1996 års ekonomiska vårproposition (prop. 1995/96:150) behandlades frågan om de särskilda medlen från sjukförsäkringen avsedda för medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser fr.o.m. år 1997. Regeringen konstaterade att försäkringskassorna under ett antal år inom ramen för statens överenskommelser med landstingen disponerat särskilda medel för upphandling av medicinska rehabiliterings- och behandlingsinsatser från hälso- och sjukvården. Regeringen ansåg att denna samverkan mellan landstingen och försäkringskassorna numera torde vara så etablerad att den i huvudsak kan ske med befintliga resurser. En reducering av de särskilda stimulansmedlen bedömdes därför motiverad.

Mot denna bakgrund enades parterna om att ersättningsbeloppet för detta ändamål skulle vara 250 miljoner kronor år 1997 och 235 miljoner kronor för år 1998 och 1999. Parterna är ense om att ersättningsbeloppet för år 2000 skall vara oförändrat, 235 miljoner kronor.

Nationellt utvecklingsarbete

Parterna är överens om att arbetet med stöd till kunskaps- och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården bör fortsätta och vidareutvecklas. I överenskommelsen för år 1999 avsattes 31 miljoner kronor och parterna är eniga om att för år 2000 anslå samma belopp.

År 1999 avsattes därav 20 miljoner kronor till nationellt stöd för verksamhetsutveckling i hälso- och sjukvården. Parterna är eniga om att anslå samma belopp för år 2000. Syftet med arbetet är att utveckla ändamålsenligheten i hälso- och sjukvården ur ett patientperspektiv. Den snabba kunskapsutvecklingen och ökade krav från patienter kräver ett ledarskap för systematisk verksamhetsutveckling. Arbetet med att introducera och utnyttja ny kunskap i det dagliga arbetet och utmönstra dålig praxis kräver systematik och uthållighet. Det krävs också lokala uppföljningssystem för att dokumentera verksamhetens ändamålsenlighet.

Det är därutöver angeläget med utvecklingsarbete på nationell nivå. Projektet Väntetider i vården samt Socialstyrelsens utvecklingsarbete rörande behandlingsindikationer och prioriteringar, som redovisats ovan, är viktiga inslag i detta arbete. Parterna är mot denna bakgrund eniga om att avsätta 11 miljoner kronor för utvecklingsarbete på nationell nivå även år 2000. Beslut om användningen av medlen fattas i samråd mellan Socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

Stöd för kunskapsbaserad hälso- och sjukvård

Den snabba kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården tillsammans med ökade vårdbehov och begränsade ekonomiska resurser accentuerar behovet av att säkra att vården baseras på vetenskapliga metoder. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU) har till uppdrag att utvärdera befintlig och ny medicinsk metodik samt att förmedla resultaten till sjukvårdshuvudmännen. Slutsatserna från SBU har hög trovärdighet men likafullt finns brister i tillämpningen inom hälso- och sjukvården.

Parterna är därför eniga om att avsätta 5 miljoner kronor i syfte att stödja arbetet med att få bättre genomslag för nya forskningsresultat. Parterna är vidare eniga om att beslut om hur medlen skall disponeras skall fattas i samråd mellan Landstingsförbundet och SBU.

Stöd till IT-utveckling i hälso- och sjukvården

Växande delar av hälso- och sjukvården bedrivs i kommunal och privat regi. För att samspelet mellan olika vårdnivåer, vårdgivare och vårdenheter skall fungera krävs en ökad och bättre samverkande användning av IT. Detta förutsätter i sin tur att gemensamma synsätt och standarder etableras och tillämpas för IT i hälso- och sjukvården. Det handlar i stor utsträckning om att utreda, införa och vidmakthålla en gemensam infrastruktur eller plattform för IT i hälso- och sjukvården. För detta behövs ett nationellt organ för IT-strategiska frågor som arbetar på uppdrag och med finansiellt stöd av alla sjukvårdshuvudmän och vårdgivare, såväl offentliga som privata. Landstingsförbundet utreder för närvarande de närmare formerna för ett sådant nationellt organ. Inriktningen är att organisationen skall vara i funktion fr.o.m. årsskiftet 1999/2000.

För detta ändamål är parterna eniga om att avsätta 10 miljoner kronor år 2000.

Nationellt råd för vårdpolitik

I 1999 års överenskommelse beslutades inrätta ett Råd för hälso- och sjukvårdspolitik. I samband med utvecklingen av Spri har inriktningen för ett sådant råd ytterligare belysts. Avsikten är att rådet skall vara forum för en kontinuerlig dialog mellan staten och huvudmännen i angelägna vårdfrågor. De närmare formerna för rådets verksamhet bereds i samver-

kan med Svenska kommunförbundet vid sidan av denna överenskommelse. Finansieringen av rådets verksamhet avses i huvudsak ske genom tillskott utom denna överenskommelse. Parterna är emellertid överens om att även inom ramen för denna överenskommelse avsätta medel – 2 miljoner kronor – till rådets verksamhet.

Bidrag inom hjälpmedelsområdet

Ersättning till Hjälpmedelsinstitutet

Enligt proposition 1997/98:57 Ombildning av Handikappinstitutet ombildades Handikappinstitutet till Hjälpmedelsinstitutet fr.o.m. år 1999 med de tre ägarna staten, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet. Ett konsortialavtal reglerar parternas åtaganden inklusive finansiering. De nya ägarna har överenskommit att finansieringen för fyraårsperioden 1999 – 2002 skall ske av medel från statsbudgeten. Medlen skall utbetalas från anslaget Bidrag till hälso- och sjukvård. Detta innebär att 45,5 miljoner kronor skall avsättas till Hjälpmedelsinstitutet för år 2000.

Metod- och kunskapsutveckling

Staten och Landstingsförbundet har vidare kommit överens om att för åren 1999 och 2000 sätta av 5,5 miljoner kronor för att inom ramen för samhällets hjälpmedelsförsörjning finansiera en rationell och ändamålsenlig inköpssamordning inklusive erforderlig metod- och kunskapsutveckling inom området.

Uppföljning av överenskommelsen

I samband med denna överenskommelse för år 1998 kom parterna överens om att samtliga mottagare av ekonomisk ersättning, som utbetalats enligt överenskommelsen, skall följa upp och redovisa användning och resultat av de tilldelade medlen. Redovisning skall inkomma till Socialdepartementet senast den 10 mars efterföljande år.

Som tidigare har nämnts har Landstingsförbundet gjort en kartläggning av landstingens arbete med att stärka patientens ställning under år 1998. Av denna framgår att arbetet med att stärka patientens ställning i allmänhet ingår som en integrerad del i landstingens budget- och planeringsarbete. Informations- och kompetensutvecklingsaktiviteter integreras i ordinarie utvecklingsaktiviteter både gällande vård och behandling och vårdens organisation. Det handlar således i hög grad om fortlöpande aktiviteter som genomsyrar hela organisationen.

Mot denna bakgrund är parterna eniga om att begränsa redovisningen för år 2000 till de centrala aktörer som erhåller ekonomisk ersättning enligt överenskommelsen.

Den ekonomiska omfattningen av överenskommelsen för år 2000 och medelsfördelningen framgår av bilaga 1. Parterna är överens om att medlen i stor utsträckning skall användas för att ytterligare stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården.

Ersättning enligt punkten 1.1 Förbättrad tillgänglighet; Ökad delaktighet; fördelas till landstingen för år 2000 enligt vad som framgår av bilaga 2. Bidragen utbetalas utan särskild rekvisition av Socialstyrelsen med en tolfedel för varje månad i efterskott.

Ersättning enligt punkten 1.2 Ersättning för vissa verksamheter utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition kvartalsvis i förskott. Ersättningens fördelning framgår av bilaga 3.

Ersättning enligt punkt 1.3 Nationella informationssystem, STRAMA samt producentobunden läkemedelsinformation, utbetalas av Socialstyrelsen utan särskild rekvisition till Smittskyddsinstitutet respektive Läkemedelsverket.

Ersättning enligt punkt 2 Rehabiliterings- och behandlingsinsatser utges efter särskild rekvisition av försäkringskassan efter det att en särskild överenskommelse träffats mellan försäkringskassan och landstinget om medlens användning. Ersättningens fördelning framgår av bilaga 4.

Ersättning enligt punkt 3.1 Verksamhetsutveckling och punkt 3.2 Särskilda medel för utvecklingsarbete utbetalas av Socialstyrelsen i enlighet med överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen om medlens användning.

Ersättning enligt punkt 4 Stöd för kunskapsbaserad vård utbetalas av Socialstyrelsen till SBU i enlighet med överenskommelse mellan Landstingsförbundet och SBU om medlens användning.

Ersättning enligt punkt 5 Stöd till IT-utveckling utbetalas av Socialstyrelsen efter rekvisition till Landstingsförbundet.

Ersättning enligt punkt 6 Nationellt råd utbetalas av Socialstyrelsen i enlighet med beslut i rådet för vårdpolitik.

Ersättning till Hjälpmedelsinstitutets verksamhet punkt 7.1 utbetalas utan särskild rekvisition månadsvis i efterskott av Socialstyrelsen.

Ersättning enligt punkt 7.2 Metod och kunskapsutveckling utbetalas av Socialstyrelsen efter rekvisition till Landstingsförbundet.

Godkännande av överenskommelsen

Överenskommelsen blir giltig när den godkänts av regeringen och Landstingsförbundets styrelse samt under förutsättning av riksdagens godkännande av budgetpropositionen för år 2000.

För Socialdepartementet

För Landstingsförbundet

Mikael Sjöberg

Monica Sundström

Fördelning av ersättning för att stärka patientens ställning för år 2000

Skr. 1999/2000:21
Bilaga 2

Landsting/kommun	Miljoner kronor
AB Stockholm	159
C Uppsala	26
D Södermanland	23
E Östergötland	37
F Jönköping	29
G Kronoberg	16
H Kalmar	21
K Blekinge	14
Skåne län	100
N Halland	24
Västra Götaland län	133
S Värmland	25
T Örebro	24
U Västmanland	23
W Dalarna	25
X Gävleborg	25
Y Västernorrland	22
Z Jämtland	12
AC Västerbotten	23
BD Norrbotten	23
I Gotland	5
	789

Fördelning av särskild ersättning för vissa verksamheter år 2000

Skr. 1999/2000:21
Bilaga 3

Landsting/kommun	Miljoner kronor
AB Stockholm	18,64
C Uppsala	1,37
D Södermanland	1,31
E Östergötland	1,95
F Jönköping	0,72
G Kronoberg	0,66
H Kalmar	0,96
K Blekinge	0,41
Skåne län	6,37
N Halland	0,71
Västra Götaland län	7,97
S Värmland	1,26
T Örebro	0,77
U Västmanland	0,63
W Dalarna	1,14
X Gävleborg	0,69
Y Västernorrland	1,30
Z Jämtland	0,64
AC Västerbotten	1,20
BD Norrbotten	1,09
I Gotland	0,21
	50,00

Fördelning av särskild ersättning för rehabiliterings- och behandlingsinsatser inom hälso- och sjukvården för år 2000

Skr. 1999/2000:21
Bilaga 4

Landsting/kommun	Miljoner kronor
AB Stockholm	41
C Uppsala	7
D Södermanland	8
E Östergötland	11
F Jönköping	7
G Kronoberg	5
H Kalmar	6
K Blekinge	4
Skåne län	30
N Halland	6
Västra Götaland län	40
S Värmland	8
T Örebro	7
U Västmanland	8
W Dalarna	9
X Gävleborg	9
Y Västernorrland	8
Z Jämtland	4
AC Västerbotten	8
BD Norrbotten	8
I Gotland	1
	235

Patienten i hälso- och sjukvården

Detta dokument är ett uttryck för statens och landstingens gemensamma ambition att främja en hälso- och sjukvård som sätter patienterna främst. Lika gemensamt är ansvaret att tillse att landstingen ges förutsättningar att leva upp till detta mål. Endast genom en tillfredsställande balans mellan resurser och ambitioner är det möjligt att med bevarad trovärdighet ta sig an uppdraget att ytterligare höja ambitionsnivån. Det handlar om nya resurser men också om att fullfölja uppdraget att genom bättre utnyttjande av tillgängliga resurser förena fortsatta ekonomiska restriktioner med högt ställda krav på utveckling. Genom de höjda statsbidragen till landsting och kommuner är det möjligt att under år 1999 göra en kraftsamling för förbättrad tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Parterna redovisar här sin övergripande syn på hur patientens ställning skall stärkas inom hälso- och sjukvården. Dokumentet utgör samtidigt grund för *Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar år 1999 för insatser för att stärka patientens ställning m.m.*

Kommuner och landsting ansvarar för verksamheter som är starkt beroende av varandra, särskilt när det gäller insatser till äldre och funktionshindrade. Parterna betonar här vikten av att, utifrån den enskildes behov, åstadkomma en fungerande samverkan mellan huvudmännen när det gäller vården för äldre. Därigenom främjas både god hushållning med samhällets resurser samt hög kvalitet och effektivitet i insatserna till den enskilde.

För alla – genom hela livet

Hälso- och sjukvården är en grundsten i välfärdssamhället och har avgörande betydelse för människors möjligheter att leva ett gott liv. Sjukvården arbetar aktivt med att förebygga sjukdomar och skador samtidigt som den bidrar till bot och lindring för dem som drabbas. Sjukvården medverkar i livets alla skeden; under graviditeten, vid födseln, för barnen, för de äldre och i livets slutskede. Sjukvården är till för alla på lika villkor; oavsett kön, ålder, inkomst och etnisk bakgrund. För rättvisans och trygghetens skull finansieras den därför solidariskt genom skatter och styrs demokratiskt.

Över hela landet skall hälso- och sjukvården formos utifrån befolkningens behov och styras genom ett decentraliserat ansvarstagande nära medborgarna. Verksamheten skall präglas av öppenhet, lyhördhet och dialog.

Målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall vara lätt tillgänglig, ha hög kvalitet och god omvårdnad och genomföras på grundval av patientens självbestämmande och integritet. Vården skall ges med respekt för alla

människors lika värde, med företräde för dem som har störst behov, i enlighet med av riksdagen fastställda riktlinjer för prioriteringar. För människor som av olika skäl inte kan formulera sina egna krav och uttala sina behov har hälso- och sjukvården ett särskilt stort ansvar.

Svensk hälso- och sjukvård är bra – och kan bli ännu bättre

För svensk hälso- och sjukvård har 1990-talet inneburit den dubbla utmaningen att möta stegrade behov och förväntningar samtidigt som de ekonomiska resurserna minskat. Hittills har utmaningen klarats genom förbättrat resursutnyttjande. Därigenom har hälso- och sjukvården kunnat motsvara högt ställda förväntningar, att med allt bättre resultat kunna ta hand om både fler och allvarigare sjuka, till internationellt sett låga kostnader.

Med stora personalminskningar och omfattande verksamhetsförändringar har både patienter och personal utsatts för påfrestningar. Samtidigt har förbättrade behandlingsmetoder gjort att allt fler kan behandlas med gott resultat, vid allt högre åldrar. I takt med de medicinska framstegen växer förväntningarna. Men som en följd av minskade resurser har hälso- och sjukvården under de senaste åren inte kunnat svara upp till dessa förväntningar med bevarad tillgänglighet.

Resurserna har i första hand måst användas för att i hela landet tillgodose växande behov av ett fungerande akut omhändertagande av de svårast sjuka, ofta äldre med många kroniska sjukdomar – ett medvetet val i linje med de av riksdagen fastställda riktlinjerna för prioriteringar. Det innebär också att för tre patienter av fyra ges vården omedelbart utan väntetider.

Med det ökade antalet äldre patienter med sammansatta problem och sjukdomar följer ett ökat behov av att dygnet runt kunna göra akuta bedömningar och insatser. I och med 1990-talets vårdplatsreduceringar förutsätts detta i betydande utsträckning kunna ske utanför sjukhusen. Men här finns i dag problem vilket både orsakar överbeläggningar vid sjukhusen och utgör en bidragande orsak till bristande tillgänglighet inom den planerade vården. Genom att prioritera insatser till äldre i hela vårdkedjan, kan utrymme skapas för bättre tillgänglighet för alla. Landstingen kommer därför att ta särskilda initiativ för att ytterligare förstärka samverkan med kommunerna. Landstingen utlovar också en utökad satsning på att lösa de problem som finns i dag med bristande läkartillgång inom äldreomsorgen. Regeringen noterar i proposition 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken bl.a. att de förbättrade läkarinsatser som det nu finns anledning att se fram emot särskilt behöver omfatta en systematisk uppsökande verksamhet gentemot de oftast sjuka gamla som finns i den institutionella äldreomsorgen. Personalen måste därtill kunna få råd och stöd för sitt handlande – även under jourtid – från läkare. Läkare måste också finnas tillgängliga för direkta insatser under jourtid. Läkarmedverkan kommer också att behöva dimensioneras för de behov som finns i hemsjukvården. Först sedan hemsjukvården också har tillgång till jourläkare som ingår i arbetslaget kring den sjuke, kan hemsjuk-

vårdsmodellen anses vara väl fungerande. Regeringen anser sammanfattningsvis i propositionen att de tillförda resurserna till landsting och kommuner bör kunna öka den medicinska kompetensen och tillgången på läkare

Den hälso- och sjukvård som skall möta 2000-talet är en starkt specialiserad kunskapsorganisation med långtgående krav på att klara snabb anpassning till omvärldsförändringar, effektiv teknik- och kunskaps-spridning, ständig kompetensutveckling för all personal samt fungerande samverkan mellan olika vårdnivåer. För att klara detta krävs ett fortsatt omfattande utvecklings-arbete inriktat på att riva revir, skapa delaktighet och samverkan inom vården och med utomstående.

Och så här skall det ske

För att förverkliga ambitionen om att skapa en hälso- och sjukvård som utgår från patienten är parterna överens om att under de närmaste åren;

- förbättra tillgängligheten,
- öka patientens inflytande och delaktighet,
- prioritera förebyggande insatser,
- behålla kostnadskontrollen och förbättra resursutnyttjandet.

Tillgängligheten skall förbättras inom hälso- och sjukvården

Befolkningen skall ha långtgående möjligheter att välja vårdgivare. Väntetiderna skall vara korta, både till besök och behandling. Genom fördjupad samverkan mellan olika vårdnivåer och med privata vårdgivare skall den totala tillgången till vård tillvaratas på ett allt bättre sätt. Med information om valmöjligheter och tillgänglighet, flexibilitet från hälso- och sjukvården samt uppföljning skall uttalanden om patientens rätt omsättas till praktisk verklighet.

Tillgänglighet har även aspekter som ej låter sig fångas genom definierade tidsgränser, men som därigenom ej får ges lägre prioritet. Det handlar bl.a. om långvarigt stöd för personer med kroniska sjukdomar och om tillgång till rätt insatser i rätt tid vid akuta tillstånd.

Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000) har i betänkandet Patienten har rätt (SOU 1997:154) förordat en allmän behandlingsgaranti, som innebär att alla patienter generellt skall tillförsäkras medicinsk behandling inom tre månader. Regeringen och Landstingsförbundet är överens om att de närmare ekonomiska, organisatoriska och praktiska förutsättningarna för en sådan garanti skall klargöras under år 1998.

Patientens val

Patienterna skall ha möjligheter att välja vårdgivare där det av skilda skäl passar dem bäst. Landstingen skall därför ha och tillämpa valmöjligheter efter principen att det är vården som skall stå för anpassningen och flexibiliteten.

Varje landsting skall tillse att varje patient erhåller tydlig information om sina möjligheter att välja vårdgivare, i det egna landstinget och på annat håll. Landstingsförbundet skall medverka till ökad tydlighet både när det gäller vad som är möjligt att välja och de restriktioner som finns.

Garanterade väntetider för besök

Primärvården är ansvarig för de första kontakterna och skall erbjuda hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om den första kontakten ej sker med läkare skall tid för läkarbesök kunna erbjudas senast inom åtta dagar.

Om det bedöms att besök inom övrig specialistvård erfordras skall tid för besök erbjudas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioriteringar, dock senast inom tre månader. För patienter med stark oro, eller när läkaren på grund av befarad allvarlig sjukdom med försämrad prognos vid tidsutdräkt bedömer att besök hos specialist ej kan anstå, skall besöket ske senast inom en månad (tidigare benämnd oklar diagnos).

När det bedöms att behandling erfordras skall den påbörjas utan dröjsmål enligt vägledande principer för urval och prioritering och i samråd med patienten.

I de fall besök ej kan erbjudas inom nämnda tidsgränser har patienten rätt att, utan extra kostnader för patienten, välja att göra besöket hos vårdgivare i annat landsting. Denna rätt inkluderar även privat vårdgivare med ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller enligt vårdavtal.

Förbättrad uppföljning av tillgänglighet

Möjligheterna att följa tillgängligheten måste förbättras. Landstingen skall utveckla system för uppföljning som gör det möjligt att på ett över landet jämförbart sätt kunna redovisa väntetider för såväl besök som behandling. Även tillgängligheten för personer med kroniska sjukdomar och inom akutsjukvården måste följas.

Att öka patientens inflytande och göra patienten delaktig påverkar hälso- och sjukvårdens organisation och arbetssätt

Inflytande över behandling

Väl så viktigt, som att få välja vårdgivare, är att kunna vara delaktig i behandlingen. Vilken behandling som är bäst för en enskild patient kan bara avgöras genom en dialog mellan vårdpersonalen och patienten.

För att fullt ut kunna vara delaktig i behandlingen krävs att patienten erhåller individuellt anpassad information om hälsotillstånd och om tillgängliga metoder för förebyggande insatser, undersökning och behandling. Genom utvecklandet av nationella riktlinjer, lokala vårdprogram och individuella överenskommelser kommer personer med kroniska

sjukdomar att känna till både vad vården kan göra och vad de själva kan bidra med.

De tekniska möjligheterna att informera är viktiga, men får inte skymma det faktum att viktigast av allt är att mötet med patienten sker med en beredvillighet att lyssna och att anpassa dialogen till olika patienters olika behov. Det handlar om att gå från enkelriktad information till kommunikation och dialog. Bakom denna vision om en aktiv patient som söker kunskap finns en respekt för att individen själv är kapabel att ta ett större ansvar för sin behandling och rehabilitering. Att stärka patientinflytandet är på så sätt en viktig del av kvalitetsutvecklingen inom vården. Därmed får också personalen inom vården en ny pedagogisk roll vilket i högre grad än i dag måste uppmärksammas både när det gäller grundutbildningarna och i den kontinuerliga kompetensutvecklingen.

Att stärka patientens ställning har ett egenvärde men utgör dessutom ett mervärde i behandlingen som gynnar bra vårdresultat. Välinformerade och aktiva patienter uppvisar bättre behandlingsresultat genom att de i större utsträckning följer råd om medicinering, kost, motion och tar ansvar för sin hälsa. Det är inte minst viktigt i förhållande till personer med kroniska sjukdomar där en stor del av insatserna avser behandling under lång tid.

För patienter med mycket allvarlig sjukdom skall möjligheterna att hämta in synpunkter från andra håll i vissa situationer förbättras (second opinion). För patienter med svåra och mycket ovanliga sjukdomstillstånd eller skador skall möjligheterna att erhålla vård och behandling i andra landsting förstärkas.

Vård utan revirgränser

Inom hälso- och sjukvården urskiljs olika vårdnivåer; i huvudsak primärvård, länssjukvård och regionsjukvård. Därtill kommer den vård och omsorg som bedrivs av kommunerna. För den enskilde patienten är det viktigt att organisatoriska gränser ej försvårar, utan att vården alltid kan ges i ett sammanhang, utan organisatoriska hinder eller revirgränser.

Det betyder att den samlade vården – vårdkedjan – är viktigast. Varje patient måste erhålla den väg genom vården som är bäst anpassad till hennes behov. Alla länkar i vårdkedjan måste samverka för ett bra helhetsresultat. Primärvården skall utvecklas och ges reella förutsättningar att leva upp till kravet att utgöra en första länk i hälso- och sjukvården, att som en kompetent och samverkande vårdnivå ta ett betydande ansvar för helheten. Ansvaret förutsätter säkra och trygga kontakter inom hela vårdsystemet. Kravet härstammar ur tanken på den egna läkaren som patientens viktigaste rådgivare och lots i sjukvården.

Primärvården måste därför utveckla sin förmåga att behandla vanliga sjukdomar men också att hantera diffusa fysiska och psykiska kontaktorsaker och har som en av sina huvuduppgifter att tillse att den övriga specialistvården utnyttjas på bästa sätt.

Primärvårdens roll i vården av de äldre sjuka måste tydliggöras. Samspillet med andra vårdgivare är här en nyckelfråga. Ökad samverkan mellan landstingen och kommunerna skall leda till bättre resultat för den

enskilde, ökat stöd för anhöriga och bättre hushållning med gemensamma resurser.

Även den öppna specialistsjukvården och sjukhusen har ansvar för att vårdkedjan fungerar i kopplingarna till kommuner och primärvård. Genom samverkan och gemensam vårdplanering skall individuella behov bli styrande för insatserna, samtidigt som hög effektivitet kan vinnas.

Kravet på samverkan innefattar också de privata vårdgivarna. Med fungerande vårdkedjor som innefattar både offentlig och privat driven vård främjas såväl kvalitet som hushållning. Formerna är av underordnad betydelse, medicinsk samverkan kring patientgrupper och enskilda patienter är däremot betydelsefull.

Den medicinska kunskaps- och teknikutvecklingen har möjliggjort allt kortare vårdtider, genom bättre diagnostik, skonsammare ingrepp och effektivare läkemedelsterapier. I de flesta fall innebär det bättre resultat även ur ett medicinskt perspektiv att i ökad utsträckning förlägga vård och rehabilitering till normal hemmiljö som hemsjukvård eller som dagvård vid sjukhus.

Hälso- och sjukvården skall bidra till bättre folkhälsa genom förebyggande insatser

Det yttersta syftet med hälso- och sjukvården är att bidra till att alla människor kan leva med god hälsa från födseln till sent i livet. De stora skillnader i hälsa som finns mellan olika grupper skall motverkas.

Trots alla framsteg inom den medicinska vetenskapen bestäms människors hälsa i betydande grad av andra faktorer än av insatser från hälso- och sjukvården. När det gäller rök- och alkoholvanor, arbetslöshet och social isolering, kost och motion samt olycksfall finns en betydande potential för att åstadkomma en förbättrad folkhälsa. Därför krävs ett skifte av perspektiv som poängterar förebyggande insatser inom alla ordinarie politik- och verksamhetsområden. Hälsoutvecklingen är en integrerad del av samhällsutvecklingen och att främja hälsa är en uppgift för hela välfärdspolitiken.

I det praktiska folkhälsoarbetet spelar kommunerna en nyckelroll. Landstingen skall utveckla samverkan med kommunerna, men också med andra samhällssektorer. Landstingen har en viktig uppgift bl.a. i att registrera, sammanställa, analysera och sprida kunskap om bakomliggande faktorer för ohälsa.

Landstingen kommer att verka för ett brett engagemang bland sjukvårdspersonal i det individuellt inriktade förebyggande folkhälsoarbetet. Varje möte med patienter och anhöriga representerar en möjlighet att ge individuellt anpassade råd om vad som kan gynna en positiv hälsoutveckling. Det gäller primärvården men också all övrig specialistsjukvård, inte minst psykiatri.

Färre skador eller sjukdomar som en följd av förebyggande åtgärder representerar i första hand en hälsovinst för den enskilde. Samtidigt uppstår avsevärda humanitära, sociala och ekonomiska vinster för samhället.

Hälso- och sjukvården skall vara effektiv och ha kontroll över kostnaderna

Skr. 1999/2000:21
Bilaga 5

Ständigt förbättringsarbete

Det starka förändringstryck som hälso- och sjukvården utsätts för till följd av tekniska och medicinska landvinningar, allt fler äldre och allt bättre informerade medborgare med större krav på individuellt anpassad behandling, skapar förväntningar som endast kan mötas genom en högt utvecklad kapacitet för förbättring. Och förbättring kan endast uppnås genom förändring. Landstingen måste därför vidareutveckla förmågan att kontinuerligt förändra för att förbättra. För att åstadkomma detta krävs ett tydligt ledarskap och att hela personalen är delaktig.

Svensk hälso- och sjukvård har en stark tradition av att arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Ändå förekommer praxis som inte överensstämmer med tillgänglig vetenskaplig kunskap, vilket innebär att tillgängliga resurser ej utnyttjas på bästa sätt. Det finns omvänt kunskap som inte utnyttjas och därmed inte kommer patienter tillgodo, trots att detta skulle förbättra behandlingsresultaten och kunna bidra till bättre utnyttjande av vårdens resurser.

Landstingen skall därför öka sina ansträngningar att genom ett praktiskt inriktat systematiskt förändringsarbete förbättra både den medicinska kvaliteten, tillgängligheten och omvårdnaden. Detta skall ske i nära samverkan med de professionella grupperna inom vården och med andra myndigheter och organisationer.

Utvecklande arbetsplatser

I en sjukvård som utgår från patientens behov spelar personalens förutsättningar att möta dessa behov en avgörande roll. Hälso- och sjukvården skall bestå av utvecklande arbetsplatser med ett ledarskap för ständigt lärande, delaktighet och inflytande.

Mycket av framgången i arbetet med att stärka patientens ställning ligger i att påverka attityder och beteenden. Landstingen skall därför arbeta med kompetensutveckling som tar sikte på att öka personalens förmåga till fruktbar dialog med patienter med varierande behov.

Begränsade resurser kräver effektivt resursutnyttjande

Med begränsade ekonomiska resurser är det viktigt att dessa utnyttjas på rätt sätt. Resurser som används väl räcker till fler patienter. Det är därför angeläget att kontinuerligt kunna redovisa resursutnyttjandet inom hälso- och sjukvården.

Landstingen kommer att förbättra redovisningen av tillgänglighet och av prestationer i övrigt. Genom ökad systematik i uppföljningen skall bättre förutsättningar att göra jämförelser inom och mellan landsting skapas.

Med effektiv organisation, moderna läkemedel och metoder samt utvecklad samverkan mellan vårdnivåer, med kommuner, andra aktörer och

patienterna själva skall ekonomiska ramar kunna förenas med höga ambitioner avseende såväl tillgänglighet som vårdens resultat.

Skr. 1999/2000:21
Bilaga 5

Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 28 oktober 1999

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Hjelm-Wallén, Freivalds, Winberg, Ulvskog, Lindh, Sahlin, von Sydow, Klingvall, Messing, Engqvist, Rosengren, Larsson, Lejon, Lövdén, Ringholm

Föredragande: statsrådet Engqvist

Regeringen beslutar skrivelse 1999/2000:21 Redogörelse för en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2000