

Motion till riksdagen 2021/22:4353

av **Karin Rågsjö m.fl. (V)**

med anledning av prop. 2021/22:72 Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform

1 Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med en långsiktig ekonomisk nationell plan för grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning i syfte att säkerställa behovet av läkare inom primärvården och tillkännager detta för regeringen.
2. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag om förstärkt uppdrag för Nationella vårdkompetensrådet att utforma och dimensionera för primärvårdens kompetensbehov och tillkännager detta för regeringen.
3. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör återkomma med förslag som säkerställer att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan och tillkännager detta för regeringen.
4. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om regeringen bör vidta åtgärder för att listning ska ske hos läkare eller annan vårdkontakt som patienten väljer och tillkännager detta för regeringen.
5. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin samt arbeta fram modeller för hur vården enklare kan nå patienter och arbeta med kunskapsspridning av metoder och tekniklösningar, och detta tillkännager riksdagen för regeringen.
6. Riksdagen ställer sig bakom det som anförs i motionen om att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att följa upp och redovisa regionernas arbete för mer enhetliga ersättningssystem och tillkännager detta för regeringen.

2 Inledning

I föreliggande proposition finns många bra förslag och det förs även ett resonemang kring utmaningarna med att reformera nuvarande system. Det som Vänsterpartiet dock saknar är konkreta åtgärder. Redan i dag finns ett system där patienter listar sig på en vård- eller hälsocentral men det blir ändå inte en kontinuitet i kontakten eftersom grundproblemet är bristande kompetensförsörjning för att bemanna primärvården.

Precis som regeringen skriver medför bristande tillgång till primärvården att människor inte får vård i rätt tid men även att förtroendet för hälso- och sjukvården urholkas. Det är allvarligt ur flera aspekter men särskilt med tanke på det förebyggande arbete som så ofta sker inom primärvården och som får konsekvenser för folkhälsan i stort. För att klara den och andra utmaningar måste primärvården stärkas, och regeringen har tillsatt ekonomiska medel och gett flera myndigheter i uppdrag att genomföra satsningar, vilket är bra och positivt.

Vänsterpartiet menar dock att om det är allvarligt menat att tillgängligheten och kontinuiteten ska öka och att patienter ska bli mer delaktiga måste resurser skjutas till i den mån att det får verklig betydelse. För det är framför allt resurser som saknas för att kunna bygga en stark primärvård med rätt utbildad personal och tillräckligt många läkare på plats.

För Vänsterpartiet är det viktigt att de som har störst behov får tillgång till sjukvård, oavsett bostadsort och andra faktorer. Det är också angivet enligt hälso- och sjukvårdslagen att patienter med störst vårdbehov ska ges företräde till vården. Det vi ser nu med ett system som utgår från efterfrågan och omedelbar tillgänglighet får motsatt effekt och det tydligaste exemplet på detta är de digitala vårdgivare som uppmuntrar människor att söka för åkommor som skulle kunna lösas med egenvård. Korta och snabba vårdkontakter prioriteras framför kontinuitet och prioritering av de med störst behov av hälso- och sjukvård. Det är ett stort slöseri med våra gemensamma tillgångar i form av skattemedel då följderna blir att resurser tas från dem med störst vårdbehov. Samtidigt ökar primärvårdens uppdrag utan tillförsel av motsvarande ekonomiska resurser.

Det som också ofta glöms bort, även om det förs ett resonemang om vikten av densamma i propositionen, är diskussionen om att det faktiskt krävs en bra arbetsmiljö för att behålla kompetensen i form av specialiserade allmänläkare och distriktssköterskor. Att mäta och räkna och fokusera på effektutvärdering tycks ha blivit viktigare än att behålla fokus på kärnverksamheten, dvs. att ge vård till de patienter som vänder sig till primärvården och som ska ha rätt till en s.k. nära och trygg vård.

3 Nationell plan för utbildning

Enligt regeringens bedömning bör en fast läkarkontakt vara *specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialisttjänstgöring i allmänmedicin och en myndighet bör få i uppdrag att analysera vilka behov en fast läkarkontakt ska möta och vilka kompetenser som bäst kan tillmötesgå behoven*. Detta till skillnad från utredningen (SOU 2018:39) som menar att regeringen bör ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha samt att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska införas krav enligt samma formulering som ovan. En del remissinstanser, som Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ifrågasätter utred-

ningens förslag om krav med motiveringen att bristen på specialister i allmänmedicin utgör själva kärnan i problemet och pekar på att liknande krav har funnits i många år utan att det gett önskat resultat. Andra, som Svenska distriktsläkarföreningen, påtalar risken för att man i en bristsituation sänker kompetenskraven, vilket kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet. Regeringen menar att det inte finns någon sådan risk då vårdgivare även nu har ansvar för att bestämma vilken kompetens som behöver ligga till grund för fast läkarkontakt. I dag finns inte något krav på specialistinriktning då regleringen togs bort år 2010 utifrån att det inte ansågs realistiskt att kunna erbjuda en specialist i allmänmedicin som fast läkarkontakt. Regeringen menar att det inte heller nu behövs någon reglering då regionerna redan anses inse vikten av att ha specialister i allmänmedicin.

För Vänsterpartiet blir detta resonemang något av ett moment 22 och flyttar fokus från det grundläggande problemet. I det fall intention och vilja faktiskt på riktigt finns att i framtiden kunna erbjuda fast läkarkontakt, oavsett specialinriktning eller likvärdig kompetens, måste systemet i grunden reformeras, vilket här handlar om att tillse att erforderliga utbildningsmöjligheter skapas i syfte att säkerställa kompetensförsörjningen. Det är bra att regeringen föreslår att man mot bakgrund av bl.a. den demografiska utvecklingen och den brist på specialister i allmänmedicin som råder bör ge en myndighet i uppdrag att särskilt analysera vilka ytterligare kompetenser som eventuellt lämpar sig för en fast läkarkontakt, med avstamp i de behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta och vilka kompetenser som bäst kan tillmötesgå behoven. Vänsterpartiet menar dock att det dels redan finns underlag men att behovet av nödvändiga utbildningssatsningar och prognoser för detta behöver förtydligas ytterligare. Det har bl.a. av den av regeringen tillsatta Valfärdskommissionen tagits fram vissa intressanta förslag om en ny process för hur nya utbildningsplatser ska kunna erbjudas för framtidens välfärdsyrken, och Nationella vårdkompetensrådet har framfört liknande uppgifter kring kompetensförsörjning.

Enligt en rapport från Vårdanalys (2018:5)¹ gavs rekommendationerna att utbilda läkare vars kunskap och kompetens skulle motsvara befolkningens behov och att tillsätta ett ändamålsenligt antal läkare för att ge en jämlik tillgång till läkare. Vidare beskrevs att planeringen av kompetensförsörjningen saknade helhetsperspektiv då regionernas kompetensförsörjningsarbete sker utifrån de egna behoven, och eftersom en samlad strategi saknas har de geografiska skillnaderna cementerats. Utöver det konstaterades att det inte gjorts tillräckligt för en samordnad försörjning av läkarkompetensen nationellt som motsvarar befolkningens samlade behov. Utifrån detta och andra rapporter och underlag kan Vänsterpartiet konstatera att utgångspunkterna bör vara att jämlik sjukvård kräver jämlik tillgång till läkare och annan vårdpersonal, kompetensförsörjning av vårdpersonal kräver ett nationellt perspektiv, ett ändamålsenligt antal läkare och övrig personal krävs för att det ska kunna finnas ett ändamålsenligt antal vårdplatser och att antalet vårdplatser och kompetensförsörjning kräver ett helhetsperspektiv.

Ansvar för primärvårdens kompetensförsörjning överfördes till landstingen 1992. Den statliga styrningen sker ofta genom överenskommelser med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om olika insatser kring kompetensförsörjning och annat men planeringshorisonten för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården måste vara långsiktig och utgå från nationens samlade behov. Kriterier som demografi samt

¹ Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård (Rapport 2018:5).

medicinsk och teknisk utveckling m.m. måste också beaktas. Att bli läkare kan ta upp till tolv år och för olika specialistkompetenser kan det ta ännu längre tid. Grundutbildning och fortbildning behöver säkras för hela landets och utifrån befolkningens behov. Detta gäller såväl dagens som framtidens behov. Det är av största vikt att behovet av läkare inom primärvården säkerställs.

Regeringen bör återkomma med en långsiktig ekonomisk nationell plan för grundutbildning, vidareutbildning och fortbildning i syfte att säkerställa behovet av läkare inom primärvården. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Nationella vårdkompetensrådets övergripande uppdrag är att långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom hälso- och sjukvården och tandvården. Samordning och kartläggning av sjukvårdens kompetensbehov är mycket viktigt. Men den statliga styrningen av kompetensbehoven inom sjukvården behöver stärkas. Regeringen och dess myndigheter behöver få en mer tydligt definierad operativ roll. Brist i ledning och styrning på nationell nivå skapar återkommande brist på olika kompetenser inom vården. Centralt i myndigheternas uppdrag bör vara grundutbildningarnas dimensionering, dvs. antal studenter och innehåll samt att fortlöpande ta ställning till behov av förändring utifrån vårdens och samhällets utveckling. Därutöver bör ingå vidareutbildningarnas dimensionering och utformning samt principiellt övergripande kompetenskrav för vårdens professioner.

Regeringen bör återkomma med förslag om förstärkt uppdrag för Nationella vårdkompetensrådet att utforma och dimensionera för primärvårdens kompetensbehov. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Ett tydligt krav i Socialstyrelsens ledningsföreskrift bör innehålla krav på vidareutbildning. I denna bör det fastslås att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan som följs upp och revideras regelbundet. I planen ska behovet av både extern och intern fortbildning framgå. Att vårdgivare och arbetstagare uppfyller sina skyldigheter måste följas upp externt varför vidtagna åtgärder för fortbildning ska redovisas i verksamhetsberättelsen. Läkarutbildningens innehåll är viktig för att framtidens sjukvård ska förbättras. Nationella vårdkompetensrådet ska därför vara den samordningsfunktion som dimensionerar antalet AT-, BT- och ST-tjänster. Rådet ska även ansvara för att ta fram underlag för att kunna göra årliga prognoser av tillgång och efterfrågan på specialistläkare. Prognoserna behöver innehålla aktuella uppgifter om antal verksamma specialister och antal ST-läkare inom respektive specialitet samt åldersfördelning och sysselsättningsgrad.

Regeringen bör återkomma med förslag som säkerställer att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

4 Listning på fast läkare eller vårdkontakt

Syftet med det föreslagna nya systemet anges i propositionen vara att skapa ett mer sammanhängande och stabilt system som bygger på kontinuitet för patienten utifrån det val av utförare han eller hon har gjort. För att det ska kunna uppnås har förslaget konstruerats så att möjligheten för patienterna att byta utförare begränsas. Detta menar regeringen ger vårdgivarna ökade förutsättningar för långsiktig planering, vilket i sin tur

leder till högre patientsäkerhet och kvalitet. En begränsning beskrivs även kunna medföra ökade möjligheter att fånga upp och hjälpa individer som far illa genom våld i nära relationer eller genom missbruk och som ofta byter utförare i syfte att undvika orosanmälningar eller för att inte avslöja sitt missbruk. Vidare anges att det sannolikt är att personer med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov som har det största behovet av en långsiktig relation med en fast läkare i primärvården men att det kan finnas patienter eller patientgrupper som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Här lyfts det förebyggande arbetet in i form av livsstilsförändringar, som också kan underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande få träffa samma läkare.

Regeringen framför att målet är att en fast läkarkontakt ska erbjudas dem som önskar det och att information om denna möjlighet ska ges, och menar att det är viktigt att huvudmannen organiserar primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan och att den enskilde faktiskt får träffa den valda läkarkontakten vid sina besök. Samma krav ska gälla primärvårdsverksamhet som bedrivs i egen regi såväl som andra driftsformer. För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan som sagt behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. Regeringen förutsätter att den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får en sådan. Samtidigt uppfattas bristen på specialister i allmänmedicin vara ett problem som har gjort det svårt för regionerna att säkra bemanningen.

För Vänsterpartiet vore det mer logiskt om regeringen utifrån ovan angivna ställningstagande föreslog åtgärder som faktiskt syftar till att det ska bli verklighet för människor att få en fast läkare eller vårdkontakt. Genom nuvarande förslag blir inte skillnaden så stor jämfört med hur systemet är utformat i dag. En del av remissinstanserna, t.ex. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, lyfter att det är tveksamt om ett förtydligande i lagstiftningen enligt propositionens förslag kommer att leda till att fler får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Socialstyrelsen och Vårdförbundet m.fl. uttrycker att det är överflödigt att förtydliga möjligheten till fast läkarkontakt eller ifrågasätter vilken effekt ett språkligt förtydligande av lagtexten kan få på möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt. Av de som är yrkesverksamma inom fältet, såsom Svenska Läkaresällskapet, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Delegationen för medicinsk etik (DME) och Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF) framförs att listning borde ske på läkare och inte på utförare. Vänsterpartiet instämmer i detta, dvs. att listning bör ske på läkare eller annan vårdkontakt som patienten själv väljer eftersom tidigare strategi inte lyckats främja kontinuitet i svensk primärvård och att listning hos utförare inte heller borgar för eftersträvad kontinuitet.

Även tillgång till andra vårdprofessioner än läkare är centralt för att skapa god primärvård. För att klara behovet av fast läkarkontakt är det av största vikt att faktorer som kompetensförsörjning, arbetssätt och arbetsmiljö inom respektive verksamhet beaktas. Det resonemang som förs om att en lagstiftning om fast läkarkontakt kan bli svår att leva upp till då fasta läkare inte förekommer på ett flertal ställen inom regionerna menar Vänsterpartiet inte ska få utgöra skäl till att detta krav inte ska ställas. Hela primärvårdssystemet såsom det är uppbyggt i dag behöver reformeras och om det finns en seriös intention med att göra det behöver lagkraven vara tydliga. I annat fall kommer ingen förändring att ske. Den bristande tillgången på allmänläkare behöver åtgärdas men professionen kan också behöva kompletteras med kompetens- och uppgiftsväxling för att bättre nyttja personalresurserna. Vissa regioner, t.ex. Västernorrland, föreslår mot bakgrund av att valet av fast läkarkontakt kan bli ett problem, att patienten ändå ska få

en fast vårdkontakt för att skapa kontinuitet. En sådan fast vårdkontakt skulle då särskilt fokuseras till patienter med kroniska sjukdomar och andra patientgrupper som har behov av regelbundna besök.

Regeringen bör vidta åtgärder för att listning ska ske hos läkare eller annan vårdkontakt som patienten väljer. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Att regeringen gör bedömningen att en myndighet bör få i uppdrag att kartlägga och utvärdera hur en nationell listningstjänst i statlig regi kan inrättas och föreslå de författningsändringar som krävs för detta, ställer sig Vänsterpartiet positivt till. Det är angeläget, vilket tas upp i propositionen, att staten på sikt bör tillhandahålla en nationell listningstjänst som gemensamt för hela landet administrerar listning, omlistning och kösystem vid begränsning av lista. Detta betonas även av flera av remissinstanserna bl.a. för att underlätta för invånare att lista sig i en annan region än hemregionen och för att tjänstens utformning ska bli likartad i hela landet.

5 Rätt till jämlik vård

En mängd underlag, förslag och statistik har tagits fram kring ämnet jämlik vård, bl.a. från Vårdanalys, Socialstyrelsen och Kommissionen för jämlik vård. Vissa framsteg görs på enskilda vårdenheter och inom en del regioner men viljan och förmågan till jämlikhetssträvan inom vården varierar mellan regionerna. På nationell nivå finns mer stöd för behandlingar av sjukdom men svårare är det med strukturella reformer nationellt när det gäller grundläggande förutsättningar för tillgänglighet. Det mest ingripande beslutet är ”tvångs-LOV”, dvs. fri etableringsrätt för privata aktörer inom primärvården – ett beslut som motverkar jämlik vård och som enligt Vänsterpartiet är ett steg i helt fel riktning.

Statens uppföljning av målen för vården behöver bli mer systematisk, kontinuerlig, operativ och vara utvärderande. Regionerna behöver bli starkare och statens styrning tydligare samt mer fokuserad på måluppfyllelse. Vänsterpartiet tror inte på att göra staten till huvudman för hela sjukvården, men inom en rad områden behövs i dag ökad nationell styrning. Exempelvis är det rimligt att investeringar i patientjournalssystem och annan digital infrastruktur hanteras av staten, liksom större fastighetsinvesteringar, vårdköer, beredskapslager, läkemedelslistor, biobanker och precisionsmedicin. Är målsättningen att ha en jämlik vård måste det föreslås åtgärder som leder till ökad jämlikhet, inte minskad jämlikhet och ökade klassklyftor. Tillsynen av hälso- och sjukvården är ett av de viktigaste statliga verktyg som finns i dag för att värna om patientsäkerheten och bidra till lärande. Detta verktyg är underutnyttjat. Tillsynen behöver stärkas resursmässigt, granskningar måste få bättre genomslag och lagar och förordningar behöver anpassas för att ge goda förutsättningar i tillsynsarbetet. Det finns anledning att utforma en ny organisation för den statliga styrningen, dels i syfte att uppnå ökad jämlikhet men också för att få ökat lokalt och professionellt handlingsutrymme där det är lämpligt.

Enligt Vänsterpartiet är det angeläget att ett råd med ett jämlikhetskansli inrättas för utvärdering och uppföljning av jämlik hälsa och dess delmål. Inom ramen för ett sådant uppdrag bör ett antal mätbara mål upprättas utifrån huvudmålet om en jämlik hälsa och det bör ingå att jämlikhetsgranska politiska och strukturella beslut det gångna verksam-

hetsåret i alla regioner avseende beslut gällande hälso- och sjukvård. Vidare är det av vikt att rådet ges en tillräcklig bemanning för att kunna följa jämlikhetsutvecklingen i Sverige inom sjukvården, följa aktuell forskning, föra dialog med olika delar av sjukvården och forskare samt beslutsfattare. Därtill bör ingå att redovisa en årlig rapport om måluppfyllelse samt förslag på hur målen kan uppfyllas. Rapporten ska redovisas för riksdag och regering samt i lämpliga former för andra intressenter. Dessutom bör det införas en nationell konsultationsordning där regeringen och företrädare för regionerna följer upp rådets årliga rapport om jämlik vård och hur den uppnås på ett gemensamt sätt. Regeringen bör återkomma med förslag enligt vad som anförs i motionen om inriktningen för den nationella jämlikhetsstyrningen för hälso- och sjukvård.

Den nuvarande utformningen i form av ramlagstiftning innebär att hälso- och sjukvårdslagens övergripande mål och riktlinjer alltför ofta blir formuleringar utan konkret påverkan på vårdpolitiska beslut. Frihet för kommersiella intressen överordnas i praktiken hälso- och sjukvårdspolitiska lagar och regelverk. Enskilda personer kan inte kräva överprövning av ett beslut eftersom hälso- och sjukvårdslagen inte är en rättighetslag utan en ramlag som anger regionfullmäktiges skyldigheter att tillhandahålla en god vård. Att omformulera hälso- och sjukvårdslagen från en ramlag till en rättighetslag torde vara en mycket komplicerad väg att gå. Patientlagen och patientsäkerhetslagen är lagar som är inriktade på enskilda patienter. Vänsterpartiet anser att alla patienter ska ha rätt till jämlik vård enligt lag och att myndigheter och vårdgivares ansvar och skyldigheter att organisera vården så att den utförs jämlikt ska tydliggöras. Regeringen bör ta initiativ till att det i patientlagen och patientsäkerhetslagen skrivs in att alla patienter har rätt till jämlik vård.

5.1 Stärkt primärvård i glesbygd och tillgång till digitala vårdgivare

Enligt Vårdanalys (2018)² framgår att det är stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning i primärvården. Vårdcentraler i glesbygd har en lägre andel fast anställda och uppvisar ett större behov av hyrläkare och vikarier. I dag räcker inte antalet läkare i primärvården till för att alla som vill ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt. Förslaget om ett förtydligande av möjligheten för patienten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt behöver därför som tidigare tagits upp kombineras med ett fokus på bemanning och kompetensförsörjning.

Glesbygdsmedicin är ett begrepp som vuxit fram och som innefattar en rad kunskapsområden och metodutveckling som syftar till att kompensera för avståndsproblematik och upprätthålla den bredare kompetens som är nödvändig då befolkningsunderlaget är litet och avstånden stora. Vård i glesbygd omfattar alla slags sjukdomar, olycksfall, symptom och tecken på ohälsa i en befolkning. Att jobba i glesbygd kräver bred medicinsk kunskap med tillämpning i öppenvård, slutenvård och hemsjukvård. Därutöver fordras ingående kunskap om de sociala, psykologiska, ekonomiska, existentiella och samhällsstrukturella villkor som gäller för människor i glesbygd. Det betyder ett utvecklat och fördjupat närvårdskoncept. Glesbygdsmedicin som kunskapsområde behöver såväl forskning som utvecklingsmedel för att finna och sprida de lösningar som kan garantera trygg, säker och likvärdig vård till den del av befolkningen som bor i

² Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård (Rapport 2018:5).

gles- och landsbygdsområden. Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC) är en enhet som bedriver forskning, utveckling och utbildning för och i glesbygd.

Regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla kunskapsområdet glesbygdsmedicin samt arbeta fram modeller för hur vården enklare kan nå patienter och arbeta med kunskapsspridning av metoder och tekniklösningar. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

En överanvändning respektive underanvändning av vården tenderar att skapa ojämlikhet. Det är av största vikt att det förs en politik som främjar att den person vars behov av vård är störst också är den som ska hamna först i kön. Vården kommer alltid att vara mer kostnadskrävande i glesbygden på grund av den rådande demografin. Det behöver finnas viss specialistvård, såsom ortopedi, kirurgi m.m. på plats i samtliga regioner. Regeringen bör utreda hur akutmottagningar och primärvård samt övrig sjukvård kan organiseras på ett patientsäkert sätt i glesbygd samt i områden med utsatt hälsoläge med fokus på tillgänglighet och kvalitet.

Enligt propositionen ser Socialstyrelsen en risk att digitala vårdgivare ska koncentrera sin verksamhet till vissa regioner och därmed spä på ett eventuellt geografiskt ojämnt utbud. Socialstyrelsen menar att det därför är angeläget att regionerna säkerställer att digitala vårdtjänster finns tillgängliga i hela landet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys instämmer i utredningens³ övergripande slutsats om att digital vård har stora möjligheter att bidra till både en ökad tillgänglighet och effektiviseringar samt att tillgången till digital vård är en viktig förutsättning för framtidens primärvård. Däremot är myndigheten inte övertygad om att utredningens förslag garanterar en jämlik tillgång till digital vård även i fortsättningen. Om dagens digitala vårdgivare i framtiden ska ingå i samma valfrihetssystem som traditionella primärvårdsutförare, och därmed behöver kunna erbjuda både digital och fysisk vård, är det en hög risk att de väljer att begränsa sin verksamhet till större städer. Myndigheten anser att utredningens rekommendation om att digital vård och digitala kontaktvägar ska erbjudas av samtliga vårdgivare över hela landet är en alltför svag form av styrning.

De privata digitala vårdgivarna når i genomsnitt friskare patienter än de som primärvården har ansvar för att ge vård. En sjukare patient har oftare behov av fysisk undersökning och provtagning. Genom en ”målvalt” i form av en vårdcentral i en region kan privata vårdgivare erbjuda distansvård i övriga delar av landet, och detta på löpande räkning. Fakta saknas inte kring ojämlikheten i vården och att ojämlikhet råder är det ingen tvekan om. Det finns nog ingen politiker som skulle säga att hen förespråkar ojämlikhet i sjukvården men faktum kvarstår att det är politiska beslut som i praktiken ökar ojämlikheten. Detta vill Vänsterpartiet motverka.

Regeringen ska uppdra till regionerna att alltid ta hänsyn till folkhälsobehoven i syfte att områden med låga folkhälsotal prioriteras. Regionerna ska ha som fokus att minska ojämlikheten i hälsa.

5.2 Ersättningssystem

Enligt regeringens bedömning bör regionerna fortsätta den utveckling som har påbörjats i riktning mot mer enhetliga ersättningssystem inom primärvården. För Vänsterpartiet är det viktigt, som regeringen påpekar, att regionerna tar ansvar för att utforma ersättningssystemet på ett sätt som leder till jämlika villkor och tillgång till vård samt i detta syfte

³ (SOU 2018:39).

också möjliggör kontroll och uppföljning. Detta för att kunna följa och se om förväntningarna på enhetlighet infrias. En ökad enhetlighet anges ska kunna bidra till ökad stabilitet, jämlikhet och styrning i syfte att vård ska ges utifrån behov, vilket Vänsterpartiet välkomnar. Att regionernas ansvar kvarstår innebär att nationellt utformade ersättningsprinciper kommer att behöva synkroniseras med system baserade på regionalt och lokalt identifierade behov. Som exempelvis Sveriges Kommuner och Regioner anger i sitt remissvar borde ökad likriktning nationellt innebära fördelar men samtidigt medför det regionala och lokala ansvaret även att driva utvecklingen framåt inom ramen för befintlig samverkan, och detta bör inte hindras. Att regeringen anger att de avser att följa denna fråga är positivt och mycket angeläget, men skulle ytterligare behöva konkretiseras.

Regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att följa upp och redovisa regionernas arbete för mer enhetliga ersättningssystem. Detta bör riksdagen ställa sig bakom och ge regeringen till känna.

Karin Rågsjö (V)

Ida Gabrielsson (V)

Christina Høj Larsen (V)

Momodou Malcolm Jallow (V)

Maj Karlsson (V)

Daniel Riazat (V)

Vasiliki Tsouplaki (V)