

Remissyttrande

Datum 2020-09-08

RS 2020-02766

Socialdepartementet

Rosenbad 4

103 33 Stockholm

God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem (SOU 2020:19)

Sammanfattning av synpunkter

Västra Götalandsregionen (VGR) ställer sig överlag positiv till de förslag som beskrivs

i huvudbetänkande ”En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem”.

Samtidigt anser regionen att vissa förslag kunnat vara mer omfattande.

VGR vill särskilt lyfta att innehållet och riktningen som presenteras kring samverkansstrukturen för hälso- och sjukvården är bra men de förslag som presenteras räcker inte för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem.

VGR välkomnar även utredningens förslag på reformering av nuvarande system och integrering av befintliga och framtida aktörer enligt lag om läkarvårdsersättning (LOL) och lag om ersättning av fysioterapi (LOF). Där förespråkar VGR scenario 2, förslaget om inrättande av ”lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet”. Lagförslaget bedöms öka förutsättningarna för en mer jämlik vård i regionen och dess glesbygdsområden.

I betänkandet lyfts att omställningen omfattar hela hälso- och sjukvården. Det framgår inte att det avgränsats från tandvård. Inkluderingen av tandvårdens roll och perspektiv saknas generellt i betänkandet.

De reformer som föreslås att genomföras bör också framhålla att vid etablering ska administration ske effektivt och digitalt. Till exempel ska patientkontrakt upprättas digitalt, och skapas på ett sätt så att administration minimeras, informationen blir tydlig, processer visualiseras och så vidare.

VästKom har lämnat synpunkter på remissvaret. Däremot lämnar varje organisation sina respektive svar var för sig.

VGR:s svar lämnas enligt kapitelindelning i remissunderlaget. I de kapitel och avsnitt som inte kommenteras instämmer VGR i utredningens förslag och analyser.

4 Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

4.2 Kommunen som huvudman för hälso- och sjukvård i dag

VGR anser det positivt att utredningen tydligt lyfter fram kommunernas roll som sjukvårdshuvudmän på primärvårdsnivå. VGR vill understryka behovet av tillit och dialog mellan kommuner och region, för att gemensamt bemanna utveckling av såväl team som på systemnivå.

VGR anser att det föreslagna begreppet ”hälso- och sjukvård i hemmet” bättre beskriver hur vården organiseras idag. Utredningen nämner dock inte den vanligt förekommande situationen när en individ beviljats hemtjänst enligt socialtjänstlagen och samtidigt även har behov av hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet. Regionens personal delegerar då till kommunens personal i hemtjänsten att utföra dessa insatser för individen i dennes hem, t.ex. delning av läkemedel. Definitionen av hälso- och sjukvård i hemmet behöver omfatta även dessa delegerade hälso- och sjukvårdsinsatser och hur de ska integreras i systemet.

VGR vill lyfta fram tandvården som en aktör i samverkan mellan region och kommun. Ansvaret som vilar på huvudmännen att bygga ett välfungerande och samverkande hälso- och sjukvårdssystem med ett holistiskt patientperspektiv föranleder att tandvården inkluderas. För att dagens samverkan mellan kommun och region ska utvecklas och en personcentrerad vård ska bli heltäckande bör tandvården även vara en naturlig part i upprättandet av en individuell plan.

VGR ansluter sig till det särskilda yttrande till utredningen som lämnats av experterna Emma Spak, Sveriges Kommuner och Regioner. Utredningens förslag är inte tillräckliga för att lösa den problematik som nu finns kring samverkan mellan regioner och kommuner gällande hur hälso- och sjukvårdsinsatser kan ges i den enskildes hem. Det behövs konkreta lagförslag som möjliggör samverkan mellan region och kommun. En förändrad lagstiftning är en förutsättning för att regioner och kommuner ska kunna ge den enskilde en trygg och säker vård i hemmet. VGR beklagar att detta inte föreslås i utredningen och vill framhålla att det är angeläget att ett sådant förslag tas fram snarast.

4.3.1 och 4.3.2 Samverkan vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården samt en gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

Utredningen föreslår att regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården ska förtydligas i hälso- och sjukvårdslagen (HSL), samt att regioner och kommuner ska upprätta en övergripande gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.

Inledningsvis vill VGR påpeka att regionen ser positivt på en gemensam planering av hälso- och sjukvården och dess utveckling. Regionen tror att det är nödvändigt för att nå målbilden om en sömlös hälso- och sjukvård för våra gemensamma invånare. Med detta sagt ser regionen emellertid vissa problem med utredningens förslag.

VGR anser att förslagen kan låta enkla, men vill påtala att en sådan planering och utveckling av hälso- och sjukvården kräver en samverkan med hög grad av tillit

och förståelse för varandras perspektiv. Det kommer att krävas ett omfattande samarbete initialt, med nationell vägledning. Det kommunala självstyret får dock inte inskränkas.

Utredningen föreslår att bland annat lokalfrågor och utbudspunkter är något som skulle kunna omfattas av en gemensam plan. VGR menar att dessa frågor skulle kunna vara något att samverka kring men ser en överhängande risk i att just dessa frågor skapar ännu mer polarisering. Ur ett system- och individperspektiv behöver planeringen utgå mer från hälso- och sjukvårdssystemet än utifrån var utbudspunkter fysiskt är lokaliserade. Inriktningen om en plan som reglerar gränsdragningen är god, men innehållet bör i stället inriktas på samverkan och överenskommelser om flöden, patientprocesser och arbetsätt.

Planen bör omfatta både primärvårdsnivå samt planering och utveckling inom den del av den specialiserade öppna vården som behöver utvecklas i den nära vården, gemensamt med kommuner och regionen. Individer inom den kommunala hälso- och sjukvården har behov av insatser från specialiserad vård och samverkan med till exempel palliativa team, närskjukvårdsteam, specialistteam inom psykiatri inom sjukhusanknuten vård. Planen bör även utvidgas med ett hälsofrämjande och förebyggande perspektiv ut ett folkhälsoperspektiv.

Planen bör identifiera målgrupper, gemensam målbild, förslag till förändrade arbetsätt för hälsofrämjande och förebyggande vård, utveckla arbetsätt med stöd av digitalisering, kompetensförsörjning och kompetensutveckling, gemensam verksamhetsutveckling och forskning, ledning och styrning i samverkan, avtal och överenskommelser samt uppföljning och analys.

Dialogen om gränsdragning, ekonomi och kompetensförsörjning kommer att behöva långsiktigt nationellt och regionalt stöd.

4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård

VGR är positiv till de förslag som utredningen lämnar i detta avsnitt. En utökning av individuella planer (SIP) är en ambitionshöjning och kan förväntas medföra en tidsåtgång för administrativa planeringsinsatser och i vissa fall involvering av fler aktörer när planen upprättas.

Fast vårdkontakt som begrepp behöver förtydligas vad gäller samverkan med kommunerna. Inom socialtjänsten och skolan finns inte begreppet fast vårdkontakt.

VGR vill vända på utredningens formulering så det framkommer att en individuell plan först och främst ska leda till ökat inflytande och delaktighet för individen och i andra hand skapar det en samsyn mellan de aktörer som är involverade i individens planering av hälsa, vård och omsorg.

4.5 Konsekvensanalys

Utredningen anger att deras förslag innebär en viss inskränkning i det kommunala självstyret men att det kan anses vara proportionerligt utifrån kraven på god hälsa och vård på lika villkor i HSL och att primärvården idag är till större delen än vid utformningen av gällande rätt är ett delat uppdrag mellan regioner och kommuner.

VGR instämmer i den bedömningen, men tror att förtydligade samverkanskrav och att fler individuella planer upprättas kommer att öka kostnaderna för både regioner och kommuner, även om det i förlängningen leder till minskade kostnader.

VGR anser att medel bör fördelas mellan region och kommun i den gemensamma plan som ska upprättas.

5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

VGR är positiv till utredningens förslag men vill lämna följande kommentarer. Enligt utredningens förslag ska patientkontrakt upprättas om patienten begär det. Syftet med förslaget om patientkontrakt är att skapa en delaktighet och samordning av vården för att ge trygghet åt patienten. Därför anser VGR att ett patientkontrakt ska kunna upprättas även om patienten inte begär det. Patientkontrakt ska också kunna upprättas, utan att patienten begär det, om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av samordning.

För att patientkontrakt ska kunna fungera krävs också att förslaget om ändring i lagstiftningen om individuell plan genomförs. I utredningens förslag till lagstiftning används begreppet ”vårdgivare”. Här vill VGR särskilt uppmärksamma att begreppet enligt aktuell lagstiftning bidrar till otydlighet. Individuella planer och patientkontrakt kan också behövas för samordning inom en och samma vårdgivare. Vidare är det lika viktigt att man tillsammans med Socialstyrelsen kommer fram till termer som stämmer för samtliga verksamheter inom kommun och region.

Utredningen bedömer att införandet av patientkontrakt kommer att medföra endast en liten utökning av administration för vårdens medarbetare. VGR menar att införande av patientkontrakt initialt kommer att kräva stora insatser. Dels kommer tekniska lösningar behöva tas fram för att dokumentera och presentera patientkontrakt. Dels kommer en stor del av vårdens medarbetare behöva ha utbildning kring den nya lagstiftningen och vad den innebär. En samordning behöver också ske mellan huvudmännen. Möjligen kan införandet på sikt innebära mindre administration.

6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

6.1 Utbildningens roll i omställningen

VGR anser att ambitionen att genom lagstiftning stärka och tydliggöra utbildningsuppdraget är god. För att lagens innebörd ska bli verklighet krävs emellertid tydlighet kring kvalitetsuppföljning och en påtaglig omfördelning av ekonomiska resurser.

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning ska tydliggöras

Det är bra att utbildningsfrågan tydliggörs och regleras i lag. VGR anser det vara nödvändigt att alla aktörer (offentlig/privat primärvård; offentlig/privat kommunal vård samt sjukhushuvudmän) omfattas av ett likartat ansvar att tillgodose utbildningsbehovet för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) inom alla de yrkeskategorier och utbildningskategorier som verkar i nära vård. För specialisttjänstgöringen i allmänmedicin är det extra viktigt att även de olika sjukhushuvudmännen omfattas av lagen att tillgodose platser för obligatorisk sidotjänstgöring (enligt SOSFS 2015:8).

Det bör även tydliggöras i lagstiftningen att primärvården också har ett ansvar att tillhandahålla kompletterande utbildningsplatser i nära vård för specialiteter som gränsar till allmänmedicin och som i framtiden kommer att ha en tydligare medverkan i den nära vården än idag.

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

VGR instämmer i förslaget. Det är av yttersta vikt att utbildningsplatserna uppfyller uppsatta kvalitetskrav. I detta ingår adekvat tillgång till handledare med aktuell, godkänd handledarutbildning och en fungerande organisation för att säkerställa att kvaliteten i utbildningen säkerställs. Det bör också tydliggöras att det är huvudmannens ansvar att extern granskning genomförs med maximalt fem års mellanrum.

6.3 Konsekvensanalys

VGR:s bedömning är att utbildningsuppdraget kommer att kräva betydligt större ekonomiska resurser än vad som i dagsläget finns i primärvården. En förutsättning för att lagen om utbildningsplatser ska kunna efterlevas är att staten och regionerna tillser att alla huvudmän avsätter ekonomiska medel för att tillgodose behovet.

På läkarsidan finns det ett begränsat antal specialistutbildade handledare som ska fungera inom ett allt större utbildningsuppdrag. Det gäller ett ökande antal VFU-veckor under nya grundutbildningen, allmäntjänstgöring (AT) fram till den upphör, nya bastjänstgöring (BT) samt specialisttjänstgöring (ST) för läkare i allmänmedicin och närliggande specialiteter. Enligt VGR:s uppfattning är det väsentligt att värna den gruppen genom tydliga, avgränsade uppdrag. Handledarens roll är helt central för den framtida kompetensförsörjningen och tydliggörs inom respektive målbeskrivning.

6.5 Forskningens roll i omställningen

Utredningen lägger inte fram nya förslag om forskningens roll i omställningen i betänkandet. VGR vill ändå lyfta att det är viktigt att förslaget på reglering av forskningen i primärvårdens grunduppdrag som framlades i utredningens andra delbetänkande (SOU 2018:39) genomförs. I det förslaget framlades att grunduppdraget ska innefatta att forskning ska bedrivas. I prop. 2019/20:164 är förslaget att primärvården ska medverka i forskning. VGR menar att forskning i primärvård behöver bedrivas av och med forskare i primärvården, i samverkan med universitet, högskolor och andra. Att medverka kan lätt tolkas som att det är någon annans ansvar att driva forskning och utveckling framåt. Det behöver förtydligas att

grunduppdraget att bedriva forskning innebär att det är obligatoriskt att såväl initiera, stödja och stimulera forskning i primärvården som att medverka till vetenskaplig utbildning av de professioner som förekommer i primärvården. Konsekvenser av att inte genomföra detta riskerar en sämre kvalitet och svårare med kompetensförsörjningen inom primärvården.

En organisations förmåga att ta till sig och implementera nya forskningsrön hänger samman med organisationens kunskapskapital avseende vetenskaplig metodik. Har man fler disputerade i organisationen blir organisationen bättre på att ta till sig nya forskningsrön som även ligger utanför det direkta område som den egna personalen har forskat på. Man får en bättre medvetenhet om sin okunskap och om behovet av att ha en öppenhet för förändring. Vägen dit är att öka andelen disputerade i primärvården från som idag nästan en obefintlig andel till att närma sig den andel som finns bland sjukhuspersonal. Förutom att ge möjlighet för forskarstudier, behöver man även tillse att det finns en plats i organisationen efter disputationen där den nya kunskapen kan tas till vara och göra nytta. En sådan tjänstestruktur behöver skapas, där förutom produktion av vård även forskning och kunskapsspridning ingår.

VGR anser att omställning kräver öronmärkta medel som skickas direkt till primärvårdsnivån så att kompetensförsörjningen inom FoUU (forskning, utbildning och utveckling) ger fler resurspersoner som kan bilda den infrastruktur för forskning som blir tillräckligt omfattande för att nå ut med stöd.

Med fler forskningsbearbetade goda ”nära vård”-idéer formas ett forskningsklimat som ger god vård genom nära vårdens ökade leveranssäkerhet av nära vård som är tillgänglig, leveranssäker och evidensbaserad.

VGR saknar ytterligare förslag för att tydliggöra rollen i de regioner som har universitetssjukvård enligt ALF-avtalet. Ett förslag är att tydligare ange skyldighet att inrätta fler kombinationstjänster tillsammans med universiteten. VGR saknar även förslag om att innovationsuppdraget ska ingå i primärvårdens grunduppdrag. Utan ett sådant uppdrag riskerar primärvården att inte heller i framtiden få den roll som krävs för en omställning.

6.5.2 Finansiering av forskning i den nära vården

VGR instämmer i uppfattningen att gällande allmänmedicinsk forskning och omvårdnadsforskning, såväl som övrig forskning utanför sjukhusmiljö, finns det i liten utsträckning forskningsmedel att söka från de traditionella forskningsfinansiärerna. Detta motiverar därför en specifik nationell forskningsfond för primärvård. Ibland uppges att medel är fria för alla att söka, men det har varit tydligt att den typ av forskning som bedrivs inom primärvård sällan har prioriterats.

Den fria forskningen som utgår från universiteten är viktig, men forskning som utgår utifrån sjukvårdens behov (särskilt av/inom omställning till nära vård) föreslås anslås från staten. Såsom föreslås kan fonden också ligga som bas för en långsiktig finansiering av den nationella forskarskolan, men där borde en satsning på finansiering av doktorander och post-docs inom forskarskolan också inkluderas.

6.5.3 Aktuella initiativ av betydelse för omställningen till den nära vården

VGR instämmer i utredningens uppfattning om att en satsning på forskning inom välfärdsområdet och i ”nya” forskarmiljöer, inte minst i primärvård och nära vård behöver belysas i den kommande forskningspropositionen.

I linje med utredningens markering om vikten av den nationella life science-strategin som publicerades i december 2019 avser VGR arbeta än mer intensivt med nyttiggörande av hälso- och vårddata samt kompetensförsörjning. Båda dessa är centrala för en stärkt forskningsbaserad omställning av vården, men kräver också tydliga resurstillskott för att materialiseras. Att kanalisera riktade medel via en forskningsfond enligt den modell som beskrivs i utredningens avsnitt 6.5.2 kan på sikt ge betydande utväxling vad gäller attraktionskraft och kvalitet inom den nära vården. På samma sätt behöver kompetensförsörjningen säkras genom t ex ett krav på kombinationstjänster i den nära vården, kopplade till universitetsresurser.

7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

VGR välkomnar utredningens förslag på reformering av nuvarande system och integrering av befintliga och framtida aktörer enligt lag om läkarvårdersättning (LOL) och lag om ersättning av fysioterapi (LOF). VGR är positiv till att utredningen intagit ett tydligt patientperspektiv samtidigt som möjligheten att verka som småföretagare kvarstår. Även om förändringarna som föreslås i varierande grad medför skyldigheter och innebär ingrepp i det kommunala självstyret är det positivt att utredningen hörsammat VGR:s önskemål om utökade möjligheter till att planera och styra sin verksamhet. VGR välkomnar även förslaget att regionerna ska kunna ställa krav, genom förfrågningsunderlag och tidsavgränsade avta, på grundläggande saker som idag är givna i ett modernt hälso- och sjukvårdssystemet. Här avses exempelvis krav på tillgång till personal, fysisk tillgänglighet på mottagningen, system som möjliggör informationsdelning och samverkansrutiner.

VGR menar att samverkan i vårdkedjor är centralt ur ett patientperspektiv. Systemet med den nationella taxan understödjer inte samverkan i vårdprocesser. Vårdgivarna står i hög grad utanför den teamsamverkan, utveckling och koordinering av vårdinsatser samt utveckling mot sammanhållna vårdkedjor, som gäller inom övrig hälso- och sjukvård. VGR ser positivt på att utredningen öppnat upp för framtida ersättningssystem som uppmuntrar till mottagande och handledning av studerande. Uppdraget bör innebära att man tillhandahåller utbildningsplatser för studerande inom de yrkesgrupper som finns representerade inom verksamheten. VGR förespråkar även att det bör gälla läkare under AT/BT/ST -tjänstgöring samt PTP-psykologer.

7.4 Scenario 1

7.4.1 Obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fler områden

VGR avstyrker förslaget om obligatoriskt inrättande av valfrihetssystem inom fysioterapi och psykiatri. Sedan den 1 september 2014 finns Vårdval Rehab i VGR. Det innebär att patienter som behöver rehabilitering i form av arbetsterapi och fysioterapi, själva kan välja vilken rehabenhet de vill gå till. Patienter med

psykiska ohälsa och sjukdom hanteras inom primärvården eller någon av VGR:s psykiatriska öppenvårdsmottagningar som är organiserade under sjukhusförvaltningarna. En ansvarsfördelning finns upprättad mellan primärvård och specialistpsykiatri för vuxna patienter samt för barn och unga. VGR har därtill ett avtal upphandlat enligt LOU (lag om offentlig upphandling) med en privat aktör gällande allmänpsykiatri. Patienter under 18 år hanteras inom primärvården och inom barn- och ungdomspsykiatri, BUP.

VGR:s uppföljning av psykiatriker verksamma enligt LOL visar att dessa läkare huvudsakligen behandlar vuxna patienter samt till stor del patienter som enligt ansvarsfördelningen hör hemma inom primärvården. Psykiatriker och fysioterapeuter är bristyrken i många av VGR:s kommuner, inte minst i de mindre, och det råder hård konkurrens gällande denna kompetens. Det förekommer exempelvis att anställda fysioterapeuter inom VGR bemannar verksamheter i de mindre kommunerna på deltid. Om/när VGR har behov av mer psykiatrisk vård och fysioterapi kan regionen komma att överväga att tillämpa den föreslagna lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet och upphandla enligt scenario 2.

7.4.2 Upphävande av LOL och LOF och möjlighet för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet

VGR delar utredningens bedömning att övergångsbestämmelserna ska gälla till och med första halvåret 2028, vilket gör möjligt för läkare och fysioterapeuter, oavsett avtalsstart och ålder, att ställa om eller avsluta sin verksamhet utifrån föreslagna förutsättningar. Vi ställer oss också positiva till förslaget om att ersättningsetableringar inte är möjliga efter utgången av 2022.

7.5 Konsekvensanalys – scenario 1

7.5.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Mot bakgrund av befintligt Vårdval Rehab bedömer VGR att fysioterapeuter kan arbeta inom detta vårdval. Det är inte önskvärt med ytterligare ett parallellt vårdval, eller ett vårdval där fysioterapeuter ensamt är verkande. Även om scenario 1 inte är önskvärt, ställer sig VGR positivt till att vårdvalet föreslås omfatta även arbetsterapeuter och ytterligare professioner.

7.5.2 Nollalternativ och alternativa lösningar

VGR anser att nollalternativet inte är önskvärt, utan nuvarande system måste reformeras. Förvaltningen av befintliga avtal, men också de vårdgivare som saknar ett formellt avtal, hanteras på olika sätt av regionerna runt om i landet. En del regioner driver en hårdare linje jämfört med andra, vilket skapar oklarheter och medför tvister som behöver prövas juridiskt. Det är problematiskt att avtalen med dessa aktörer är begränsade och inte går att omförhandla.

7.5.7 Ekonomiska och andra konsekvenser för kommunerna

VGR ställer sig positivt till möjligheten att samverka med kommunerna kan skrivas med i ett förfrågningsunderlag.

7.5.9 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

VGR ser en risk i att ett ytterligare vårdval och ökat antal vårdgivare kan försvåra för patienten att välja utförare samt att det kan leda till en överkonsumtion av vård. Å andra sidan kan det likväl leda till en ökad vårdproduktion som tillgodoser ett uppbyggt vårdbehov i de kommuner som idag inte har ett tillräckligt utbud vad gäller psykiatri och fysioterapi. Ett ytterligare vårdval inom fysioterapi riskerar dock att medföra en ytterligare fragmentering av vården med negativa konsekvenser för patientsäkerheten.

7.5.10 Konsekvenser för vårdens professioner

VGR ser det som positivt ur ett kompetensförsörjningsperspektiv, att personer som idag verkar enligt LOL eller LOF istället väljer att bli anställda i regionens egendrivna verksamheter alternativt anställs hos någon av de privata aktörer som bedriver hälso- och sjukvård på VGR:s uppdrag. VGR ser det inte som troligt att samtliga dessa utförare väljer att arbeta helt privat eller att arbeta med något helt annat.

7.6 Ikraftträdande – scenario 1

Även om scenario 1 inte är i linje med VGR:s ställningstagande, anser VGR att det är rimligt med ett ikraftträdande den 1 juli 2028 vilket möjliggör att de tillkommande valfrihetssystemens relation till redan befintliga vårdval hinner ses över. Om scenario 1 genomförs, vill VGR se om en snabbare övergång än förslaget är möjlig. Lagstiftaren behöver dock tydliggöra när och om regionerna har möjlighet att ta del av det föreslagna statsbidraget på 1 511 160 kronor, om ett beslut fattas om att inrätta valfrihetssystem inom berörda områden tidigare än 1 juli 2028.

7.7 Scenario 2

7.7.1 Ett nytt kompletterande system för anslutning till offentligt finansierad vård i syfte att främja hälso- och sjukvård i hela landet

VGR ställer sig positivt till förslaget om inrättande av ”lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet”. Lagförslaget bedöms öka förutsättningarna för en mer jämlik vård i regionen och dess glesbygdsområden. VGR har identifierat 18 kommuner med områden som faller inom föreslagets definition av glesbygd. Regionen konstaterar att endast tio av 350 vårdgivare i dagsläget är verksamma inom dessa områden. Samtliga av dessa tio är fysioterapeuter. Cirka hälften av dem förväntas gå i pension innan 2028. Inom Vårdval Rehab finns aktörer inom samtliga 49 kommuner i Västra Götaland. Lagförslaget bedöms därmed möjliggöra för fler vårdgivare att vara verksamma i områden där utmaningarna med att kompetensförsörja och etablera vård är som störst.

VGR tillstyrker utredningens förslag om att specialister i allmänmedicin inte ska ha möjlighet att verka med stöd av lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet förutsatt att förslagen i SOU 2018:39 9.3.1 vad gäller utformningen av regionernas vårdval för primärvård tas vidare.

VGR välkomnar utredningens förslag om att urvalet av den eller de vårdgivare som regionen ingår avtal med uteslutande ska göras utifrån kvalitetskriterier.

Detta bedöms öka förutsättningarna till att verksamheterna kan följas upp och utvärderas inom ramen för regionens kvalitetsarbete och möjliggöra för regionen att uppfylla kravet enligt HSL om att kontrollera och följa upp en kommunal angelägenhet som genom avtal lämnats över till privat utförare. VGR instämmer därför i att det ytterst ska vara regionerna som avgör i vilken omfattning och på vilket sätt vårdgivarna ska medverka i kvalitetsarbetet. VGR ser ett behov av att frågan gällande fri medicinsk service adresseras. Läkare som är verksamma enligt LOL är de enda vårdgivare som har rätt till fri medicinsk service. Detta innebär att den region där patienten är folkbokförd ska stå för samtliga kostnader avseende medicinsk service för patienten. Denna rätt bör ses över för att minimera risken för felaktig användning av medicinsk service. Det behöver tydliggöras att regionen ansvarar för att besluta om kostnadsansvar för medicinsk service och förskrivning av läkemedel samt läkemedelsnära produkter.

VGR delar utredningens bedömning avseende nödvändigheten i längre avtalstider för att vårdgivarna ska vara beredda att göra de personliga och ekonomiska satsningar som krävs i samband med etablering i glesbygd.

Vad gäller frågan om tillsyn över regionernas upphandlingar så ställer sig VGR positivt även till detta förslag eftersom VGR ser en vinning i att även regionens verksamhet genomlysas. Detta borde stärka tilliten mellan VGR och utförarna och bidra till ökad transparens vad gäller upphandlingsprocessen i stort.

7.7.2 Ett nytt ersättningssystem

VGR välkomnar utredningens förslag om att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att tillsammans med Sveriges kommuner och regioner (SKR) samt berörda professionsföreningar utforma ett nytt ersättningssystem. Nuvarande system är som redan konstaterats i många avseenden inte optimalt och tar inte hänsyn till hur dagens vårdbehov ser ut. Från VGR:s sida är önskvärt om det nya ersättningssystemet fungerar över tid och att det med viss regelbundenhet ses över. Regionen måste kunna anpassa ersättningsnivåerna till likvärdiga regionala upphandlingar. Regionens anpassningsbehov behöver beaktas när föreskrifter om ersättningen tas fram. Likaså om ersättning ska utgå vid vård av patienter som inte är folkbokförda inom glesbygdsområdet för vilket avtal upprättats. VGR har god beredskap att hantera framtida ersättningsmodeller.

7.7.3 Statlig medfinansiering

Systemet med en statligt styrd modell och specificering av särskilda områden där extra medel kan tillföras inskränker i VGR:s möjlighet att ta sitt planeringsansvar för hälso- och sjukvårdsutbudet, även om regionerna själva väljer när/om de vill tillämpa lagstiftningen. Därför förefaller det rimligt med statlig medfinansiering av den hälso- och sjukvård som utförs med stöd av den nya föreslagna lagen.

7.7.4 Upphävande av LOL och LOF och möjligheter för befintliga vårdgivare att ställa om sin verksamhet

VGR tillstryker förslaget om att samma övergångsregler ska gälla för scenario 1 och 2. VGR delar utredningens slutsats om att en stor del av dagens befintliga aktörer av olika skäl sannolikt inte kommer att återetablera sig, oavsett scenario.

7.8.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

VGR ser positivt på att regionerna själva inte kan definiera glesbygdsområden där föreslagen anslutningsform kan användas, och tillstryker förslaget om att det endast ska vara möjligt via en förordningsförändring om behovet uppstår på sikt. På detta sätt uppnås också en enhetlighet i systemet över hela landet.

8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården (om öppen och sluten vård)

VGR ställer sig bakom förslagen men lämnar kommentarer nedan.

Begreppet ”sluten vård” behöver omdefinieras. Förslaget begrepp, ”särskild vård”, speciellt i relation till det kvarvarande begreppet ”öppen vård”, är mycket brett och riskerar att snarare förvirra än förtydliga.

Utredningens förslag att arbetet bör ske utifrån en genomgång av såväl diagnosområden som vårdförlopp, och att det borde kunna anknytas till det pågående arbetet med den högspecialiserade våren samt partnerskapet för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården, kommer kräva mycket stort arbete som, enligt VGR:s uppfattning, aldrig kommer kunna täcka in alla områden. De uppkomna restposterna kommer bli svåra att hantera och utveckling av vården kan komma att försvåras då nya metoder kan medföra förändringar i vilka resurser som krävs, både från och till ”särskild vård”. VGR föreslår att man istället söker en enklare definition.

Kapitel 9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

9.2 Att uppnå uthållighet i den nationella färdplanen mot målbilden

VGR delar utredningens bedömning att det finns behov av ett offentligt samtal om vad som kan och ska göras inom den ändliga resurs som den allmänna hälso- och sjukvården har till sitt förfogande. VGR bedömer att detta offentliga samtal är av stor vikt för att säkra en jämlik vård på lika villkor i hela landet och för den skattefinansierade hälso- och sjukvårdens legitimitet hos invånare och medarbetare. VGR:s rekommendation är att utredningen genomförs med kort utredningstid. VGR delar även utredningens bedömning att det finns behov av fortsatt sammanhållen och stödjande struktur för omställningen till en god och nära vård och att detta bör läggas på SKR.

9.3 Ett sammanhängande system för att följa omställningen

VGR delar utredningens bedömning av vikten av att kunna följa omställningen på nationell nivå. Det behövs bättre indikatorer för att följa omställningen på både individ- men framför allt på systemnivå.

9.4 Omfördelning av resurser i systemet och resurser för omställningen

VGR delar utredningens bedömning av vikten att specifikt titta på hur primärvården resurssätts, både den som sker i kommuners och regioners regi. Det är önskvärt och av absolut största vikt att det sker med ett ökat ekonomiskt statligt stöd under omställningsperioden. Regionernas möjlighet att på egen hand öka resurserna tillräckligt till primärvården utan konsekvenser för övriga delar av hälso-

och sjukvården är en stor utmaning. VGR vill framföra behovet av att även tandvården inryms i utvecklingsarbetet. Oral hälsa och allmänhälsa har starkt samband och i arbetet med omställningen finns nu ett ypperligt tillfälle att närma tandvården till den övriga hälso- och sjukvården.

VGR delar utredningens bedömning att staten bör samla flertalet av de ekonomiska satsningarna i en övergripande överenskommelse för omställningen till en god och nära vård fördelat på två delar. Det är viktigt att denna överenskommelse sker som ett riktat statsbidrag.

Ena delen riktad till omställning till god och nära vård bör vara fritt för regionerna att använda till den del av omställningen man mest har behov av. Det kan vara en god idé att i den andra delen av statsbidraget låta inriktning och storlek variera från år till år och mellan huvudmän. Men det finns även risker med detta om huvudmän som underlåtit att påbörja och genomföra omställningsarbetet och i stället satsat på annat, härigenom kan få en orättmätig ekonomisk fördel, vilket vore att sända fel signaler. VGR menar att det behöver säkerställas att huvudmän som underlåtit att göra egna satsningar, inte kan få finansiering av denna del av statsbidraget.

VGR anser det vore klokt att statliga medel tydligare än tidigare fördelas även till den kommunala primärvården. VGR menar emellertid att det är av stor vikt att summan i överenskommelsen då behöver utökas, så att statsbidragen till regionerna inte minskar. Som påpekats tidigare behöver de tvärtom öka.

10 Uppdraget om lättare psykisk ohälsa i utredningen God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

VGR uppskattar att utredningen ”Samordnad utveckling för god och nära vård” har öppnat för möjligheter att lämna synpunkter på kommande betänkande avseende förutsättningar för att utveckla en ny form av skyndsamma och ändamålsenliga insatser inom primärvården vid lättare psykisk ohälsa. VGR kommer att lämna sina synpunkter direkt till utredningen.

Regionstyrelsen
Västra Götalandsregionen

Johnny Magnusson
Regionstyrelsens ordförande

Ann-Sofi Lodin
Regiondirektör