

## YTTRANDE

2009-00-00

Dnr S2019/04058/FS2009/00

Betänkandet SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval (dnrS2019/04058/FS)

### Sammanfattning

Vi har tagit del av utredningens slutbetänkande och har med tillfredsställes noterat att utredningen tar ett helhetsgrepp om primärvårdens framtida utmaningar och har lagt ett antal skarpa förslag. Vi ser med tillfredsställelse på det fokus som läggs på ökad statlig styrning på bekostnad av regionernas dito, säkerställande av rimlig finansiering av primärvården, konkurrensneutralitet, styrning mot kvalitetsutveckling genom listningsbegränsning och fast läkarkontakt. Vidare ser vi införandet av fria nyttigheter inom medicinsk service och läkemedel som grundläggande för att kunna erbjuda god och hög-kvalitativ vård även om vi naturligtvis inser att det finns en risk för att detta blir kostnadsdrivande.

### Utredningens förslag

Utredningens förslag är många och omfattande och vi går inte in i dessa i detalj. Våra synpunkter gällande dessa belyses i en sammanhängande, löpande text och det torde vara uppenbart av sammanhanget att avgöra till vilket förslag dessa synpunkter härrör.

Vi anser att en framtida Primärvårdsmodell i hög grad bör premiera en fast läkarkontakt. En sk fast vårdkontakt är som begrepp svårt att förstå och kan endast ses i en närmast administrativt aspekt. Vi ser dock en risk att det teambaserade arbetssätt primärvården anammat de senaste decennierna möjliggör en styrning mot såväl rätt personalkategori som mot mest kostnadseffektiva patientmöte och teambaserat arbetssätt bör således premieras, inte minst genom styrning av utbildningsinsatser mot bristyrken te x distriktssköterskor med specialistutbildning vilket också möjliggör ett helhetsgrepp på patienterna med störst behov. Vi ser det som angeläget att det sker ett förtydligande av primärvårdens uppdrag i framtiden. Med den, i och för sig helt nödvändiga styrningen mot Nära Vård, kommer prioriteringar att vara nödvändiga. Digitala lösningar kan vara en del-lösning men kan inte ersätta behovet av fysiska besök också för "enkla åkommor". Med ökat ansvar för kroniskt, svårt sjuka i huvudsak äldre personer måste antalet patienter listade på namngiven läkare minska, ett antal om 1000 har nämnts. En kraftig styrning av läkare mot primärvården kommer att krävas för att för att möta detta behov som uppstår. Sannolikt måste även specialister inom andra specialiteter kunna vara verksamma inom primärvården på samma villkor som Allmänläkare, utan mångårig ny specialistutbildning. Med utökat ansvar för patienter på den egna "listan" sker en självreglerande kvalitetsutveckling, populära läkare blir snabbt överlistade och en kösituation uppstår. En listningsbegränsning är därför nödvändigt men också gynnsamt då verksamheterna kommer att anställa och premiera "populära" läkare. Härvid minskar omsättningen på läkare, patienterna får i högre grad träffa samma läkare och behovet av inhyrd läkarpersonal minskar. För att stimulera verksamheterna att arbeta kvalitetsförbättrande kan kapiteringsersättningen öka med antalet år personerna varit listade, en "trohetspremie".

Utredningens förslag om avgiftsfrihet för primärvårdsbesök ställer vi oss tveksamma till. Som man påtalar är styrningseffekten av avgiftsändringar ringa. Patientströmmen från slutenvård till primärvård påverkas sannolikt ej, vilket också erfarenheterna från Sörmland visar. Vår uppfattning är att det reducerar primärvårdsbesöket till en "vara utan värde", något som inte behöver värderas eller uppskattas särskilt högt. Vår erfarenhet från Sörmland är den att också patienter tycker att besöken bör vara förenligt med kostnad. Vi ser att kostnadsfrihet leder till ökat patientkrav på besök och blir kostnadsdrivande för verksamheten. Vill man styra patientströmmen från sjukhusbunden specialistvård vore det bättre att öka kostnaden för dessa.

När det gäller utredningens förslag om ersättningsprinciper stödjer vi starkt dessa, särskilt när det gäller långsiktighet och stabilitet. Få saker torde gynna förutsättningarna för att öka antalet utförare och verksamheter än just dessa parametrar. I övrigt ser vi förslaget om fria nyttigheter som starkt positivt för primärvårdens möjlighet att bedriva högkvalitativ vård utan att behöva ta hänsyn till kostnaden. Givetvis finns en risk att detta blir kostnadsdrivande varför en noggrann granskning och uppföljning måste ske. Det är också viktigt att det finns styrsystem för att motverka att specialistvården förskjuter utrednings och kostnadsansvaret till primärvården. Vidare hade det varit gynnsamt om utredningen hade belyst regionernas, oftast närmast godtyckliga prissättning på laboratorieanalyser, kliniskt fysiologiska utredningar och röntgen. En gynnsam förändring för att öka primärvårdens möjlighet att bedriva utredningar och ge vård torde vara att antalet utförare av dessa tjänster ökar och att dessa är fristående från regionerna. En transparens och långsiktighet också på detta område vore önskvärd.

För Achima Care AB

Björn Siösteen

Chefläkare