

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys remissyttrande över betänkandet Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42, S 2019/04058/FS)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård, och omsorg. Det är från dessa perspektiv som myndighetens yttrande tar sin utgångspunkt.

Övergripande kommentarer och sammanfattning

Utredningen har lämnat ett komplext förslag med många delar, vilket gör det svårt att ta ställning till förslagen var för sig. En förändring i någon del förändrar förutsättningarna för hela systemet. Vi har därför valt att ta ställning till varje delförslag utifrån ett antagande om att resten av betänkandet genomförs i sin helhet.

Vi delar i stort utredningens problembeskrivning i termer av underkapacitet i primärvården, olika förutsättningar i storstad och glesbygd samt parallella system för digital och fysik primärvård. Vi instämmer även i värdet av att skapa ett centralt listningssystem och gemensamma ersättningsprinciper i landets regioner, med fokus på långsiktighet, vård efter behov samt kontinuitet och tillgänglighet. Vi ser även ett värde av att införa en gemensam, låg patientavgift i primärvården samt att stärka informationen om invånarnas möjlighet att få en fast läkarkontakt. Vi tillstyrker därför dessa förslag.

Samtidigt efterfrågar vi på vissa ställen en tydligare personcentrering i förslagen. Betänkandet lämnar förslag inom ett område med stor betydelse för alla medborgare, oavsett hur ofta de kontaktar primärvården. Det är därför viktigt att reformerna genomförs med utgångspunkt i vad som är bäst för primärvårdens nuvarande och potentiella patienter. Vi avstyrker därför förslaget om ett listningstak, eftersom det riskerar att få alltför negativa effekter ur ett patientperspektiv, i synnerhet som det finns andra sätt att motverka primärvårdens underdimensionering. Vi avstyrker också förslaget om att vårdgarantin inte heller i framtiden ska gälla i andra regioner än hemregionen. En sådan inskränkning är onödigt begränsande, givet att vårdgarantin föreslås vara avgränsad till att gälla hos det utförare där en person är listad.

Avslutningsvis har förslaget om ett digifysiskt vårdval en god utgångspunkt i sin strävan att åtgärda problemen med dagens ersättning för digital vård samt att överbrygga klyftan mellan fysisk och digital primärvård. Vi tillstyrker därför förslaget, med förbehållet att reformen behöver genomföras försiktigt

för att inte backa tillbaka de framsteg som den digitala vården inneburit i form av en högre tillgänglighet och nya arbetssätt.

Nedan följer våra mer detaljerade synpunkter och reflektioner på några av utredningens förslag under respektive rubrik.

Synpunkter på specifika förslag och avsnitt

17.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal

Vi instämmer i vikten av en samlad listningstjänst som administrerar medborgarnas val av vårdgivare, snarare än att listningen administreras på vårdgivarnivå. En sådan tjänst är viktig både för att underlätta för medborgarna och för att undvika att oseriösa vårdgivare får möjlighet att välja bort invånare med ett större förväntat vårdbehov genom att neka dem att lista sig.

Vi vill samtidigt betona att en sådan listningstjänst bör vara nationell för att underlätta för invånare att lista sig i en annan region än hemregionen. Det kan även finnas ett värde av att staten tar en aktiv roll i uppbyggnaden av listningstjänsten så att tjänstens utformning och användning blir likartad i hela landet.

17.1.5 Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år

Möjligheten att välja utförare är en uppskattad del av dagens vårdval. Ur ett patientperspektiv är vi därför tveksamma till om omlistning verkligen är så vanligt förekommande att det motiverar den inskränkning som det innebär att begränsa antalet byten per år. Om förslaget ändå genomförs vill vi betona vikten av att det finns en tydlig process som är oberoende från vårdgivarna för att besluta om en invånare anses ha särskilda skäl att få möjlighet att lista om sig fler än två gånger.

17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys avstyrker förslaget att regionen ska få möjlighet att införa "listningstak", det vill säga begränsa antalet patienter som får lista sig hos en utförare. Vi instämmer visserligen i problembilden som listningstaket är tänkt att lösa: att primärvårdens underkapacitet leder till sämre tillgänglighet för patienterna och en dålig arbetsmiljö för vårdens medarbetare.

Men vi tycker inte att listningstak är ett proportionerligt sätt att angripa problemet på. Med tanke på just underkapaciteten i dagens primärvård, och att den är olika stor i olika delar av landet¹, riskerar ett listningstak att få icke avsedda effekter för invånarna. Även om ett listningstak skulle förbättra arbetsmiljön för utförarna, vilket dock inte är garanterat med tanke på att invånarnas vårdbehov kvarstår oavsett möjligheten att lista sig, riskerar förbättringen därmed att ske på bekostnad av primärvårdens patienter. Förslaget hänger inte heller ihop med utredningens övriga förslag, som utgår från att en ökad andel av befolkningen ska vara listad hos och få det mesta av sin vård av en specifik primärvårdsutförare.

¹ Se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* (rapport 2018:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017). *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum* (rapport 2017:3). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Vi bedömer att primärvårdens kapacitet bättre kan synliggöras på andra sätt, till exempel genom att regeringen följer upp primärvårdens finansiering och bemanning eller genom att en tillsynsmyndighet får ett uppdrag och resurser att tillsyna att primärvårdens bemanning är tillräcklig för att motsvara behoven.

Vi beskriver våra invändningar mot ett listningstak i primärvården nedan:

- *Listningstaket drabbar patienterna som hamnar utanför systemet*

Som utredningen nämner innebär dagens underdimensionerade primärvårdssystem att en relativt stor andel av befolkningen riskerar att hamna "utanför" primärvården. Antingen tvingas de förbli olistade eller så hänvisas de till ett begränsat antal "sistahandsalternativ", som därmed kommer att bli ännu mer överbelastade.

De föreslagna reformerna av vårdvalet, där vårdgarantin enbart ska gälla hos utföraren där en person är listad och besök hos andra utförare ska innebära en högre patientavgift, innebär att invånare som inte får möjlighet att lista sig hos en utförare drabbas ännu hårdare.

Det är dessutom troligt att grupper med sämre förutsättningar – det vill säga personer med sämre hälsa eller socioekonomiska förutsättningar samt tidigare friska personer som insjuknat plötsligt – kommer att vara överrepresenterade bland gruppen som hamnat utanför systemet. Eftersom primärvårdens underkapacitet är ojämnt geografiskt fördelad kommer andelen personer utanför systemet troligtvis också att skilja sig åt mellan olika delar av landet.

- *Ett listningstak ökar risken att utförare försöker välja bort invånare med ett större förväntat vårdbehov*

Om utförare har möjlighet att begränsa antalet listade personer skapas också en möjlighet att försöka välja bort invånare med ett större förväntat vårdbehov. Risken minskar om listningen administreras på en central nivå snarare än på vårdgivarnivå, men det kan fortfarande finnas incitament för utförare att på olika sätt uppmuntra invånare som uppfattas som mer kostsamma att byta till en annan utförare.

- *Listningstak ökar risken att invånare vänder sig till sjukhusens akutmottagning i onödan*

Tanken med reformen är att uppmuntra invånare att i första hand vända sig till utförare där de är listade, men om vissa invånare hamnar utanför primärvården ökar risken att de vänder sig till sjukhusens akutmottagning i stället för till primärvården. Risken blir särskilt påtaglig när primärvården, som i dag, har underkapacitet.

- *Listningstak riskerar att hämma innovation*

Den tekniska utvecklingen, med bland annat ökad digitalisering, innebär att hälso- och sjukvårdens arbetsätt håller på att förändras. Om regionerna sätter ett listningstak innebär det en signal om vilken personaltäthet som förväntas av utförarna, och incitamenten att effektivisera verksamheten och behovet av personal riskerar att minska.

- *Det finns flera praktiska svårigheter med att utforma listningstaket*

Ska listningstaket vara gemensamt för hela regionen, eller riskerar det att skapas A- och B-lag där vissa utförare inte får möjlighet att införa listningstak och därmed riskerar en sämre arbetsmiljö? Är det förenligt med konkurrensneutralitet att ha olika listningstak för olika vårdgivare inom ett LOV-system? Även om taket sätts på regional nivå, är det förenligt med en jämlik vård att ha olika nivåer på listningstaket i olika regioner, så att primärvårdens förutsättningar skiljer sig åt? Ska listningstaket uppdateras årligen i takt med att befolkningen växer? Vilka möjligheter finns det att ta hänsyn till skillnader i vårdbehov mellan patientunderlaget för olika primärvårdsmottagningar?

17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad

Ur ett patientperspektiv är det positivt att möjligheten att lista sig hos en primärvårdsutförare utanför hemregionen kvarstår (avsnitt 17.2.2). Vi avstyrker därför förslaget att vårdgarantin ska vara knuten till patienternas hemregion. Eftersom vårdgarantin enligt utredningens förslag enbart ska gälla hos den utförare där patienten är listad, innebär det att personer som väljer att lista sig hos en utförare utanför den egna regionen i praktiken bestraffas genom att helt undantas från vårdgarantin. Det drabbar bland annat personer som bor och arbetar i olika regioner samt personer som bor nära en regiongräns och kan ha sin närmaste primärvårdsmottagning på andra sidan gränsen. Ur ett patientperspektiv står begränsningen knappast i proportion till det eventuella utökade planeringsansvaret som patienterna innebär för regionerna.

17.3 Tydligare styrning av utförare i primärvården

Vi instämmer med utredningens övergripande slutsats 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 vi inte övertygade 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. Utan en lika stark konkurrens från de privata aktörerna är det samtidigt osäkert om regionerna verkligen kommer att vilja och kunna erbjuda digitala tjänster som motsvarar dagens utbud när det gäller tjänsternas tekniska kvalitet och tillgänglighet utanför arbetstid. Vi ser därför en påtaglig risk för att tillgången till digital vård av det slag som finns i dag kommer att begränsas om utredningens förslag genomförs i sin nuvarande form, i synnerhet utanför storstäderna.

Samtidigt är det tydligt att dagens vårdssystem måste reformeras. För det första delar vi utredningens bild av att dagens ersättningssystem innebär att resurser omfördelas från personer med stora och komplexa behov till personer med enkla besvär som ofta inte hade behövt bedömas av en läkare. Digitala vårdgivare skulle i större utsträckning än i dag behöva styra patienter med mindre omfattande vårdbehov till andra yrkesgrupper än läkare eller till egenvård. Ersättningen gör inte heller skillnad på besök som resulterar i att patienten tar emot vård, jämfört med besök som har en mer rådgivande karaktär och lika gärna hade kunnat skötas genom 1177. De digitala kontakterna blir särskilt kostsamma när de hanteras inom ramen för systemet för utomlänsvård. För det andra är vi, liksom

utredningen, kritiska till att det i dag finns parallella system för digital och fysisk vård, med en begränsad informationsöverföring mellan dem.

Ett möjligt motargument är att det redan i dag pågår flera frivilliga utvecklingstendenser i den riktning som utredningen förslår. SKR och regionerna arbetar för att justera ned utomlänsersättningen för digitala besök till en långsiktigt hållbar nivå och vi ser inga skäl till att regionerna inte skulle kunna ställa krav på informationsöverföring mellan digitala vårdgivare och den övriga primärvården redan i dag, utan övriga ändringar av primärvårdssystemet. Även de digitala vårdgivarna har på frivillig väg genomfört förändringar för att komplettera sin verksamhet med fysiska mottagningar samt att slussa patienter med mindre avancerade behov till sjuksköterskor snarare än läkare.

Efter noga övervägande har vi ändå landat i att *tillstyrka utredningens förslag, med vissa förbehåll*. Det främsta förbehållet är att vi 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. För att reformen ska leda till de fördelar som beskrivs i förslaget behöver regeringen säkerställa tillgången till digifysisk vård i hela landet, vare sig det sker lämpligast genom lagstiftning, uppföljning eller andra metoder. En möjlig åtgärd vore till exempel att införa ett separat vårdval för digital vård vid sidan av dagens "fysiska" vårdval, med tydliga krav på att dela information med den fysiska primärvården. Ett sådant, digitalt, vårdval skulle med fördel kunna vara nationellt, så att utförarna kan dra nytta av skalfördelarna med att vara verksamma på en nationell nivå.

Ett ytterligare dilemma med förslaget om ett decentraliserat ansvar för digifysisk vård är att det minskar möjligheterna till skalfördelar. En organisation som vänder sig till hela landet kan lättare erbjuda digital vård dygnet runt och på helgerna eftersom de dels har en större potentiell kundkrets, dels har möjlighet att rekrytera deltidsarbetande läkare från hela landet snarare än att de digitala kontaktvägarna bemannas av personalen vid en enskild vårdmottagning. Vi vill även lyfta att utredningens förslag riskerar att leda till höga utvecklingskostnader, om varje region enskilt utformar digitala lösningar i stället för att gå samman kring gemensamma lösningar som kan nyttjas över hela landet (exempelvis inom ramen för ett förstärkt och utvecklat 1177).

Slutligen ser vi en risk att alltför mycket styrning och reglering av de digitala vårdgivarna, särskilt i ett så tidigt skede, kan begränsa hälso- och sjukvårdens innovationskraft och därmed hindra dess utveckling. Hälso- och sjukvården har ett stort behov av innovation för att möta framtidens behov av vården och de digitala vårdgivarna har bidragit till att utveckla primärvården, både när det gäller nya sätt att erbjuda vård och för att utveckla verktyg för digital triagering som integreras med dokumentationen av vården. Dessa innovationer riskerar att avstanna om de privata aktörerna lämnar eller minskar sin närvaro i svensk primärvård. Frågan är dessutom vilket budskap det sänder till potentiella framtida innovatörer i hälso- och sjukvården om nya arbetssätt begränsas eller förbjuds i ett tidigt skede.

17.3.4 Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem

Vi stödjer förslaget att regionerna ska kunna delas upp i flera vårdvalssystem. Det är ett dilemma i dag att olika delar av en region kan ha mycket olika förutsättningar när det gäller exempelvis möjligheterna att bemanna primärvården. En uppdelning av vårdvalssystemet ökar möjligheterna att anpassa primärvårdens ersättning och uppdrag efter lokala förutsättningar.

17.4.3 Nationella ersättningsprinciper för primärvården, 17.4.6 En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården

Vi håller huvudsakligen med om de föreslagna ersättningsprinciperna, bland annat att ersättningen bör vara riskjusterad för att styra mot invånarna med störst behov, långsiktig, justerad för hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling, samt styra mot kontinuitet och tillgänglighet.

Det vi saknar är en diskussion om hur ersättningssystemet kan styra mot en fortsatt god tillgänglighet till kontakter och besök i primärvården. Den föreslagna kombinationen av förändringar – listningskrav för att använda både digital och fysisk primärvård, att vårdgivare huvudsakligen ersätts via kapitering oberoende av antalet patientkontakter, bestraffning av icke-regional listning genom att vårdgarantin inte kan åberopas tillsammans med regionala listningstak – riskerar att skapa ett styrsystem som uppmuntrar till försämrad tillgänglighet jämfört med dagens system. Vi ser därför ett behov av att regionernas ersättningssystem innehåller någon form av ekonomiska styrmedel för att garantera en god tillgänglighet, vare sig styrmedlen är kopplade till väntetider eller antal kontakter och besök.

17.6 Minskat beroende av inhyrd personal

Vi instämmer i utredningens bedömning att dilemmat med inhyrd personal i hälso- och sjukvården inte kan lösas med ett förbud. Vi tillstyrker därför utredningens förslag om att stärka upphandlingen av hyrpersonal, ta fram riktlinjer för hur riskerna med en hög personalomsättning kan minimeras och – i synnerhet – satsa på en stärkt kompetensförsörjning.

Vi har tidigare² pekat på behovet av statistik om primärvårdens bemanning och personalbehov å ena sidan och vikten av regionerna anordnar ett tillräckligt antal platser för specialisttjänstgöring, allmän/bastjänstgöring och verksamhetsförlagd utbildning för att motsvara behovet på en nationell nivå. Slutsatserna gäller i första hand läkare, men kan med fördel överföras även till andra yrkesgrupper.

Beslut om detta yttrande har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. I den slutliga handläggningen har analyschefen Cecilia Stenbjörn, chefsjuristen Karin Nylén samt projektdirektörerna Nils Janlöv, Marianne Svensson och Joakim Ramsberg deltagit. Utredaren Eva Hagbjer har varit föredragande.

Jean-Luc af Geijerstam

Eva Hagbjer

² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018). *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* (rapport 2018:5). Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.