

2019-01-13

Dnr Komm2019/00669/S 1985:A

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm**Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42)**

Statens medicinsk-etiska råd (Smer) har i uppdrag att belysa medicinsk-etiska frågor ur ett övergripande samhällsperspektiv. Smer kommenterar de förslag och rekommendationer som är av särskild vikt utifrån detta perspektiv.

**Sammanfattning**

- Smer tillstyrker förslaget om att patienten ska välja utförare inom primärvården genom att lista sig hos denne. Smer framhåller dock att detta kräver att vården dels har tillräcklig kapacitet, dels ett tillräckligt brett utbud. Här ser Smer att regionerna kan behöva ta ett ekonomiskt ansvar.
- Smer tillstyrker förslaget om listningsbegränsning men anser att utvecklingen måste följas noggrant så att åtgärder kan vidtas om förslaget medför att vården blir än mer ojämlig.
- Smer stödjer utredningens rekommendation om att regionerna bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare samt att patienten kan knytas till en namngiven läkare eller annan vårdpersonal.

- Smer stödjer utredningens rekommendation att regionerna i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpar gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Den föreslagna principen om riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov är särskilt viktig. Smer vill vidare framhålla vikten av att en etisk analys görs innan en gemensam ersättningsmodell antas.
- Smer tillstyrker förslaget om en nationellt reglerad patientavgift i primärvården. Smer saknar emellertid i anslutning till detta ett resonemang kring gränsen för högkostnadsskyddet och huruvida den övre beloppsgränsen bör sänkas för att ytterligare öka förutsättningarna för en vård på lika villkor.
- Smer tillstyrker utredningens förslag att en offentlig utredning bör få i uppdrag att bl.a. undersöka hur vård efter behov och prioriteringsprinciperna bör tillämpas när det handlar om svåra horisontella prioriteringar som samhället står inför.

### **Allmänt**

Utredningen *Styrning för en mer jämlik vård* har haft i uppdrag att lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. I HSL anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vården ska vidare vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Målsättningarna reflekterar de etiska grundprinciper som fastställts för att styra den svenska hälso- och sjukvården.

Smer anser att det är positivt att regeringen tagit frågan om vårdens styrning på allvar genom att tillsätta utredningen och konstaterar att utredningen haft ett viktigt uppdrag att se över nuvarande situation i primärvården och hur den kan förbättras. Smer välkomnar den översyn som utredningen har gjort av vårdvalssystemen, utomlänsvården samt framväxten av digitala vårdgivare utifrån framför allt målsättningarna om en jämlik och behovsbaserad vård.

### Vårdvalssystemen i primärvården

Smer ser att nuvarande situation i primärvården är otillfredsställande på flera sätt och instämmer i utredningens problembeskrivning. De förändringar som genomförts för att stärka patientens ställning i form av större valfrihet har till viss del kommit i konflikt med målet att den som har störst behov av vård ska ha företräde till vården. Såsom utredningen pekar på finns indikationer på att vårdvalet inte gynnat de med störst behov när det gäller konsumtion av vård och att vårdvalet, så som det har utformats, har försvårat en integrerad vård för de med stora och komplexa behov. Smer anser därför att det är viktigt med reformer som främjar en styrning tillbaka mot en behovsstyrd vård snarare än en efterfrågestyrd vård. Smer ser liksom utredningen att det är viktigt att främja kontinuitet i vården och att åtgärder vidtas för att minska fragmentiseringen av vården, då många patienter med stora vårdbehov också har behov av samordnade insatser.

Utredningen föreslår att en bestämmelse införs i HSL varigenom regleras att patienten ska kunna välja utförare inom primärvården genom att lista sig hos utföraren (avsnitt 17.1.2). Syftet med förslaget är att förbättra kontinuiteten i vården, vilket utredningen bedömer vara en nyckelfaktor för att stärka måluppfyllelsen när det gäller en behovsbaserad, patientcentrerad och effektiv vård. För att patienten ska hålla sig till den listade utföraren föreslår utredningen att omval inte får ske mer än två gånger per år om det inte finns skäl för annat (avsnitt 17.1.5) och att vårdgarantin endast ska gälla där patienten är listad (avsnitt 17.1.7).

Smer ställer sig positivt till utredningens ansats att förbättra kontinuiteten i vården men konstaterar att förslagen samtidigt innebär att den enskildes valfrihet inskränks i viss mån. Här handlar det således om att göra en avvägning mellan vilka värden och intressen som ska anses väga tyngst. Detta är en etisk fråga. Smer finner att värdet av kontinuitet och en personcentrerad och behovsbaserad vård får anses väga tyngre än den enskildes intresse av att utan begränsning fritt kunna välja en ny utförare av primärvård vid varje vårdtillfälle. Smer bedömer härmed att förslaget om listning samt de anslutande förslag som nämnts ovan får anses vara en godtagbar inskränkning i den enskildes valfrihet och tillstyrker således dessa. För att utredningens förslag ska vara genomförbara krävs emellertid att den vård som patienten behöver också kan erbjudas av den utförare där hen är listad, t.ex. även vård vid akuta behov som inte kräver akutsjukhusets resurser. Detta kräver dels att vården har tillräcklig kapacitet, dels att den har ett tillräckligt brett utbud. Utredningen konstaterar att förslagen ställer nya och höga krav på utförare vad

gäller tillgänglighet. Utredningen rekommenderar i ett senare avsnitt (avsnitt 17.3.2) att regionerna bör ställa krav på att utförare ska ha tillräcklig kapacitet att utföra vården i relation till det antal patienter som listas hos utföraren. Risker som Smer ser det om regionen inte tar ett ansvar i detta avseende, är att patientsäkerheten äventyras om patienten "tvingas" att vända sig till sin listade utförare men denna saknar möjlighet eller kapacitet att tillhandahålla den vård som patienten behöver. Här ser Smer att regionen även kan behöva ta ett ekonomiskt ansvar om utföraren inte klarar kraven. Detta är särskilt viktigt i glesbygd där patienten kanske inte har flera alternativ att välja på.

Utredningen föreslår också att det ska införas en ny bestämmelse i HSL som innebär att regionen får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare (avsnitt 17.1.6). Även Smer anser att det är viktigt att regionen tar ansvar för att utförare inte har fler patienter än man realistiskt kan ge fysisk vård. Nuvarande ordning i primärvården att det är patientens valfrihet som styr inflödet av patienter till utföraren förefaller inte hållbart långsiktigt varken ur arbetsmiljö- eller patienthänseende. Smer tillstyrker därför förslaget och välkomnar utredningens ansats att "återföra" ansvaret för att dimensionera vården till regionerna, som har det övergripande planeringsansvaret.

En farhåga som Smer har är dock att förslaget riskerar medföra att en patient måste lista sig hos en utförare som inte för patienten utgör det mest närbelägna och välrustade alternativet. Denna risk kommer att vara särskilt stor för de som inte gör något aktivt val, t.ex. svaga patientgrupper såsom patienter med bristande beslutskompetens som saknar möjlighet att göra ett informerat val. Personer med stora medicinska behov kan således riskera att hamna utanför listan hos den utförare som utgör det bästa alternativet för patienten, vilket skulle kunna få allvarliga konsekvenser. Smer anser att denna typ av utveckling måste följas noggrant om förslagen genomförs så att åtgärder kan vidtas om det finns risk för att utsatta grupper blir än mer utsatta och vården än mer ojämlig.

Utredningen rekommenderar vidare att regeringen och huvudmännen bör genomföra en bred satsning på primärvården genom ökade resurser som ska stärka primärvårdens funktion som första linjens vård samt förutsättningarna för att ge en jämlig, kontinuitetsbaserad och tillgänglig nära vård (avsnitt 17.1.9). Smer anser att förslaget är en förutsättning för att de förändringar av primärvården som utredningen föreslår ska vara genomförbara och bidra till

en mer jämlik, personcentrerad och behovsbaserad vård. Om resurser i tillräcklig utsträckning inte skjuts till och primärvården fortsätter att vara starkt underdimensionerad ser Smer i stället att förslagen kan riskera att medföra en än mer ojämlik vård.

### **Utomlänsvård och digitala vårdtjänster**

Konsumtionen av digitala vårdtjänster i primärvården har ökat snabbt och sker i huvudsak i form av utomlänsvård. Även Smer ser att digitala arbetssätt innebär möjligheter både för patienter och för verksamheterna och att den digitala vården lett till att tillgängligheten har förbättrats. Såsom utredningen beskriver har det emellertid vuxit fram en parallell struktur för digital vård, skild från den övriga vården, vilket medfört ett flertal problem. Informationssystemen är ofta inte integrerade med journalsystemet i den region där patienten bor vilket innebär risker för patientsäkerheten. Parallella ersättningsystem skapar orättvis konkurrens mellan vård som bedrivs digitalt via utomlänsvård jämfört med vård som bedrivs digitalt med utgångspunkt från hemregionen. Nätläkare har fått kritik för att marknadsföra sig mot patienter med enkla åkommor som lämpar sig för egenvård, vilket riskerar att leda till ökade kostnader samtidigt som vård omfördelas från patienter med större behov. Sammantaget ser Smer att utredningens översyn av området är viktig och att nuvarande situation inte är långsiktigt hållbar.

Smer stödjer därför utredningens rekommendation om att regionerna bör styra mot en mer digifysisk vård, dvs. att krav bör ställas på utförare att tillhandahålla såväl digital som fysisk vård (avsnitt 17.3.2). Utredningens rekommendation att regionerna bör ställa krav på att utförare ska ha tillräcklig kapacitet att utföra vården, såväl fysiskt som digitalt, i relation till det antal patienter som listas hos utföraren, är vidare central (se Smers synpunkter i föregående avsnitt). Smer stödjer också att regionerna bör ställa krav på att utförare ska upprätthålla kontinuitet och att patienten kan knytas till en namngiven läkare eller annan personal (vårdteam). Smer ser att en fast läkar-kontakt främjar vården som trygghet och kontinuitet för patienten och att det samma gäller för andra personalkategorier inom vården. Det är emellertid lite oklart om det utifrån förslaget ”räcker” med att utföraren knyter patienten till en person (oavsett personalkategori) eller om man avser att regionerna ska ställa krav på att patienten ska kopplas till flera personer, t.ex. både läkare och sjuksköterska. Smer konstaterar att många patienter troligtvis i första hand har behov av att knytas till en specifik läkare. Smer anser att det är viktigt att detta framgår av rekommendationen till regionerna så att utföraren av

resursskäl inte kan ”komma undan” genom att enbart knyta patienterna till andra personalkategorier.

### **Ett mer nationellt primärvårdssystem**

I betänkandet hänvisas till utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* som har föreslagit ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården (SOU 2018:39). Denna utredning anförde att en utbyggd primärvård är den enskilt viktigaste åtgärden för att uppnå en mer jämlik vård oavsett om det handlar om geografiska områden eller olika grupper i befolkningen och att uppdraget är en viktig del av detta. En annan slutsats var att det krävs *ökad nationell styrning* för att alla ska få en jämlik vård i hela landet. Den nu aktuella utredningen bedömer att *ersättningsystemen i vården* är minst lika styrande som uppdraget (om inte mer) och att det finns stora skillnader mellan regionernas styrning i denna del. Utredningens slutsats är att det finns starka skäl att använda mer gemensamma ersättningsprinciper inom vården i syfte att främja en mer jämlik, behovsbaserad och tillitsbaserad vård. Enligt utredningens analys tar styrningen fortfarande i alltför låg grad hänsyn till behoven i befolkningen. Smer instämmer i detta och anser i likhet med utredningen att styrningen måste bli bättre i detta avseende för att förhindra att ojämlikheter uppstår mellan regionerna.

Smer ser således positivt på utredningens rekommendation om att regionerna i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också ska tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården (avsnitt 17.4.3). Den föreslagna principen om riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov är särskilt viktig. Enligt utredningens förslag är det regionerna som i första hand ska fortsätta arbetet på frivillig väg med ledning av de principer som utredningen rekommenderar. Smer har i rapporten *Styrmodeller i hälso- och sjukvården – förslag till modell för etisk analys* påtalat att styrmodeller för hälso- och sjukvården inte är värdeneutrala och att en ingående etisk konsekvensanalys därför bör göras av förändringar i styrsystemen innan de genomförs.<sup>1</sup> Analysen innebär att man analyserar de värden som explicit eller implicit ingår i styrmodellen, de konsekvenser modellen sannolikt leder till samt hur dessa värden och konsekvenser förhåller sig till mål och andra krav i lagstiftningen. I rapporten presenteras ett förslag till modell för strukturerad etisk analys av styrmodeller inom hälso- och sjukvården. Smer vill härmed understryka vikten av att regionerna gör en etisk analys inför att

---

<sup>1</sup> Smer rapport 2019:2.

en gemensam ersättningsmodell antas. Vägledning för genomförandet av en sådan analys kan hämtas ur Smers rapport.

Smer tillstyrker förslaget om en nationellt reglerad patientavgift i primärvården (avsnitt 17.4.2). Utredningens samlade bedömning är att en vård på lika villkor starkt talar för att ensa patientavgifterna över landet. Smer instämmer i detta och konstaterar att det är allvarligt att det finns patienter som avstår från att söka vård av ekonomiska skäl vilket bidrar skillnader i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper. Detta är således en viktig fråga för att främja en vård på lika villkor för hela befolkningen. En anslutande fråga i detta sammanhang är gränsen för högkostnadsskyddet. Smer saknar ett resonemang kring denna fråga och huruvida den övre beloppsgränsen bör sänkas för att ytterligare öka förutsättningarna för en vård på lika villkor.

### **Utredning om tillämpningen av prioriteringsprinciperna**

Utredningen föreslår att en offentlig utredning ska få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar vad gäller konsumtion av vård (avsnitt 17.7.1). Frågan lyfts hur målet om vård efter behov och prioriteringsprinciperna kan och bör tillämpas eller utvecklas när det handlar om de svåra horisontella prioriteringar som samhället står inför.

Smer noterar att prioriteringsplattformen utgör grunden för den svenska hälso- och sjukvårdens uppdrag. Smer anser att det är viktigt att människovärdesprincipen och behovsprincipen även fortsättningsvis är överordnade principen om kostnadseffektivitet. Smer ser annars en risk för en ojämlik vård samt att man äventyrar förtroendet för den offentliga hälso- och sjukvården. Därmed är det inte sagt att det inte behövs en diskussion om hur plattformen bör tillämpas och utvecklas när det gäller svåra horisontella prioriteringar och prevention. Smer ser tvärtom att en sådan diskussion skulle kunna gagna plattformens legitimitet samt ge vägledning vid svåra prioriteringar. Rådet instämmer med utredningen att det även behövs en samhällelig diskussion när det gäller frågan om gränserna för det offentliga åtagandet. Smer tillstyrker således utredningens förslag.

---

Remissvaret har behandlats vid rådets ordinarie sammanträde den 13 december 2019. Beslut har därefter fattats per capsulam. I beslutet deltog ledamö-

terna Kenneth Johansson (ordförande), Michael Anefur, Åsa Gyberg-Karlsson, Ulrika Jörgensen, Lina Nordquist och Malena Ranch. I beredningen av ärendet deltog även de sakkunniga Lilas Ali, Emil Bergschöld, Göran Collste, Titti Mattsson, Bengt Rönngren, Nils-Eric Sahlin, Mikael Sandlund och Marie Stéen. Helena Teréus, utredningssekreterare, har varit föredragande.

För rådet,

Kenneth Johansson

Ordförande

Statens medicinsk-etiska råd