

Stockholm den 7 maj 2010

Socialdepartementet
103 33 STOCKHOLM

Slutbetänkandet Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)

Svenska Privatläkarföreningen (SPLF) har fått ovanstående slutbetänkande på remiss och lämnar nedan sina synpunkter.

Sammanfattningsvis föreslår SPLF följande ändringar i förslaget

- 1) Att övergångsregler tillförs skrivningen. Förslagsvis minst fem år.
- 2) Ersättningssystemet bör kopplas till enskild yrkesutövare. Således bör vårdbolag åläggas att ange vilka (fysiska personer) som skall utföra arbetet, och dessa måste godkännas av myndigheten.
- 3) Ersättningssystemet måste också omfatta delar av den öppna vård som bedrivs på sjukhus. Landstingen bör därför omorganisera, alternativt överlåta, sina öppenvårdsmottagningar som nu är förlagda till sjukhusen.
- 4) Tydliggör grundkrav och kriterier för en verksamhet nationellt. Stryk landstingens vetorätt att neka etablering på godtyckiga grunder liksom landstingens rätt att föranstalta om att verksamhet skall upphöra på likaledes lösa grunder.
- 5) Vårdgivare måste kunna arbeta både inom den öppna specialistvården och inom slutenvården. Tydliga regler måste utarbetas så att inte landstingen förhindrar denna utveckling.

Inledning

Utredningsuppdraget var ett lovvärt initiativ med tanke på att befintliga system, på basen av dels politiska – dels EU-rättsliga – motiv, inte tillgodosett behovet av nyetableringar inom den öppna hälso- och sjukvården. Särskilt glädjande är att förslaget tar sin grund i etableringsfrihet och att ersättning för vårdtjänster föreslås fastställas av en oberoende myndighet. Vi ser positivt på förslaget med en ny etableringsplattform med nationella riktlinjer för kompetenskrav och miniminivåer för ersättningar.

Vi har dock en del invändningar mot direktiv och förslag.

Först så beklagar vi att en utgångspunkt för utredningen var att de s.k. ersättningslagarna ska upphöra. Det hade varit bättre om man som målbild haft att utredningsförslaget på sikt skulle kunna ersätta befintligt system men att systemen tills vidare kunnat komplettera varandra. När denna möjlighet saknas så är det rimligt med långa övergångsregler. Med tanke på åldersstrukturen hos vårdgivare inom befintligt system så riskerar man genom ett tvärt slut på detta system ett stort och onödigt bortfall av vård inom både primärvård och öppen specialistvård. Erfarenheter från vårdval visar att mycket få allmänläkare verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättningen (LOL) valt övergång till verksamhet inom vårdvalsystemen. Detta har utredningen helt missat i sin beskrivning och analys.

Ett nytt system som ska öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård måste göra det möjligt för olika typer av företagsformer, vid sidan av den offentligt producerade vården. I alla sammanhang framhålls vikten av att stödja småföretagare då mycket av samhällets utveckling och innovationer kommer ifrån dem. Det måste därför vara ekonomiskt möjligt att vara småföretagare även inom sjukvården och att det vore rimligt att denna grupp ges möjlighet att växa. Först då kan ett nytt system gynna samhället och därmed patienterna. Sverige är ett litet land och därför bör reformen helt och hållet vara nationell. Vården skall ges på lika villkor till alla patienter över hela landet och systemet skall kvalitetsmässigt kunna utvärderas och vården jämföras med den offentligt producerade. Då kan all vård förbättras. Det gör att reformen inte ska genomföras i all hast utan behöver planeras med ett perspektiv på minst två år.

Utredningen tar inte upp de värden som riskerar att gå förlorade, när ett nytt sjukvårdssystem införs. Särskilt som utredningen inte diskuterar betydelsen av professionell självständighet, personligt ansvarstagande och en personlig relation mellan vårdgivare och patient. Från början var den relationen privat, det var mötet mellan vårdgivaren och patienten som var den viktiga drivkraften i sjukvårdens utveckling. I dagens sjukvård ökar betydelsen av mötet mellan patienten och den kompetenta organisationen. Det hindrar dock inte att en stor del av ”vardagssjukvården” fortfarande vilar på förtroendet mellan patienten och den enskilde vårdgivaren. Kontraktet mellan vårdgivaren och patienten är i första hand etiskt, inte kommersiellt. Det stämmer också överens med en allmän värdering i samhället att sjukvården

inte är en vara eller tjänst vilken som helst. Det är en tjänst som tillhör den gemensamma välfärden och som i grunden bygger på vår omsorg om varandra. Det är värden som är värda att bevaras även om stora delar av sjukvården blir allt mer komplex och fokus ofta hamnar på ekonomin. Politikerna hamnar i kläm mellan vårbudget och skattehöjningar- /sänkningar. Pengarna ska räcka till samtidigt som vinst måste kunna var ett naturligt inslag även i vården. Vinsten får dock inte gå ut över långsiktighet och kontinuitet i vårdkontakten. Så sker heller inte i en liten privat vårdmottagning. I nuvarande nationella ersättningssystem betalar samhället vårdgivaren enbart för utförd vård, detta har inte nog betonats.

Utredningen hade ett lovvärt syfte, nämligen att skapa förutsättningar för att tillvarata entreprenörskap och nytänkande, och därigenom stimulera utveckling mot ökad mångfald inom hälso- och sjukvården. Landstingen ges emellertid rätt att kräva ett mycket omfattande regelverk för att bevilja etablering. Förutsättningarna för små mottagningar att kunna fullfölja sin verksamhet undergrävs. Man bör då betänka att ca 95 % av privata vårdgivare är så kallade mikroföretag med 1-10 anställda. De kommer ha mycket svårt att uppfylla alla dessa kriterier och krav. Dessa krav läggs således utanpå själva patientarbetet. Det finns en risk att de administrativa kraven endast kan hanteras av större vårdbolag. Det skulle då gå stick i stäv med uppdraget. Avsikten med förslaget är att ”tillvarata entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården”. Resultatet riskerar således att bli det motsatta. Patienterna kommer att få färre vårdaktörer att välja emellan.

Skälen för våra synpunkter

Det uppkommer många frågor i utredningen som bättre måste analyseras innan den nya lagen skulle kunna träda i kraft.

I utredningen på sid. 214 anges att ”vårdgivaren vid ansökan om godkännande hos landstinget ska ange syfte och mål med etableringen samt på vilket sätt vårdgivaren kommer att bedriva verksamhet inom det landsting där man söker etablering. Om inte särskilda omständigheter föreligger ska landstinget godkänna att etablering kan ske och etableringsavtal ska då upprättas. Ett sådant avtal gäller tills vidare. Etablering ska sedan ske inom en period av sex månader efter upprättat avtal”. Det är förvånande att de kriterier som skall gälla inte framgår av lagtexten. Kan landstingen avböja verksamheter för att landstingen anser att syfte och mål inte uppnås? När tydliggörs landstingens krav på syfte och mål? Det råder således en stor otydlighet och landstingen kan här anpassa sina krav på syfte och mål för att undvika att starta utarbetandet av villkor och därigenom undvika konkurrens.

Vi föreslår istället en nationell kravspecifikation för specialistmottagningar som inte behöver skilja sig nämnvärt från de baskrav vårdvalsmottagningar har idag med kravspecifikation

rörande tillgänglighet, miljö och kvalitetsarbete . Här borde också finnas utrymme för skrivningar om deltagande i forskning, utbildning och jourverksamhet.

På sid 215 anges att ” *landstinget har rätt att neka etablering om den uppenbart kommer att motverka eller försvåra upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur inom landstingsområdet*”. Vidare står det att ”*medvetna beslut om strukturella förändringar ska inte kunna hindras genom att verksamhet i stället uppstår genom parallell etablering med offentlig finansiering som motverkar eller försvårar genomförandet av det som landstingsfullmäktige har fastställt*”. Här ges en närmast gränslös möjlighet för landstingen att undvika etableringar enligt den föreslagna lagen. Det kommer att refereras flitigt till detta stycke i förslaget, inte minst av landsting som av ideologiska skäl och gammal vana undvikit att utveckla mångfald i vården.

Längre ner på sid 215 anges vidare att ”*landstinget kan föranstalta om att en etablerad verksamhet ska upphöra*”. Grunderna för när en verksamhet ska kunna upphöra bör istället anges i lagtexten.

På sid 216 berörs möjligheterna för landstingen att kontrollera kostnaderna. Även här finner vi det rimligt att ett nationellt regelverk gäller för eventuella begränsningar i vårdproduktion och att de är kända av vårdgivaren innan verksamheten påbörjas.

Vad blir annars samma över hela landet förutom prislistan?

Vi anser att ersättningssystemet också måste omfatta delar av den öppna vård som idag bedrivs på sjukhus. Öppenvården är som regel bättre lämpad att bedrivas utanför sjukhusets organisation. Landstingen bör därför omorganisera sina öppenvårdsmottagningar eller avyttra desamma till förmån för annat ägande. All öppenvård kan då konkurrera utifrån samma ersättningsgrunder och vi skulle få mer vård för pengarna. Här finns också en stor potential till effektivisering av svensk sjukvård med kortare köer som främsta fördel.

Vi kan inte se annat än att villkoren för vården riskerar att bli än mer olika i olika landsting med föreslagna skrivningar på sidorna 214-216.

När det gäller den nya myndigheten ställer vi oss försiktigt positiva. Det är dock inget litet arbete att inkorporera alla tänkbara vårdgivarkategorier i systemet, det kanske t.o.m. är orealistiskt? När det gäller fastställandet av ”nya nationella tariffer” för läkarvård bör dessa ske med en bättre förankring i evidens om metoders effektivitet. Det kan uppnås genom att specialistföreningarna får en aktivare roll än för närvarande. En förutsättning är naturligtvis att professionen får ett inflytande i myndigheten och inte bara är en samverkanspart. Helst ser vi att en förhandlingsordning avseende ersättningar kan behållas även med en ytterst ansvarig myndighet.

Utredarens önskemål att ”*ersättningen så långt som möjligt knyts till mål för behandlingen och de resultat vården åstadkommer*” är intressant men rimligen möjlig att realisera endast inom en mycket begränsad del av vården.

Vi ser positivt på förslaget att konkurrensverket engagerar sig i vårdfrågor och tillstyrker den delen av förslaget. Vi tycker därtill att konkurrensverket ska få sanktionsmöjligheter.

Att systemet ska vara öppet, konkurrensneutralt och följa EU:s direktiv om transparens och icke-diskriminering håller vi helt med om.

I grunden bör landstingen/regionerna inte fungera som både beställare och utförare av sjukvård. Det är ”systemfelet” som alltid ställer till bekymmer och försvårar mångfald, det omöjliggör dessutom äkta konkurrensneutralitet.

Konsekvenser för befintlig privatläkarkår

För allmänläkarna med små mottagningar och utan möjlighet att uppfylla villkoren i de breda vårdvalssystemen inom primärvården stängs dörren för offentlig finansiering den dag föreslagen lag, lag om vårdgivaretablering (LOVE), träder ikraft och LOL upphör. En del av dessa allmänläkare är dessutom nischade, här ingår en icke ringa del smärtläkare samt läkare med verksamhet inom ortopedisk medicin.

För övriga specialister kan konsekvensen i värsta fall också bli att offentlig ersättning uteblir den dag då de varken har LOL eller vårdval att verka under och landstingen stryper tillgången till LOVE.

Det är den lilla organisationens stora fördelar med personlig relation till patienter och hög kontinuitet som gör att vår verksamhet uppskattas högt av patienter samtidigt som den är extremt kostnadseffektiv ur ett samhällsperspektiv. Avveckla inte det, utveckla istället!

Slutord

Sammanfattningsvis så stödjer vi en nationell reglering med regional dimensionering och en lokal anpassning, men systemet måste för att vara trovärdigt och funktionellt ha regler, mål och ersättningar som är rimliga, stabila och konkurrensneutrala. Det går dessvärre inte att utläsa ur nuvarande förslag. Det är för vagt och ger delvis motstridiga budskap.

Utredningen uttalar en förhoppning om att det föreslagna ersättningssystemet skulle befrämja innovation och idékraft, stimulera till nya verksamhetsidéer och förändrad organisation till nytta för patienterna. Här bortser man helt ifrån den potentiella makt man givit till landstingen att ensidigt utarbeta villkor för olika vårdverksamheter. Vår uppfattning är dessvärre att utredningens förslag trots sitt uppdrag inte kommer att leda till ökad kreativitet och nytänkande och heller inte till nya etableringar med en ökad mångfald inom vården.

Med vänlig hälsning

Svenska Privatläkarföreningen