



Läkarförbundets riktlinjer för en vårdvalsmodell

Sveriges läkarförbund 2009

Ökad mångfald i vården

Vårdvalstanken är i grunden enkel, varje invånare väljer själv sin läkare och sin vårdgivare. Invånaren ges ett ökat inflytande över sin vård samtidigt som den ökade konkurrensen stimulerar mångfald och ökad kvalitet. Med fri etablering, inom ramen för ett valfrihetssystem, ökar dessutom antalet alternativ på sikt. Det är dock viktigt att vårdvalsreformen kombineras med en resursförstärkning till primärvården, annars kan förändringen leda till kvalitetsförsämringar.

Goda möjligheter för entreprenörskap

Det största problemet med dagens primärvård är bristen på allmänläkare. För att primärvården ska ha ett stort förtroende hos medborgarna och leva upp till att vara första linjens vård, måste den bli mer tillgänglig och erbjuda en god kontinuitet för patienterna. Med en väl utformad vårdvalsmodell finns det stora möjligheter att primärvården blir ett attraktivt arbetsområde. En väl utformad modell ger goda möjligheter för läkare till utveckling, autonomi och entreprenörskap. Här finns en stor potential för läkare att tillsammans med övriga medarbetare utveckla den svenska primärvården.

Plattform för dialog

För vårdvalssystemets trovärdighet och funktion måste regler, mål och ersättningar vara rimligt stabila och konkurrensneutrala. Det finns dock alltid risk för oönskade effekter. För att fånga upp professionens synpunkter behöver en plattform för regelbunden dialog skapas i varje lands- och region. En stor fördel är om de politiska blocken är överens om förändringarna.

Vad tycker läkarna?

Spelreglerna i en vårdvalsmodell måste vara förankrade och rimligt accepterade av professionen. Till grund för Läkarförbundets riktlinjer ligger våra medlemmars erfarenheter av Stockholms, Hallands och Västmanlands vårdvalsmodeller.

Läkarförbundet inbjuder till en bredare diskussion om programmets olika förslag. Vi hoppas att programmet skall vara en viktig inspirationskälla till de lösningar och reformer som dagens och framtidens sjukvård är i behov av.

Läs programmet "Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?" i sin helhet. Beställ eller ladda ner från Läkarförbundets webbplats www.lakarforbundet.se/trycksaker



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

Villagatan 5 · Box 5610 · 114 86 Stockholm
Telefon 08-790 33 00 · Fax 08-20 57 18
www.lakarforbundet.se · info@slf.se

Läkarförbundets förslag till riktlinjer för en vårdvalsmodell:

Uppdragets omfattning och finansiering

- Ur patientens perspektiv är det mycket som talar för att vårdgivarnas uppdrag **bör vara brett**. Svenska allmänläkare har en bred kompetens och bör därför kunna leda ett omfattande uppdrag. Det bör anges vilka andra kompetenser som vårdgivaren ska tillhandahålla. Det avgörande för framgång är dock att uppdragets yttre gränser fastställs och att tillräckligt med resurser avsätts.
- För att kunna ge god vård måste vårdpengsbeloppen baseras på allmänläkaruppdragets kostnader fördelat på **1 500 invånare**. Jämfört med dagens 2 000 invånare per allmänläkare behövs således en väsentlig resursförstärkning för läkarinsatsen. Därtill kommer pålägg för t.ex. BHV, MHV, sjukgymnastik, läkemedel och medicinsk service.
- Om **kostnadsansvaret för läkemedel och medicinsk service decentraliseras** måste ansvaret begränsas till en del av totalkostnaden. Ett delat ansvar mellan uppdragsgivare och utförare bidrar troligen till en rimlig återhållsamhet med de dyraste undersökningarna och behandlingarna.
- Vårdenheten bör ha ett **patientansvar dygnet runt**. Vid de tider som vårdenheten inte är öppen ska invånarna veta vart de ska vända sig vid akut behov. Jouransvaret kan utföras i samverkan med andra vårdenheter inom fastställda jourområden.
- Vid sidan om grunduppdraget kan vårdgivarna åta sig särskilda **tilläggsuppdrag**. Att bedriva AT- och ST-utbildning bör anföras till vårdgivare som är SPUR-inspekterade och uppfyller Socialstyrelsens utbildningsföreskrifter. ST-läkare bör erbjudas tillsvidareanställning hos den godkända vårdgivare som rekryterat läkaren. Landstingen bör dock ge en utbildningsgaranti på sju år om vårdgivaren inte kan fullfölja uppdraget. När det gäller AT och grundutbildningens vårdcentralsförklarade delar menar vi att vårdgivarna bör ha en skyldighet att ta emot de studerande.

Utformning av regler och mål

- Regelverket bör minimeras till förmån för **tillit och uppföljning**. Landstingens roll bör begränsas till att ange vad som ska utföras. Hur det ska utföras bör överlåtas till vårdgivaren. Den professionella autonomi måste värnas.
- Med en allmän beskrivning av uppdragets innehåll och **ett tydligt mål för hur stor andel av invånarnas kontakter** med

den öppna vården som vårdgivaren förväntas tillgodose får vårdgivarna stor frihet att själva organisera sitt arbete. Detaljerade mål eller regler skapar ofta mer frågor än svar.

- För att godkännas för vårdvalets grunduppdrag krävs att vårdgivaren har **specialistkompetens i allmänmedicin**. Annan specialist kan komma ifråga förutsatt att denne har säkerställd kompetens för uppdraget.
- Vårdgivaren ska erbjuda allmänläkarkompetens i tillräcklig omfattning för uppdragets utförande men kan därutöver komplettera utbudet med läkare med annan specialistkompetens. Även dessa läkare kan vara fast läkarkontakt (listningsbara) förutsatt att de har säkerställd **kompetens för helhetsansvaret** och om patienten gör ett aktivt val. Även ST-läkare ska anföras till sin egen patientlista under senare delen av sin utbildningstjänst, åtminstone under det sista året.
- De invånarna som inte själva gör ett aktivt val bör **anslutas passivt** till en vårdgivare, antingen till den de mest frekvent besökt under året (åren) eller enligt närhetsprincipen.
- Den **meddelarfrihet** som gäller i den offentliga vården utgör en mycket viktig del av de anställdas rättigheter. I ett vårdvalssystem bör denna rättighet även gälla de privatanställda.
- Landstingen bör inte föra in regler om anställningsvillkor i vårdvalssystemet. I stället bör alla vårdgivare uppmärksammas på fördelarna med att teckna **kollektivavtal**.

Ersättningssystemets utformning

- Den fasta vårdpengen bör vara hög. Med **hög vårdpeng** menar vi att den bör täcka minst 70 procent av vårdgivarnas normala kostnader.
- För att inte invånare med stora vårdbehov ska missgynnas måste vårdpengen spegla förväntad vårdtyngd. Bäst är att relatera den till invånarnas **ålder** och till **socioekonomi**. Innan vårdpengen relateras till diagnoser bör landstingen avvakta resultaten från de försök som inleddes 2009.
- Behovet av att relatera ersättningen till diagnoser minskar om den åldersrelaterade vårdpengen kompletteras med **besöksersättning och tolkersättning**. Landstingen bör eftersträva en uppdelning i normala och komplicerade besök (>40min).

- Den vårdgivare som tillgodoser en **hög andel** av de listade invånarnas vårdkontakter i öppenvården bör **belönas**. Vad som skall räknas som högt beror på uppdragets omfattning, vårdpengens storlek och närheten till sjukhusvård.
- Ersättningssystemet bör kopplas till den godkända vård-enheten. När invånarna valt enhet ska de ges tillfälle att välja sin **personliga läkare**. Läkarnas ansvar för sina patienter är centralt liksom ansvaret och inflytandet över den egna listan.
- En särskild ersättning för **glest befolkningsunderlag** krävs i många län.
- **Momskompensation** på utbetald ersättning bör lämnas till privata vårdgivare.

Kvalitetsuppföljning

- Uppföljningens värde måste alltid vägas mot den **tid rapporteringen kräver**. Inrapporteringen av kvalitetsdata ger mindre tid för patientarbetet och upplevs ofta av medarbetarna leda till felprioriteringar.
- Istället för omfattande redovisningskrav kan det vara av värde med en **oberoende och regelbunden inspektion** av vårdgivarna i vårdvalssystemen. Resultaten återrapporteras till berörda vårdgivare och redovisas öppet för brukarna. Ansvaret för denna inspektionsverksamhet bör läggas på en nationell och från landstingen fristående organisation.
- För vårdgivarnas **interna behov av jämförelser** behövs vissa indikatorer som rör tillgänglighet, antal invånare per läkare, tid som avsätts för fortbildning, tillgången till IT-stöd, förskrivningsmönster, brukarattityder och vissa behandlingsresultat.
- Resultaten i kvalitetsuppföljningen bör inte kopplas till ersättningssystemet förrän **nationella och accepterade mått** utvecklats tillsammans med professionen.
- Den öppna redovisningen bör initialt inriktas mot tillgänglighet, antal invånare per läkare, vårdgivarnas satsning på fortbildning samt bemötande/kontinuitet. När **välfungerande kvalitativa mått** tagits fram för primärvården kan även dessa användas. Landstingen bör använda sig av de mått som Socialstyrelsen tar fram i samarbete med läkarprofessionen.