



Framtidens sjukvård

- finansiering, styrning och struktur

Framtidens sjukvård
– finansiering, styrning och struktur

Innehållsförteckning

Förord	5
Sammanfattning	6
1 Inledning	9
1.1 Bakgrund och syfte	9
1.2 Disposition	10
2 Utmaningar för vården	11
2.1 Vård på lika villkor	11
2.2 Mötet med patienten	11
2.3 Arbetsmiljön	12
2.4 Öppenvård och sjukhusvård i balans	13
2.5 Samverkan med den kommunala vården	13
2.6 Högspecialiserad vård och klinisk forskning	14
2.7 Nya och bättre behandlingsmetoder	14
2.8 Finansiering på kort och lång sikt	15
3 Styrning och finansiering i framtiden	17
3.1 Marknad eller politik	17
3.2 Vägledande principer för styrning	17
3.3 Statlig finansiering av ett nationellt åtagande	21
4 Den framtida sjukvårdsstrukturen	23
4.1 En ny ledningsstruktur	23
4.2 Nationellt familjeläkarsystem	26
4.3 Närsjukvård	27
4.4 Sjukhusvården	29
4.5 Den högspecialiserade vården	30
5 Forskning och utbildning	32
5.1 Klinisk forskning	32
5.2 Grundutbildning	33
5.3 Vidareutbildning	33
5.4 Fortbildning	34
5.5 Arbetsliv, patientbemötande och verksamhetsutveckling	34
Bilaga 1: Sammanfattande schema	36

Förord

Svensk sjukvård genomgår för närvarande stora förändringar. Möjligheterna genom den medicinska kunskapsutvecklingen, patienternas rättmätiga krav på hög kvalitet och säkerhet i vården tillsammans med minskade resurser ställer krav på ökad kostnadseffektivitet. Samtidigt blir medarbetarnas krav på såväl inflytande och delaktighet i arbetet som på rimliga arbetstids- och arbetslivsvillkor allt viktigare att tillgodose.

Enligt Läkarförbundets målparagraf är en av förbundets uppgifter ”att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling”. Det är ett självklart ansvar för den medicinska professionen att vara med och påverka utformningen av den svenska sjukvården, dess finansiering, styrning och struktur. Som ett led i detta beslutade förbundet föregående år att ta fram ett program med en samlad förbundssyn på detta område. Under hand som arbetet pågått har synpunkter tagits in från samtliga delföreningar. Programförslagen har också, via Läkarförbundets hemsida, varit tillgängligt för samtliga medlemmar i ett öppet remissförfarande.

Läkarförbundet vill nu inbjuda till en bredare diskussion om programmets olika förslag. Vår förhoppning är att programmet skall bli en viktig inspirationskälla i den fortsatta utvecklingen av det svenska sjukvårdssystemet.

Bernhard Grewin
Ordförande i Sveriges läkarförbund

Sammanfattning

Läkarförbundet anser att det svenska sjukvårdssystemet måste reformeras. Rådande maktbalans mellan politik, marknad och profession behöver förändras – liksom dagens ansvarsfördelning mellan stat och landsting samt den statliga styrningen av forskning och utbildning. Motivet är främst att kunna säkra en vård på lika villkor för hela befolkningen. Utöver dessa reformer behöver sjukvården tillföras mer resurser för att möta framtidens växande vårdbehov.

Läkarförbundet föreslår att den grundläggande finansieringen av svensk hälso- och sjukvård blir statlig. Landets medborgare bör, oberoende av bostadsort, beskattas med samma statliga skattesats. Staten skall sedan fördela resurserna efter vårdbehov – något som varierar med bl a åldersstrukturen i olika delar av landet. Detta förslag är grunden för en vård på lika villkor.

Läkarförbundet föreslår att landstingen som beställare av sjukvård ersätts med regionala statliga beställarstyrelser och en särskild styrelse för högspecialiserad rikssjukvård. Samtliga styrelser utses av regeringen och får representation från riksdagen. Riksdagen och regionstyrelserna får tillsammans ansvaret för att fånga upp medborgarnas önskemål om vårdens innehåll och utformning. Eftersom staten inte bedriver någon egen sjukvårdsproduktion utan endast upphandlar vård åstadkoms en juridisk åtskillnad mellan beställare och utförare. Detta ger förutsättningar för en mångfald av vårdproducenter – stiftelser, ideella organisationer, personalkooperativ eller privata aktiebolag – och ökad småskalighet med decentraliserat ansvar för vårdens utförande och kvalitet. Förbundet bedömer dock att landstingen kommer att finnas kvar bland sjukvårdsproducenterna under överskådlig tid.

Läkarförbundet föreslår att familjeläkarna ska verka inom ramen för ett separat nationellt familjeläkarsystem. Familjeläkarnas grunduppdrag ska formuleras via en nationell reglering och ersättningen för detta uppdrag utbetalas från Riksförsäkringsverket. Förslaget innebär en utbyggnad av primärvården och att alla medborgare får tillgång till en egen familjeläkare.

Läkarförbundet föreslår att det inrättas en särskild behandlingsförmånsnämnd. I framtidens sjukvård kommer skatterna i större omfattning behöva användas för att finansiera prioriterade och evidensbaserade åtgärder. Behandlingsområden eller enskilda terapier av lägre prioritet kommer att behöva lyftas ur det offentliga systemet. Likvärdighetsprincipen kommer att kräva att beslut om vad som skall ingå i det offentliga åtagandet tas på nationell nivå. För dessa beslut föreslås att en central nämnd inrättas i likhet med vad som idag finns på läkemedelsområdet.

Läkarförbundet föreslår en utbyggnad av den öppna vården. Sveriges invånare skall ha snabb och effektiv vård när de blir sjuka. En reell satsning på fler familjeläkare men också mer övrig öppenvård krävs för att befolkningen skall få en lättgänglig och samtidigt kompetent vård i framtiden. Den specialiserade sjukvården bedrivs i framtiden mest som öppenvårdsmottagningar, vid närsjukhus och enskilt, men även fortsatt inom sjukhusens öppenvård. Generellt gäller att den öppna specialistvården kommer att få stor betydelse i den framtida närsjukvården. Denna vård, med undantag för familjeläkarna, upphandlas av de statliga regionstyrelserna.

Läkarförbundet föreslår en regional samordning av sjukhusvården. Liksom den övriga öppenvården kommer sjukhusen att upphandlas av regionstyrelserna. Patientunderlaget måste vara av en viss storlek för att möjliggöra god patientsäkerhet och medicinsk kompetens. Mängden resurser som binds i den akuta vårdens befintliga jourlinjer och sjukhus skall också avvägas mot andra prioriterade vårdbehov. Därtill sker hela tiden en medicinskteknisk utveckling som förändrar förutsättningarna för sjukhusvården. Bedömningen är att det i dagsläget krävs en rörelse mot färre enheter för att uppnå en effektiv resursfördelning mellan sjukhusvård och öppen vård. Därmed förbättras även arbetsmiljön för vårdens medarbetare genom minskat arbete under akuttid.

Läkarförbundet föreslår en nationell samordning av den högspecialiserade vården. Den sjukvård som har hela landet som upptagningsområde kommer att beställas av en särskild styrelse för högspecialiserad rikssjukvård. I de allra flesta fall kommer beställningen att riktas till något eller några av våra nuvarande universitetssjukhus. Läkarförbundet anser att högspecialiserad rikssjukvård alltid bör upphandlas från minst två vårdgivare. Finns inte dessa inom landet bör alltså upphandling ske utomlands. Utöver rikssjukvården kommer det också att finnas högspecialiserad vård med ett mellanregionalt upptagningsområde. Ansvar för att upphandla denna vård skall vila på regionstyrelserna. Antingen kan den mellanregionala vården beställas direkt från en vårdproducent utanför hemmaregionen eller också sluter två eller flera regionstyrelser ett samverkansavtal där det överenskommes hur en gemensam upphandling skall gå till.

Läkarförbundet föreslår att styrningen av läkares vidareutbildning och den kliniska forskningen reformeras. Regionstyrelserna ska kunna stimulera läkarförsörjningen inom bristspecialiteter genom att erbjuda särskilda utbildningsbidrag till de producenter som inrättar sådana ST-tjänster. Ansvar för den kliniska forskningen kommer liksom idag att vara delat mellan universitet och sjukvårdsproducenter och forskningsresurserna (fakultetsanslag och ALF-

medel) ska fortsatt fördelas från utbildningsdepartementet via universiteten. De resurser som idag satsas av landstingen på forsknings- och utvecklingsarbete (FoU) kommer i det nya systemet att ligga hos regionstyrelserna och fördelas från Socialdepartementet.

Läkarförbundet föreslår att det fria vårdvalet förstärks liksom kravet på öppen verksamhetsredovisning. Patienten kommer att ha långtgående möjligheter att välja vårdgivare. Remiss kommer bara krävas för högspecialiserad vård. Denna valfrihet innebär för patientens del en källa till verkligt inflytande över sin egen behandling, eftersom hon eller han vid missnöje enkelt kan välja en annan vårdgivare. Till sin hjälp kommer patienten att ha öppen och lättillgänglig information om vårdenheternas verksamhet och resultat. Konkurrensen om patienterna – och i förlängningen kontrakten från beställarstyrelserna – kommer att stimulera vårdgivare till utveckling av verksamheten och ständiga kvalitetsförbättringar. Resultatet blir sannolikt en effektivitets- och kvalitetshöjning inom hela vårdsektorn, liksom en mer välfungerande arbetsmarknad med ökade möjligheter för vårdens medarbetare att söka sig till den vårdgivare vars profil och inriktning skapar mest motivation och tillfredsställelse.

1 Inledning

1.1 Bakgrund och syfte

Hälso- och sjukvården är en grundpelare i det svenska välfärdssamhället. Den är vår viktigaste försäkring om vi drabbas av sjukdom och i särklass den största sektorn inom den offentliga verksamheten. En god sjukvård med hög tillgänglighet och kvalitet är också en betydande resurs för hela samhället. De skattemedel som läggs på sjukvården och som resulterar i diagnostik, behandlingar, rehabilitering, omvårdnad och förebyggande vård betalar sig i form av ökad hälsa, livskvalitet och tillväxt.

För närvarande befinner sig den svenska hälso- och sjukvården i något som närmast kan betraktas som en förtroendekris. Landstingens skatteinkomster sviktar och stora neddragningar planeras. Den demografiska utvecklingen, möjlighetsrevolutionen inom det medicinska området och rekryteringen av medarbetare är stora utmaningar för sjukvården på sikt. Uppenbart är att något måste ske.

I det här programmet lämnar Sveriges läkarförbund förslag på en omfattande reformering av hela den svenska sjukvårdens styrning och organisation. Det sker utifrån ett resonemang kring centrala frågor som avvägningen mellan politik, marknad och profession, var makten över resursanvändningen skall ligga samt hur och av vem sjukvården skall styras. Syftet är främst att visa beslutsfattare och invånare på vägar till bästa möjliga resursutnyttjande och att klara en likvärdig vård för alla även i framtiden. Läkarkåren vill påverka utvecklingen och är beredd att ta sitt ansvar för att detta uppnås.

En del av tankarna i programmet är hämtade från tidigare analyser. Läkarförbundet har exempelvis bedömt vårdens behov av resurser och kommit fram till att det behövs en permanent nivåhöjning av statsbidragen med 30 miljarder. Vidare har förbundet föreslagit en ökad samordning av sjukvårdens och sjukförsäkringens resurser samt uttalat sitt stöd för den Nationella handlingsplanen. En tydligare ansvarfördelning mellan politiker och profession och behov av många alternativa vårdproducenter har lyfts fram som angelägna förbättringar. Utöver detta har flera av yrkesföreningarna inom förbundet tagit fram egna program som utgjort en viktig grund för de förslag som presenteras här.

1.2 Disposition

Programmet inleds med en beskrivning av några av de stora framtida utmaningar som svensk sjukvård måste hantera. För att på bästa sätt möta dessa måste det svenska sjukvårdssystemet förändras. Ett antal vägledande principer för dessa förändringar beskrivs i kapitel tre. I kapitel fyra och fem presenteras ett förslag till förändrat sjukvårdssystem. En helhet som berör både finansiering, styrning och struktur. I kapitlen förklaras också på vilket sätt förändringarna gör sjukvården bättre rustad för att möta framtidens utmaningar.

2 Utmaningar för vården

Utmaningarna för svensk sjukvård är många. I detta kapitel tas endast de upp som kommer att få allra störst betydelse. Hit räknas målet om en vård på lika villkor, mötet med den framtida patienten, medarbetarnas arbetsmiljö, behovet av anpassningar av sjukhusstrukturen, sjukvårdens samverkan med kommunerna, styrningen av den högspecialiserade vården och ökade krav på evidensbaserade metoder. Slutligen diskuteras finansieringen på kort och lång sikt.

2.1 Vård på lika villkor

Principen om vård på lika villkor är starkt förankrad i den svenska läkarkåren. Det är en allmän uppfattning bland läkare att den offentligt finansierade hälso- och sjukvården alltid skall utgå ifrån den sjukes behov och att tillgången till diagnostik och behandlingsmetoder skall vara oberoende av faktorer såsom ålder, bostadsort och betalningsförmåga.

En förutsättning för en vård på lika villkor är att sjukvården finansieras solidariskt av landets alla invånare. Endast med en solidarisk finansiering är det möjligt att hålla nere patientavgifterna så att även hushåll med liten betalningsförmåga har råd att efterfråga vård.

Lika tillgång på god vård efter behov omfattar alla invånare från norr till söder. För att detta skall kunna uppfyllas måste de ekonomiska resurserna för hälso- och sjukvård i olika landsändar vara likvärdiga. Att basera sjukvårdens resurser på lokal skattekraft och lokalt bestämda skattesatser fungerar inte utan ett kraftfullt utjämningsystem eftersom skattekraften varierar stort. Genomförandet av denna utjämning är långt ifrån problemfri eftersom det står i konflikt med mål om lokal självstyrelse.

Vård på lika villkor förutsätter också tillgång på utbildade medarbetare i alla delar av landet. På många håll saknas tillräcklig läkartid för arbetet i primärvården, kommunernas äldrevård och i den psykiatriska vården. Väntetiderna till den planerade sjukhusvården varierar över landet liksom användningen av evidensbaserade behandlingsmetoder.

2.2 Mötet med patienten

Hälso- och sjukvården måste i framtiden vara beredd att möta de krav på inflytande och delaktighet som det moderna informationssamhällets invånare ställer. Yngre och mer välutbildade vill redan i dag ha långtgående möjligheter att kunna styra över sin egen situation i kontakterna med hälso- och sjukvården. Internet och andra informationskanaler innebär att många kan nås av lättillgänglig information om sina rättigheter eller om sjukdomar och olika be-

handlingsalternativ. För sjukvården är denna utveckling i alla delar positiv – kunniga och motiverade patienter är ofta avgörande för att vården skall få ett lyckat resultat. Men den ställer också krav på att vårdens arbetssätt förändras. Medarbetarna inom vården kommer sannolikt delvis att lämna den traditionella expertrollen till förmån för en roll som mer bygger på rådgivning och upplysning kring de behandlingsalternativ som står till buds. Samtidigt är det viktigt att patienten aldrig känner sig utelämnad att ta viktiga, kanske livsavgörande, medicinska beslut på egen hand. Här kan balansgången många gånger vara svår.

Allt fler äldre, många med syn- och hörselproblem, patienter med grava psykiska funktionshinder och patienter med bristande kunskaper i det svenska språket måste också få ett professionellt bemötande i framtidens sjukvård. Hälso- och sjukvården måste således klara av att möta varje enskild individ och anpassa information, rådgivning, diagnos och behandling efter patientens hela livssituation.

För att uppnå ett verkligt inflytande för alla patientgrupper krävs att patientens eller den anhöriges egen upplevelse av bemötande och vårdkvalitet blir styrande för all verksamhetsutveckling. I ett system där vårdproducenterna får konkurrera om patienterna finns goda förutsättningar för detta.

2.3 Arbetsmiljön

Den kanske största utmaningen ligger i att skapa en god arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Framför allt måste framtidens vårdproduktion kännetecknas av långt gången decentralisering med långsiktiga och väl avgränsade uppdrag, där resurserna är väl anpassade efter uppdragets storlek. Valet av metoder och medel måste överlämnas till vårdens medarbetare vars verksamheter då kan utvecklas på olika sätt. En sjukvårdssektor med många aktörer med olika profil och arbetssätt är i detta avseende positivt.

Framtidens sjukvård måste också ha väl fungerande administrativa rutiner och stöd till medarbetarna. Undersökningar visar att det administrativa arbetet upptar en alltför stor del av läkares arbetstid. En utbyggnad av välstrukturerade, interagerande, kraftfulla och användarvänliga IT-system, som fungerar inom hela vården, skulle kunna effektivisera dagens rutiner betydligt. Ett fungerande IT-stöd och mer sekreterarstöd skulle kunna innebära stora kvalitetshöjningar samtidigt som tid skulle frigöras för direkt patientarbete.

Senare års betydande brist på vårdplatser med överbeläggningar har för läkare och andra medarbetare i vården inneburit ett allvarligt arbetsmiljöproblem och

risk för patientsäkerheten. Med en åldrande befolkning kommer behovet av vårdplatser dessutom att öka ytterligare.

2.4 Öppenvård och sjukhusvård i balans

Den öppna vården – dvs primärvården, företagshälsovården och den övriga öppna specialistvården – är relativt billig och kan färdigbehandla de allra flesta sjukdomstillstånd^{1,2}. Det har länge rått politisk samsyn om att Sverige behöver öka den öppna vårdens kapacitet. Landstingen har dock inte lyckats särskilt väl detta. Uppföljningar visar att endast omkring hälften av medborgarna idag har en fast läkarkontakt i primärvården. Det saknas närmare 2000 allmänläkare för att detta mål skall uppfyllas. Förutom stora tillgänglighetsproblem resulterar den bristande kapaciteten i primärvården i försämrad samverkan och kontinuitet i hela vårdkedjan.

Som komplement till primärvården finns företagshälsovården. Lång ifrån alla anställda har dock en företagsläkare att vända sig till. Omfattning och innehåll i företagshälsovården varierar också beroende på att branschen sedan början av 1990-talet är marknadsstyrd. Nyrekryteringen av företagsläkare har varit mycket svag och idag finns endast 600 yrkesverksamma i ålder. Många faktorer talar för ett starkt ökat behov av företagshälsovård i framtiden.

Den övriga öppna specialistvården avlastar den slutna sjukhusvården och är ett effektivt medel att tillgodose specialistvård med hög tillgänglighet nära invånaren. Även här har en nödvändig utbyggnad gått för långsamt.

Erfarenheterna visar att det inte räcker med politiska intentioner och uttalanden för att en bättre balans mellan öppenvård och sjukhusvård skall uppnås. En verklig förändring kan ske först om den statliga och kommunala styrningen förändras. I nuvarande sjukvårdsstruktur finns svårigheter att slussa patienten rätt och detta leder till ett dåligt resursutnyttjande. Det saknas idag ofta vårdprogram och organiserade samarbetsformer mellan primärvården, sjukhusvården och den övriga öppna specialistvården.

2.5 Samverkan med den kommunala vården

Ansvaret för äldre- och handikappvården delas mellan kommuner och landsting. Det delade huvudmannaskapet i kombination med dagens bristande kapacitet i primärvården har sammantaget lett till minskade formella och reella möjligheter för läkare att påverka och delta i denna vård. Människor

¹ Lindhagen, K., Brandt, M., Nordström, B., Husläkarnas patientarbete är inte bara läkarbesök, Primärvården, Landstinget i Uppsala län, 1999.

² Starfield, B. Primary Care. Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford University Press, 1998.

som bor i särskilda boenden eller vårdas i hemmet får ofta inte sina behov av läkarkontakt tillgodosedda. Detsamma gäller för den kommunala vårdpersonalen som saknar läkares handledning och deras deltagande i den kommunala vårdplaneringen. Svårigheterna förstärks även av att kommunikationen med sjukhusens specialister fungerar dåligt.

Även inom den psykiatriska vården finns det samordnings- och kapacitetsproblem. Kommunerna övertog ansvaret för de långvarigt psykiskt funktionshindrade från landstingen 1995. Sedan mentalsjukhusen avvecklats har inte stödet från den öppna vården varit tillräckligt stort. Kapacitetsbristen inom landstingens psykiatriska vård leder till onödigt lidande och att stora kostnader övervältras på andra samhällssektorer. Vuxna personer med långvarig och allvarlig psykisk ohälsa har en svag ställning och klart sämre livsvillkor än befolkningen i övrigt. Det handlar både om stöd i boendet, tillgång till adekvat sysselsättning och tillgång till vård.

2.6 Högspecialiserad vård och klinisk forskning

Nuvarande styrning av den högspecialiserade vården och forskningen uppvisar betydande svagheter. Någon nationell styrning av den mest högspecialiserade vården sker egentligen inte. Istället är det upp till landstingen att själva bestämma om man vill etablera verksamhet med hela riket som upptagningsområde, vilket har medfört alltför många etableringar med för små volymer. Samordningen mellan olika landsting och regioner har fungerat dåligt och det saknas enhetliga kvalitetsindikatorer som möjliggör kostnads- och kvalitetsjämförelser mellan olika producenter av rikssjukvård. Dessutom lider den kliniska forskningen av brister i organisation, ledarskap och av otillräckliga resurser. Följden av det senare är att kunskapsutvecklingen och spridningen av ny kunskap stoppas upp, vilket i sin tur leder till att många patientgrupper inte får den bästa vård som står till buds.

2.7 Nya och bättre behandlingsmetoder

Patienten har rätt att förvänta sig högkvalificerade tjänster i varje möte med vårdens medarbetare. Därför måste det ske en ständig utveckling av verksamheten mot ökad kvalitet och kunskap. I dag går kvalitetsutvecklingen inom vården alltför långsamt. Orsaken är bland annat att befintliga kvalitetsregister och potentialen i avvikelshanteringen inte utnyttjas till fullo³.

Under senare år har användningen av evidensbaserade metoder blivit en allt viktigare del i sjukvårdens verksamhetsutveckling. Rapporterna från Statens

³ Förebyggande patientsäkerhet – förslag till ny hanteringsordning av patientkritik/anmälningar och avvikelserapporter, Läkarförbundet, 2002.

beredning för medicinsk utvärdering (SBU) och andra utvärderingar av behandlingsmetoder har dock svårt att tränga in i sjukvården och påverka praxis i önskad omfattning.

För att ny kunskap skall kunna spridas och sjukvårdens verksamhet utvecklas är det viktigt att medarbetarna erbjuds kontinuerlig fortbildning. Under många år har medarbetarnas utbildningsbehov fått stå tillbaka pga. bristande tid och resurser. Detta har inneburit att en dominerande del av framför allt läkares utbildning tillgodoses av läkemedels- och medicinteknisk industri. Kompetensutvecklingsbehovet inom vården kan i framtiden inte vila på producentbundna utbildningar. Istället måste arbetsgivarna börja prioritera och bekosta medarbetarnas behov av kvalitetssäkrad utbildning.

2.8 Finansiering på kort och lång sikt

Även om en stor del av vårdens resursbehov kan täckas genom effektivare styrning och prioritering, kommer det att behövas ytterligare resurser för att uppfylla de nationella målen om vård på lika villkor, tillgänglighet och kvalitet. Läkarförbundet har beräknat att det i dagsläget skulle behövas en permanent förstärkning av de årliga statsbidragen med ca 30 miljarder⁴.

De samhällsekonomiska kostnaderna för den höga sjukfrånvaron tränger för närvarande ut allt reformutrymme och tvingar fram skattehöjningar i stor skala. Uppenbart är att alla parter som kan påverka sjukfrånvaron måste ta ett ökat ansvar. Det gäller både den enskilde arbetstagaren, den enskilda arbetsgivaren och sjukvården som vårdgivare. Läkarförbundet har i en särskild utredning föreslagit att en del av budgeten och betalningsansvaret för sjukpenningen överförs till vårdproduktionen. Först med ett delat budgetansvar mellan sjukvården och socialförsäkringen kommer vårdarbetsgivarna att på allvar uppmärksamma och ge läkarna stöd i deras arbete med sjukintyg och rehabilitering av långtidssjukskrivna⁵.

På längre sikt kommer vi i Sverige tvingas ta ställning till vilken sjukvård som skall finansieras via skatter eftersom efterfrågan på sjukvård kommer att fortsätta att öka mer än skatteunderlag och produktivitet. Den demografiska utvecklingen kommer att minska den potentiella tillväxttakten i ekonomin och samtidigt utsätta de offentliga utgifterna för stigande tryck. En ny långtidsutredning vid Brittiska finansdepartementet förutser att hälso- och sjukvårdens BNP-andel kommer öka från dagens 7,7 % till ca 12 % de närmaste

⁴ Hälso- sjukvårdens resursbehov år 2001-2003, Sveriges läkarförbund, 2001.

⁵ Sjukvården och de sjukskrivna – kan pengarna användas bättre? Sveriges läkarförbund, 2003.

tjugo åren⁶. Omsatt till svenska förhållanden skulle detta innebära att de reala sjukvårdskostnaderna kommer att öka med omkring 60 procent. Med hänsyn tagen till en förväntad BNP-tillväxt motsvarar detta en höjning av sjukvårdskatten med ca 30 procent. En höjning i denna storleksordning synes knappast möjlig utan skadeverkningar på samhällsekonomin. För att värna de mest angelägna vårdbehoven kommer statsmakterna därför behöva öka ansträngningarna för att avgränsa vilken vård som skall ingå i den offentligt finansierade vården. Utmaningen blir att förankra en politik där en allt större andel av sjukvården kommer att köpas och säljas privat.

⁶ Wanless, D., Securing Our Future Health: Taking a Long-term View, Brittiska finansdepartementet (HM Treasury), 2002.

3 Styrning och finansiering i framtiden

De utmaningar som behandlats ovan motiverar en reformering av den svenska sjukvårdens finansiering, styrning och organisation. I följande kapitel presenteras ett antal grundläggande styrprinciper och förslag till reformer.

3.1 Marknad eller politik

Inte något samhälle kommer undan avgöranden om hur begränsade resurser skall styras och fördelas. För sjukvårdens vidkommande är det välkänt att marknaden ensam inte fungerar på ett optimalt sätt för resursfördelning. Blickar vi utomlands är alltid den rena marknadsmodellen modifierad med olika slag av regleringar och offentliga subventioner. I USA betalar visserligen de allra flesta själva för sin hälso- och sjukvård genom privat försäkring men samtidigt subventioneras köpsvaga grupper och omfattande ingrepp sker i prisbildningen.

Att helt avstå från att utnyttja marknader är inte heller intressant eftersom vi vet att alternativet med politiska och administrativa beslutsprocesser har sina svagheter. I praktiken gäller det att finna en bästa avvägning mellan marknad och administrativa beslutsprocesser.

Det råder närmast total enighet om att det skall finnas marknader för produktionsfaktorer inom sjukvården, t. ex för arbetskraft och läkemedel. Samtidigt råder stor enighet om att samhället skall administrativt styra och reglera medborgarnas tillgång till sjukvård.

Genom att skilja finansiär/beställare från rollen som vårdproducent öppnas större möjligheter att utnyttja marknadens krafter och incitament till att utveckla vårdtjänsterna. Genom att dessutom göra vårdproduktionen intäkts- istället för anslagsfinansierad skapas incitament till produktivitetssökningar, dvs. att behandla patienter ger intäkter, inte bara kostnader. Så länge avtalen görs upp internt och inte är rättsligt bindande finns dock risken att parterna agerar manipulativt. Om alla vårdgivare görs legalt fristående blir kontrakten bindande och spelreglerna mer hållbara.

Med fristående beställare och utförare ökar också möjligheten att anpassa vårdstrukturen till nya förhållanden. Verksamheter som det inte längre finns behov av eller som inte lever upp till patienternas eller beställarens kvalitetskrav får inte avtalen förlängda.

3.2 Vägledande principer för styrning

När det gäller att konstruera en ny sjukvårdsmodell finns det naturligtvis en mängd olika värden och effekter som måste beaktas. Sveriges Läkarförbund

har identifierat tio viktiga styrningsprinciper som vi anser att den framtida sjukvården måste vila på:

- Vård på lika villkor
- Solidarisk finansiering
- Etisk plattform för prioriteringar
- Öppna prioriteringar
- Tydlig rollfördelning mellan politik och profession
- Separata beställare och utförare
- Kunskapsstyrning
- Fritt vårdval
- Etableringsfrihet
- Öppen verksamhetsredovisning

Vård på lika villkor

Hälso- och sjukvård skall ges på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att alla skall få ta del av den offentligt finansierade sjukvårdens tjänster, oavsett bostadsort och utan att individuella särförhållanden av exempelvis social, ekonomisk eller språklig natur skall få utgöra något hinder.

Solidarisk finansiering

Medborgarna skall betala skatt efter bärkraft. Denna princip finns även lagfäst i första stycket 2 § hälso- och sjukvårdslagen. Med en solidarisk finansiering är det möjligt att hålla nere patientavgifterna så att även hushåll med liten betalningsförmåga har råd att söka vård. Med solidarisk finansiering är det viktigt att definiera vilken hälso- och sjukvård som alla invånare har rätt till oberoende av betalningsförmåga. Konsekvenserna av denna princip utvecklas närmare i avsnitt 3.3.

Etisk plattform för prioriteringar

Beslut som innebär prioriteringar – att sätta något före något annat eller att välja bort något helt – inom den offentliga hälso- och sjukvården skall baseras på den etiska plattform som togs fram av Prioriteringsutredningen 1995⁷ och som riksdagen ställde sig bakom 1997. Denna etiska plattform bygger på tre grundläggande principer:

- *Människovärdesprincipen*, enligt vilken alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- *Behovs-solidaritetsprincipen*, enligt vilken resurserna bör fördelas efter behov,
- *Kostnadseffektivitetsprincipen*, enligt vilken en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, bör eftersträvas vid val mellan olika verksamheter och åtgärder.

⁷ Vårdens svåra val, SOU 1995:5, Proposition 1996/97:60.

Människovärdesprincipen går före behovs-solidaritetsprincipen, som i sin tur går före kostnadseffektivitetsprincipen. Innebörden av detta är att svåra sjukdomar skall gå före lindriga även om vården av de svårare tillstånden kostar mycket mer, samt att den enskilda människans behov aldrig får stå tillbaka på grund av ålder, födelsevikt, livsstil etc. Däremot skall man ta hänsyn till omständigheter som begränsar nyttan av de medicinska åtgärderna. Riksdagen har mot bakgrund av den etiska plattformen även antagit vissa prioriteringsriktlinjer, bestående av fyra prioriteringsgrupper indelade efter angelägenhetsgrad, som avses utgöra ett stöd vid beslutsfattande om prioriteringar inom vården.⁸

Öppna prioriteringar

Prioriteringar inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården skall vara öppna. Med detta avses att prioriteringsbesluten inklusive de grunder (principer och riktlinjer) som de vilar på skall vara lätt tillgängliga för alla som vill ta del av dem. För att betraktas som öppna måste prioriteringsbesluten vara medvetna och ske i en offentlig process med insyn och med kriterier och underlag som kan redovisas tydligt. Vidare måste det klart framgå vem som fattar besluten och tar ansvar för konsekvenserna. Öppna prioriteringar är en förutsättning för att upprätthålla legitimiteten i samhället för den offentligt finansierade sjukvården.

Tydlig rollfördelning mellan politik och profession

Det skall finnas en tydlig rollfördelning mellan politik och profession. Politikerna skall vara den grundläggande beställaren av all hälso- och sjukvård och företräda medborgarnas intresse av en effektiv och kvalitativ sjukvård på lika villkor för hela befolkningen. Principen innebär att politikerna främst skall koncentrera sig på att via lagstiftning och målbeskrivningar ange kvalitetskrav och inriktning för verksamheten och sedan följa upp att den önskvärda utvecklingen sker.

Professionerna inom hälso- och sjukvården – som i praktiken är vårdens ”utförare” – skall i sin tur ansvara för hur verksamheten bedrivs. Det innebär att ansvaret för att ställda krav följs avseende kvalitet, patientsäkerhet, etiska principer, målpuppfyllelse och kontinuerligt utvecklingsarbete vilar på dem som arbetar i verksamheten. För att detta skall fungera krävs ett ledarskap med relevanta befogenheter och med professionell kunskap och kännedom om verksamheten. Det krävs också ett modernt arbetssätt där samtliga medarbetare har ett inflytande över det egna arbetet och verksamhetens utveckling. Här är exempelvis verksamhetsplanen och delaktigheten i att ta fram detta styrinstrument av stor betydelse.

⁸ Betänkande, 1996/97: Socialutskottet 14.

En särskilt viktig aspekt i rollfördelningen mellan politik och profession är ansvaret för prioriteringar på olika beslutsnivåer.

Det går att urskilja fem nivåer där prioriteringsbeslut i hälso- och sjukvården fattas:

1. Beslut om resurstilldelning till hälso- och sjukvården i jämförelse med andra samhällssektorer
2. Beslut om resursfördelning mellan olika sektorer/specialiteter inom hälso- och sjukvården
3. Beslut om fördelning av resurser mellan patienter inom en sektor/specialitet
4. Beslut om fördelning av resurser mellan patienter med samma sjukdom
5. Beslut om olika – mer eller mindre resurskrävande – diagnos- och behandlingsmetoder för samma patient

Prioriteringsnivå ett och två skall i grunden vara en konsekvens av politiska beslut, som tas i en kontinuerlig dialog med invånare och profession. Resterande prioriteringsnivåer skall i sin tur vara en konsekvens av professionella beslut utifrån patient-läkarmötet. Undantag från detta gäller dock om något – från hela sektorer ner till enskilda behandlingsmetoder – skall lyftas ur det offentligt finansierade vårdutbudet. Principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen kräver att dessa beslut tas på politisk/nationell nivå. Det är också viktigt att det finns en acceptans för beslut som rör omfattningen av det offentliga åtagandet, varför de måste föregås av en levande dialog där både medborgare och professioner ges möjlighet att påverka.

Separata beställare och utförare

I linje med ovanstående skall beställning och produktion vara separerad i två tydliga och väldefinierade funktioner. Den ena parten – beställaren – skall företräda medborgarnas intresse av en sjukvård med jämlik fördelning, låga kostnader, stort utbud och hög kvalitet samt ansvara för samordningen med andra aktörer, exempelvis kommunerna och försäkringskassan. För att kunna företräda patienterna och göra bra och tydliga upphandlingar måste beställaren ha goda kunskaper i bl.a. medicinska metoder, epidemiologi och hälsoekonomi.

Den andra parten – utföraren – skall koncentrera sig på en kostnadseffektiv verksamhet och erbjuda bästa möjliga vård till de ersättningar och övriga villkor köparen är villig att acceptera. Detta möjliggör konkurrens mellan vårdproducenter i olika verksamhetsformer.

Kunskapsstyrning

Hälso- och sjukvården skall i största möjliga utsträckning vara kunskapsstyrd. På både beställar- och utförarsidan ska beslutsfattandet baseras på

kunskap och utgå från aktuell evidens inom vårdens olika områden. Styrning med kunskap förutsätter att kvalitets- och utvärderingsinstrument utvecklas inom sjukvårdens alla områden som möjliggör jämförelser mellan olika vårdenheter. Det förutsätter också noggranna uppföljningar av vårdgivarnas verksamhet och att aktuell kunskap får ett snabbt genomslag i verksamheten. Beställarsidan måste ha medicinsk kompetens och de läkare som medverkar måste vara fristående från vårdproducenterna.⁹

Fritt vårdval

Patienten skall ha frihet att själv välja vårdgivare. För val av högspecialiserad sjukvård krävs remiss, men patienten skall alltid ges möjlighet att välja vårdgivare om likvärdig vård erbjuds på flera platser. Ersättningen till vårdgivaren skall alltid följa patienten och vara direkt kopplad till den tjänst som produceras. Ett fritt vårdval ger patient reellt inflytande över vården i den mening att hon eller han kan byta vårdgivare om kvaliteten på tjänsterna brister. Konkurrensen om patienterna stimulerar till kvalitetsförbättringar och verksamhetsutveckling samt etablering av nya verksamheter med de olika profiler som efterfrågas.

Etableringsfrihet

Alla som har nödvändig medicinsk kompetens i sin organisation skall ha frihet att etablera sig som privat vårdgivare och dessutom få konkurrera om ersättning inom ramen för det uppdrag som efterfrågas av beställaren. Etableringsfrihet är en grundförutsättning för konkurrens och skapande av en mångfald vårdgivare inom hälso- och sjukvården.

Öppen verksamhetsredovisning

Information om vårdens verksamhet från vårdenhetsnivå till nationell nivå skall redovisas öppet och lättillgängligt. I verksamhetsredovisning skall ingå kvantitativa uppgifter om vårdens organisation (t ex antal vårdplatser) och vad som görs (antal behandlingar av olika slag), liksom mer kvalitativa mått på det som vården åstadkommer. Sådan information är en rättighet för den enskilde oavsett om man är sjuk eller inte. Den utgör också ett nödvändigt underlag för statsmakternas styrning av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att kvalitetsmåten är enhetliga och presenteras på ett sådant sätt att jämförelser mellan vårdenheter, regioner eller länder blir rättvisande.

3.3 Statlig finansiering av ett nationellt åtagande

Att ge alla invånare lika tillgång till den offentligt finansierade vården är i grunden en nationell angelägenhet. Sveriges invånare bör därför, oberoende av

⁹ Kunskapsstyrd sjukvård – ökat professionellt inflytande, Överläkarsföreningen (numera Sjukhusläkarföreningen), 2002.

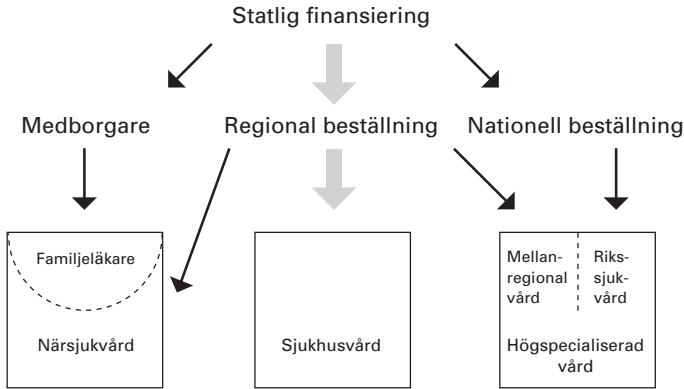
bostadsort, beskattas med en och samma skattesats. Att som idag basera finansieringen av primärvård, sjukhusvård och högspecialiserad vård på lokal skattekraft kräver omfattande finansiella överföringar för att jämna ut skattesatserna mellan olika landsting. Sådana överföringar ger den kommunala självstyrelsen en begränsad innebörd och undergräver landstingens och de förtroendevaldas legitimitet bland medborgarna. Därtill skapas onödiga konflikter mellan rika och fattiga regioner.

Läkarförbundet anser mot denna bakgrund att landstingens finansieringsansvar för vården bör övertas av staten. Detta kan enkelt genomföras genom att dagens landstingsskatt sänks med ca tio kronor per skattekrona och att den statliga inkomstskatten höjs lika mycket. Med en sådan skatteväxling kan det nuvarande inkomstutjämnningssystemet mellan landstingen helt slopas.

Eftersom sjukvård skall erbjudas efter behov och behoven varierar i landet måste staten fördela ut resurserna därefter. För familjeläkarvård överförs de statliga resurserna med fördel direkt till den familjeläkare som individen har valt som sin fasta läkarkontakt. När det gäller övrig öppen specialistsjukvård, sjukhusvård och mellanregional högspecialiserad vård fördelar staten skatteresurserna efter främst befolkningsstorlek, åldersstruktur, vårdbehov och geografiska förhållanden. Beräkningar över sådana strukturella kostnadskillnader finns redan utvecklade och används i dagens kostnadsutjämningsystem.

Mottagare av den statliga finansieringen blir regionala statliga beställarstyrelser. Dessa styrelser har ingen egen sjukvårdsproduktion. Jämfört med dagens landstingssystem skapas därmed en organisatorisk och juridisk åtskillnad mellan beställare och vårdproducent. Denna åtskillnad är en förutsättning för att i framtiden åstadkomma en reell konkurrens och decentralisering av ansvar och beslut inom sjukvårdsproduktionen. Av nedanstående bild framgår principerna för det framtida sjukvårdssystemet. Den nya ledningsstrukturen beskrivs mer ingående i kapitel 4.1.

Finansiering, beställning och struktur



4 Den framtida sjukvårdsstrukturen

I detta kapitel beskrivs den framtida sjukvårdsstruktur som enligt Läkarförbundets uppfattning står i bäst samklang med de principer för finansiering och styrning som presenterats ovan. Först presenteras förbundets förslag till framtida ledningsstruktur. Därefter behandlas familjemedicinen, övrig närsjukvård, sjukhusvården och den högspecialiserade vården. Konsekvenserna för den kliniska forskningen och utbildningen behandlas i kapitel 6.

4.1 En ny ledningsstruktur

En stor del av ansvaret för den framtida sjukvården föreslås vila på statliga regionstyrelser. Dessa styrelser skall ha som huvuduppgift att beställa öppen specialistvård, sjukhusvård och högspecialiserad sjukvård till befolkningen som bor i regionen. Utöver dessa regionala styrelser skall det finnas en styrelse för beställningar av rikssjukvård, dvs. sjukvård som har hela landet som upptagningsområde. Regionstyrelsen skall inte bedriva någon egen sjukvårdsproduktion.

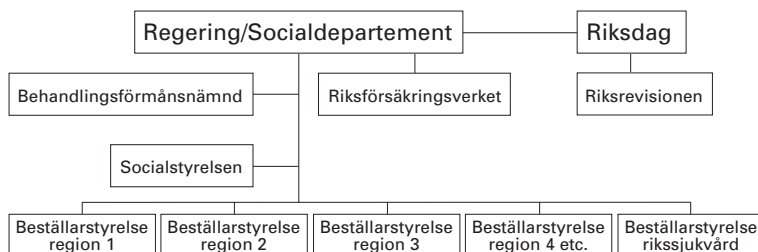
Varje regionstyrelse skall enligt allmänna förvaltningsrättsliga principer vara en självständig myndighet direkt underställd regeringen och Socialdepartementet. De anslag som styrelserna förfogar över för köp av hälso- och sjukvård skall vidare ingå i det statliga budgetsystemet. Detta innebär att regeringen kommer att styra med mål och riktlinjer, via regleringsbrev och regeringsuppdrag,

samt föreslå resurstilldelning, nationella mål och lagändringar inom styrelsernas verksamhetsområde. Riksdagen i sin tur kommer att ta ställning till regeringens förslag. Därutöver har riksdagen insyn i styrelsernas verksamhet med hjälp av Riksrevisionen. I Läkarförbundets förslag är det riksdagens och regionstyrelsernas ansvar att fånga upp medborgarnas syn på vårdens innehåll och utformning.

Undantaget från regionstyrelsernas ansvarsområde är den sjukvård som skall bedrivas av familjeläkarna. Familjemedicinen skall administreras via en nationell reglering där regering och riksdag fastställer förutsättningarna och där ersättningen till familjeläkarna utbetalas av Riksförsäkringsverket.

Eftersom staten inte bedriver någon egen sjukvårdsproduktion utan endast upphandlar vård får vi en klar åtskillnad mellan beställare och utförare. Ett viktigt syfte med detta är att öppna upp för en mångfald vårdproducenter med stort eget ansvar för sjukvårdsproduktionens utformning. Under en övergångstid kommer dock landstingen vara en viktig aktör inom sjukvårdsproduktionen. På sikt kommer det dock att uppstå en konflikt mellan att driva verksamheten på affärsmässiga villkor i konkurrens med privata och ideella vårdföretag och att samtidigt behöva ta hänsyn till den lokala väljaropinionen. Dessutom innehåller kommunallagen ett förbud mot att landstingen säljer vård till försäkringsbolag och privatpersoner vilket skapar en besvärlig konkurrensnackdel gentemot privata vårdföretag. Läkarförbundet tror därför att landstingen kommer att bilda landstingsägda aktiebolag som i ett senare skede säljs. Köpare av dessa bolag kan vara stiftelser, ideella organisationer, personalkooperativ eller privata aktiebolag.

Hälsa- och sjukvårdens ledningsstruktur



Beställarstyrelsernas organisation

Samtliga regionstyrelser liksom styrelsen för beställningar av rikssjukvård skall bestå av ett kansli och en styrelse. Kansliet, som borde kunna begränsas till 20-30 anställda, skall ledas av en regiondirektör. Där skall finnas en blandad kompetens inom främst medicin, juridik och hälsoekonomi. Kansliets huvuduppgift skall vara att ta fram underlag inför styrelsens beslut, men det kommer också att ha en viktig uppgift i att bryta ner mål och uppdrag från regeringen i verksamheten och att följa upp beställningarna liksom verksamheten i stort.

Beslut om beställningar av hälso- och sjukvård skall fattas av styrelsen. Styrelsen skall utses av regeringen för en bestämd tid. Ungefär hälften av ledamöterna bör hämtas från riksdagen. Övriga ledamöter bör ha professionell kompetens inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Regionstyrelsernas kanslier skall ligga i den region där de har uppdraget att upphandla hälso- och sjukvård. Styrelsen för beställningar av rikssjukvård kan i princip vara belägen var som helst i landet.

Socialstyrelsens roll

Socialstyrelsen kommer även i framtiden ha ett tydligt uppföljnings- och tillsynsansvar. Uppföljningsansvaret kommer att omfatta hur väl de nationella målen för hälso- och sjukvården uppfylls i olika delar av landet, hur lagstiftning följs och hur reformer genomförs. Vidare kommer Socialstyrelsen genom tillsyn precis som idag bevaka patientsäkerhetsfrågor och kvaliteten i den sjukvård som vårdproducenterna tillhandahåller. Även behörighetsfrågor, specialitetsindelningen och kvaliteten i vidareutbildningen av läkare vilar på Socialstyrelsen i samarbete med de professionella organisationerna.

En förändring jämfört med idag blir att Socialstyrelsen får till uppgift att identifiera den vård som har hela riket som upptagningsområde och som skall beställas av styrelsen för högspecialiserad vård. Vidare kommer Socialstyrelsen att utgöra ett stöd till regeringskansliet när det gäller att formulera nationella kvalitetsmål för den svenska hälso- och sjukvården.

Behandlingsförmånsnämnd

Hälso- och sjukvårdens resurser kommer alltid att vara ändliga. Det är viktigt att resurserna först och främst används till åtgärder som är prioriterade och kostnadseffektiva. Sannolikt är det så att vissa behandlingsområden eller enskilda terapier bör lyftas ur det offentligt finansierade vårdutbudet eftersom de är lågt prioriterade eller saknar effekt men ändå är dyra.

Beslut om vad som skall eller inte skall subventioneras måste tas på nationell nivå för att likställighetsprincipen i vården skall säkras. Med undantag för den

nyligen inrättade Läkemedelsförmånsnämnden finns emellertid ingen aktör som i dag både bedömer medicinska behandlingsmetoder ur ett etiskt och hälsoekonomiskt perspektiv och tar ställning till om de skall subventioneras eller inte. Av detta skäl bör det inrättas en central nämnd med uppgift att pröva vilka behandlingar och behandlingsmetoder som skall subventioneras. Till att börja med kommer det främst att handla om att avveckla en del behandlingar och metoder ur det offentliga åtagandet. Nämnden skall också ta ställning till riktlinjer och vårdprogram. Allt detta måste ske i organiserad dialog med professionen, patientföreningar och representativa grupper ur befolkningen. Den patient som vill ha en annan evidensbaserad behandling utanför vårdprogrammet bör kunna få det, men hon eller han får i så fall också stå för merkostnaden. En liknande princip har redan genomförts på läkemedelsområdet där patienten ges möjlighet att välja dyrbarare preparat under förutsättning att mellanskillnaden betalas ur egen ficka. Nämnden bör också lämna regeringen förslag till förändringar i patientavgiftssystemet.

Behandlingsförmånsnämnden bör liksom regionstyrelserna vara en självständig myndighet under Socialdepartementet. Läkemedelsförmånsnämnden bör inkorporeras i myndighetens verksamhet. Detta gäller även de delar av Socialstyrelsen som arbetar med att ta fram riktlinjer inom olika terapiområden. SBU:s och andras arbete med evidensgranskningar kommer därutöver att utgöra värdefulla underlag för nämndens beslutsfattande.

4.2 Nationellt familjeläkarsystem

Basen i den framtida sjukvårdsstrukturen skall utgöras av ett nationellt familjeläkarsystem. Alla invånare skall ges möjlighet att välja sin egen familjeläkare med specialistkompetens i allmänmedicin. De vårdtjänster som en familjeläkare är skyldig att tillhandahålla regleras i ett nationellt grunduppdrag och i regionala tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden. I det nationella grunduppdraget ingår rådgivning, undersökning, bedömning, behandling och uppföljning av listade personer. Genom en långsiktig relation mellan familjeläkaren och vårdtagaren kan en unik kunskap byggas upp som sträcker sig utöver rent medicinska förhållanden. En nära samverkan med andra yrkesgrupper, såsom distriktssköterskor, psykologer, sjukgymnaster och arbetsterapeuter, underlättas om familjeläkarna arbetar i gruppomtagningar.

Familjeläkare har också en viktig roll som samordnare och rådgivare åt de patienter som behöver behandling av annan specialist. Familjeläkarens ansvar omfattar även läkarinsatser för listade individer i särskilda boenden eller i hemsjukvården. Antalet personer på listan får vara högst 1 500. Utgångspunkten är att hela befolkningen skall ha tillgång till en fast läkarkontakt

vilket innebär att systemet behöver förstärkas med ca 2000 allmänläkare jämfört med idag.

Läkare med specialistkompetens i allmänmedicin skall ha möjlighet att etablera sig som familjeläkare inom ramen för det nationella ersättningsystemet. Härmed uppnås konkurrens om listade patienter. En konkurrens som stimulerar familjeläkaren till att finna nya lösningar och att anpassa sin verksamhet efter medborgarnas önskemål och behov. För att stimulera både en god tillgänglighet, hög kvalitet och en adekvat remittering krävs både kapitering och prestationsersättning. För särskilda uppdrag utanför kontraktet, t. ex. handledning av personal i särskilda boenden, utgår särskild ersättning¹⁰.

Både den svenska husläkarreformen år 1994 och de norska erfarenheterna av att införa ett nationellt ”fastlegesystem” år 2001 visar att klara och konkurrensneutrala ersättningsregler kombinerat med valfrihet för medborgarna lockar många nya allmänmedicinare att vilja etablera sig som familjeläkare. I Norge, som sedan lång tid haft stor brist på distriktsläkare, kunde man konstatera att den tidigare närmast permanenta läkarbristen sjönk från ca 800 till ca 80 på bara ett år. Ett nationellt familjeläkarsystem bör således kunna bidra till målet om fler familjeläkare i vården.

Genom listningsförfarandet riskeras inte heller överetableringar. När behovet av familjemedicinare är mättat i ett område kan inga fler läkare försörja sig på verksamheten eftersom antalet invånare utgör den yttre gränsen.

4.3 Närsjukvård

Sveriges invånare skall ha snabb och effektiv vård när de blir sjuka. En reell satsning på fler familjeläkare men också en ökad andel öppenvårdsspecialister krävs för att befolkningen skall få en lättgänglig och samtidigt kompetent vård i framtiden. Vi kallar detta för en satsning på närsjukvård. I närsjukvården ingår också dagens kommunalt finansierade vård.

Närsjukvården kommer främst att bedrivas vid öppenvårdsmottagningar, sjukhem, närsjukhus, särskilda boenden eller i hemmet. Beroende på lokala förhållanden, såsom befolkningstäthet, befolkningssammansättning och befintlig infrastruktur, kommer närsjukvården att se olika ut. Närsjukvården skall ses som ett funktionellt nätverk snarare än en organisatoriskt sammanhållen enhet.

Vanliga medicinska specialiteter i närsjukvården är internmedicin, geriatrik, psykiatri, pediatrik, gynekologi och företagshälsovård. De flesta patienter på

¹⁰ Ett nationellt familjeläkarsystem, PROTOS-gruppen, Svenska Distriktsläkarförbundet 2003.

dagens akutmottagningar kan med fördel tas om hand i ett samspel mellan internmedicinare och familjeläkare utan att patienten behöver skickas vidare till fullt utrustade akutsjukhus. Andra viktiga kompetenser som också hör hemma i närsjukvården är bl a sjukgymnaster, arbetsterapeuter, distriktsköterskor och psykologer.

Den öppna och sjukhusanknutna specialistsjukvården utformar sin verksamhet så att den stödjer familjeläkarens insatser för de vanligaste sjukdomarna. Under kommande år lär exempelvis familjeläkarnas samverkan med geriatrisk kompetens bli allt viktigare. Generellt gäller att den övriga öppna specialistvården kommer att få en växande betydelse i den svenska sjukvården. En stor del av specialistbesöken i öppen vård kommer dock även i fortsättningen att göras på sjukhusen för att på effektivast möjliga sätt utnyttja de specialister som behövs för slutenvård och jourverksamhet.

Familjeläkaren i nära samverkan med geriatriner har en nyckelroll som samordnare av det medicinska stödet i kommunernas äldreomsorg och särskilda boenden. Dessa måste därför alltid involveras i de kommunala omsorgernas vårdplanering och vara tillgängliga för stöd och utbildning av omsorgspersonalen. Varje enhet för särskilt boende måste ha en läkare med särskilt ansvar för handledning och samordning av de medicinska insatserna¹¹. Detta hindrar inte att de boende kan ha kvar sin familjeläkare.

I dag är läkarmedverkan i särskilda boenden och i hemmet för liten. I framtidens sjukvård måste beställarstyrelserna lägga in dessa behov i beställningarna av närsjukvård. Utvecklingen visar att dagens frivilliga avtal mellan kommuner och landsting har varit otillräckligt för att säkerställa behovet av läkarmedverkan.

Statlig beställning och upphandling

En satsning på den öppna närsjukvården och kommunernas äldreomsorg kommer att avlasta dagens sjukhus och tillgodose medborgarnas behov av tillgänglig och högkvalitativ vård nära hemmet¹². Närsjukvården, dock ej dagens kommunala vård, upphandlas av den statliga regionala beställarorganisationen. I upphandlingsarbetet skall en mångfald av vårdgivare eftersträvas. Etableringsmöjligheterna för mindre grupp-mottagningar och enskilda producenter skall underlättas. Avtalen skall vara tydliga och så långa att producenterna vågar investera i verksamheten. En kvalificerad upphandling och kvalitetsuppföljning kräver att beställarkompetensen höjs jämfört med idag. I uppdragsbeskrivningarna skall vårdens inriktning, innehåll, olika volymtal,

¹¹ Ökad läkarmedverkan i äldreomsorgen, Sveriges läkarförbund, 2001

¹² Framtidens öppenvård, Svenska Privatläkarföreningen, 2002.

kvalitet och kvalitetsuppföljning anges. Volymtalen bör, för de diagnoser där det är möjligt, vara kopplade till en prestationsbaserad ersättning. Samma ersättning efter prestation bör utgå oberoende av vårdproducent.

Genom att vården till större delen ersätts efter prestation kan vi förvänta oss att sjukvårdsproduktionen kommer öka. Vårdkvaliteten säkras genom att alla beställningar förenas med kvalitetskrav som följs upp. Med prestationsbaserade ersättningar som följer patienten främjas en god samverkan i vårdkedjan. Ersättningsformen passar också in i ett system med fritt vårdval för patienterna.

4.4 Sjukhusvården

För akuta tillstånd och för specialiserad elektiv vård behövs fullt utrustade sjukhus. Vi kallar denna vårdnivå sjukhusvård. I Sverige finns idag ca 70 sjukhus med kapacitet att klara så gott som alla typer av akuta tillstånd. Sjukhusvården har också ett stort ansvar för att stödja närsjukvården avseende konsultationer i bedömningar av såväl akuta som elektiva fall. Ett tydligt ansvar är vidare att bedriva medicinsk utbildning, forskning och metodutveckling.

Den akuta sjukhusvården och den elektiva vården skall beställas och styras av samma statliga regionala beställare som upphandlar medborgarnas närsjukvård. I vårdavtalen skall – på samma sätt som för närsjukvården – vårdens inriktning, innehåll, olika volymtal och kvalitet anges. Volymtalen bör vara kopplade till prestationsbaserad ersättning. Ett sådant ersättningssystem sporrar till ökad vårdproduktion och ökar möjligheten till ett fritt vårdval för patienterna. För en del verksamheter bör dock inte all ersättning kopplas till utförda prestationer. Exempel på detta är forskning, ambulanssjukvård och sjukhusens akutmottagningar där inslaget av fast beredskap är hög. För sådan verksamhet behöver prestationsersättningssystem ofta kombineras med fast ersättning.

Patienter skall ha rätt att själv välja vårdproducent inom eller utanför den egna regionen. Det sistnämnda innebär att de statliga beställarstyrelserna behöver sluta mellanregionala avtal om vilka ersättningar som skall betalas till den vårdgivande regionen. Den enskilde vårdproducenten bör, oberoende av dessa mellanregionala avtal, alltid få ersättning enligt ingånget vårdavtal.

Kriterier för beställning av sjukhusvård

I vissa regioner kommer sjukhusen att ligga ganska tätt medan de på andra håll i landet kommer att ligga glest. Detta hänger främst samman med att patientunderlaget måste vara av en viss storlek för att möjliggöra god patientsäkerhet och medicinsk kompetens. Mängden resurser som binds i den akuta vårdens befintliga jourlinjer och sjukhus skall också avvägas mot andra prio-

riterade vårdbehov. Därtill sker hela tiden en medicinskteknisk utveckling som förändrar förutsättningarna för sjukhusvården. Exempel på detta är de förbättrade möjligheterna att ta hand om svårt sjuka patienter under färd till akutsjukhus och möjligheterna att använda tele-medicinska hjälpmedel för diagnostik och behandling. Vid beställning av akutsjukhus måste regionstyrelserna även väga in arbetsmiljökonsekvenserna av jour- och nattarbete för vårdens medarbetare. Bedömningen är att det i dagsläget krävs en rörelse mot färre enheter för att uppnå en effektiv resursfördelning mellan sjukhusvård och öppen vård och samtidigt en bättre arbetsmiljö med minskat arbete på akuttid.

Parallellt med ovannämnda strukturomvandling kommer behovet av vårdplatser för en åldrande befolkning att öka. En stor del av dessa platser måste skapas inom den framtida närsjukvården. Det kommer också komma att krävas fler vårdplatser inom sjukhusvården.

4.5 Den högspecialiserade vården

Vård som har hela landet som upptagningsområde kallar vi högspecialiserad rikssjukvård. Socialstyrelsen kommer att ha ansvar för att identifiera de specialiteter, kunskapsområden och diagnoser som ingår i rikssjukvården¹³. Viktiga kriterier för vad som är rikssjukvård är att den antingen kräver betydande och långsiktiga investeringar i forskning, kompetens och kapital eller gäller behandling av sällsynta sjukdomar. Socialstyrelsens bedömningar måste grunda sig på behov av volymer för att få uppnå hög patientsäkerhet, god kvalitet i övrigt och låga behandlingskostnader. Dessa bedömningarna måste göras i nära samråd med medicinsk expertis inom olika specialiteter.

Upphandlingen av rikssjukvård hanteras som tidigare nämnts av en särskild beställarstyrelse. I de flesta fall kommer dessa beställningar att riktas till våra nuvarande universitetssjukhus. Rikssjukvård bör alltid upphandlas från minst två vårdgivare för att stimulera kvalitetsutveckling och möjliggöra kvalitets- och kostnadsjämförelser samt valfrihet för patienterna. Om det inte finns två vårdgivare inom landet måste upphandling även ske utomlands. För att värdera de olika alternativens medicinska kvalitet, metoder och potentiella patientunderlag krävs god kännedom om medicinska vårdbehov och aktuell kunskapsutveckling inom berörda områden. Vårdavtalen bör reglera ersättningen per utförd prestation.

Utöver rikssjukvården kommer det alltid att finnas högspecialiserad regionvård med två eller tre regioner som upptagningsområde. För denna vård skall de

¹³ Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag, Departements skrivelse 2003:56, Socialdepartementet.

regionala beställarstyrelserna ansvara. Antingen kan dessa beställningar ske direkt hos vårdproducent i annan region eller också ingås särskilda avtal mellan de regionala beställarstyrelserna där det överenskommes vilka producenter som skall ha ansvaret för vården och vilka ersättningar som de kringliggande regionerna skall betala per behandling.

Högspecialiserad sjukvård kommer att erbjudas patienterna efter remiss. Patienterna skall alltid tillfrågas var i landet han eller hon vill att behandlingen skall utföras. Ersättningen till vårdproducenten skall följa patienten och vara direkt kopplad till den tjänst som produceras. Genom att ge patienterna frihet att välja skapas en viss konkurrens mellan producenterna av högspecialiserad vård.

Högspecialiserad vård över gränserna

En allmän bedömning är att den medicinska utvecklingen leder till allt fler behandlingsmöjligheter med alltmer avancerade diagnos- och behandlingsmetoder. Svenska patienter kommer i ökande utsträckning att ställa krav på att få tillgång till dessa teknologier och de kommer i ökad utsträckning att skaffa sig information om de senaste medicinska metoderna. Eventuella fördröjningar med att införa dessa i Sverige kommer att uppmärksammas.

Många nya behandlingsmöjligheter är extremt dyra och kräver ett mycket stort upptagningsområde för att kunna mobilisera tillräckligt med ekonomiska resurser. Med ett europeiskt upptagningsområde blir dock samordningsvinsterna ofta så stora att vårdkostnaderna kan rymmas i de nationella budgeterna. För den högspecialiserade vården finns således en klar potential för gränsöverskridande vård både ur ett patient- och sjukvårdsekonomiskt perspektiv. Liksom för högspecialiserad vård inom landet kommer det naturligtvis fordras remiss. I detta sammanhang måste man också beakta den praxis som håller på att utvecklas med anledning av förordning (EEG) nr 1408/71. Den innebär något förenklat att patienten har rätt att själv söka och få ersättning för vård i annat EU-land, om den är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet men ändå inte kan erbjudas i hemlandet eller om patienten har fått vänta längre på sin behandling än vad som är rimligt. Med denna praxis införs således ett delvis fritt vårdval på EU-nivå.

5 Forskning och utbildning

Forskning och utbildning berörs självklart av ett förändrat sjukvårdssystem. I detta program tas enbart de aspekter upp på klinisk patientnära forskning och läkarutbildning som direkt påverkas av en ny finansiering, styrning och/eller av nya driftsformer. I mångt och mycket är det en anpassning av förbundets rådande politik till de nya ramar som föreslås i dessa program^{14,15,16}. I avsnittet behandlas inte medicinsk grundforskning och grundutbildning för andra yrkesgrupper.

5.1 Klinisk forskning

Precis som idag kommer den kliniska forskningen i framtidens sjukvårdssystem att bygga på ett samspel mellan universitet och sjukvårdens vårdproducenter. Intresset och ansvaret för den kliniska forskningen kommer precis som idag vara delat mellan dessa två ”huvudmän”. Fakulteterna kommer på ett oförändrat sätt drivas av ett långsiktigt intresse av att upprätthålla den inomvetenskapliga kunskapsutvecklingen och att förbättra läkarutbildningen. Om en förändring kommer att ske kommer det snarare att vara bland sjukvårdens beställare och producenter. Med den ökade konkurrensen mellan vårdproducenterna tror vi att kravet på att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete kommer att öka. Beställarna måste också – som framgår nedan – bidra till en sådan utveckling genom att satsa särskilda resurser.

Dagens finansieringsmodell där utbildningsdepartementet och sjukvårdshuvudmannen står för en stor del av den offentliga forskningsfinansieringen bör finnas kvar i det framtida sjukvårdssystemet. Universitetens samarbetspart kommer däremot inte – som i dagens ALF-avtal – längre vara landstingen. Kopplingen till ett specifikt landsting kommer att ersättas av en större frihet för fakulteten att samarbeta med dem som är bäst lämpade för ett forsknings-samarbete. I praktiken kommer det främst att handla om att fakulteterna skriver avtal med våra stora universitetssjukhus. Detta ger en tydlig roll för fakulteten och ämnesföreträdaren att initiera och i samverkan med sjukvårdsproducenterna driva den kliniska forskningen.

Den del av forskningen som i dag finansieras via sjukvårdshuvudmännen måste även i fram-tiden finnas kvar. Denna forskning ligger i gränslandet mellan ”ren” forskning och utveckling och betecknas ofta FoU. Den kan ofta jämföras med den forskning och (produkt-) utveckling som tillverkningsin-

¹⁴ Den medicinska forskningens villkor, Sveriges läkarförbund, 1998.

¹⁵ Åtgärder för forskningens villkor, Sveriges läkarförbund, 2000

¹⁶ Medicinsk forskning utanför universitetssjukhusen, Sveriges läkarförbund, 2003.

dustrin bedriver. Resurserna för denna FoU-verksamhet kommer i det nya systemet att kanaliseras via de statliga beställarstyrelserna på samma sätt som övriga resurser till sjukvården. Socialdepartementet kommer att ansvara för tilldelning av dessa öronmärkta FoU-resurser till sjukvårdens beställarorganisationer. Vid fördelningen av dessa måste regional hänsyn tas. Beställarorganisationerna i sin tur fördelar FoU-resurserna till sjukvårdsproducenterna, fortfarande öronmärkta och med krav på uppföljning och redovisning. Principen vid fördelningen till producenterna bör både bygga på graden av forskningsaktivitet och till en del vara konkurrensutsatt. Vidare bör en del fördelas som bastid för FoU relaterad till sjukvårdsproduktionens omfattning. För varje sjukvårdsproducent måste det finnas ett resursutrymme för FoU.

5.2 Grundutbildning

Den del av grundutbildningen som berörs är de praktiska momenten, allt från tidiga primärvårdspliceringar och sjukhusplaceringar av olika slag till de mer omfattande medicin- och kirurgiblocken. Fakulteten skriver avtal med sjukvårdsproducenter och betalar den praktiska utbildningen med den del av ALF-medlen som är avsedda för grundutbildning. För att inte avtalskrivandet och förhandlingar skall bli allt för omfattande då studenterna placeras hos flera olika vårdproducenter bör en förenklad men kvalitetssäkrad hantering eftersträvas. En förutbestämd prislapp som beror på vilken typ av vård studenten skall praktisera i bör kombineras med ett enkelt avtalsförfarande.

5.3 Vidareutbildning

Läkares vidareutbildning är ett ansvar för sjukvårdsproducenterna. De skall tillse att de får en fullgod kompetensförsörjning som motsvarar det framtida behovet av specialister. Resurser för att kunna bedriva en god vidareutbildning, både allmäntjänstgöring (AT) och specialiseringstjänstgöring (ST), skall finnas med i vårdproducenternas budget och ligga till grund för prisförhandlingarna med beställarstyrelserna.

Erfarenheterna visar att det framförallt är utbildningstjänsterna som dras in när vården skall spara pengar. Detta slår lätt tillbaka i form av brist på specialistkompetenta läkare några år senare. För att kunna ta ansvar för en mer balanserad läkarförsörjning i framtiden behöver regionstyrelserna god överblick vad som sker i övriga delar av landet. Socialstyrelsen kommer därför ha till uppgift att bistå med ett nationellt planeringsunderlag. Utifrån detta underlag kan regionstyrelserna stimulera läkarförsörjningen inom bristspecialiteter genom att erbjuda särskilda utbildningsbidrag till de producenter som inrättar sådana ST-tjänster.

Inom flera specialiteter måste sannolikt det öronmärkta bidraget vara relativt högt eftersom ST-tjänsterna visat sig vara mycket konjunktur känsliga. Det är viktigt att systemet utformas så att konkurrensen om ST-läkarna hålls uppe och att det lönar sig för vårdproducenterna att erbjuda en god ST-utbildning.

AT kan bedrivas antingen hos en enskild producent eller hos flera. Bedrivs utbildningen hos flera fristående producenter behöver ett samverkansavtal slutas. Vilken form som väljs är delvis beroende på om en enskild sjukvårdproducent kan erbjuda samtliga de moment som ingår i AT eller ej.

5.4 Fortbildning

Synen på medarbetarnas behov av fortbildning kommer att förändras i det framtida sjukvårdssystemet. Den ökade konkurrensen mellan vårdproducenterna gör att regelbundna medarbetarsamtal och individuella fortbildningsplaner med uppföljning blir nödvändiga utvecklingsinstrument för verksamheten. Verksamhetens mål och behov kommer i ökad utsträckning vara styrande för inriktningen på medarbetarnas fortbildning. Arbetsgivarna kommer samtidigt att ta ett ökat ansvar och avsätta ekonomiska resurser och tid för detta. Härigenom kommer industrins del i finansieringen av fortbildningen att minska. Som led i beställarnas krav på god och säker vård med hög kvalitet kommer krav att ställas på att fortbildningen dokumenteras och kan redovisas av verksamheten. De vårdproducenter som inte lever upp till rimliga krav kommer få svårare att få uppdrag. Vidare kommer krav att ställas på att alla externa utbildningsaktiviteter är kvalitetsgranskade på ett öppet och accepterat sätt såsom idag sker genom IPULS: s (Institutet för professionell utveckling av läkare i Sverige) försorg.

5.5 Arbetsliv, patientbemötande och verksamhetsutveckling

Det föreslagna sjukvårdssystemet kommer att få stor betydelse för medarbetarnas arbetsförhållanden, patientbemötandet och framväxten av nya och bättre behandlingsmetoder.

Läkarförbundets modell bygger på upphandlingskonkurrens med beställare och utförare som två skilda juridiska personer. Vårdgivarna tvingas konkurrera om vårdavtalen men också om patienterna. En sannolik effekt är att det uppstår en mångfald av vårdgivare med olika verksamhetsinriktning. För vårdens medarbetare innebär detta en mer väl fungerande arbetsmarknad, med stora möjligheter att söka sig till den vårdgivare vars profil och inriktning skapar motivation och tillfredsställelse. Med fler potentiella arbetsgivare får medarbetaren även styrka att ställa krav på den fysiska och organisatoriska arbetsmiljön, ledarskapet, arbetstider, fortbildning samt delaktighet och inflytande i

verksamheten. Arbetsförhållandena främjas vidare av den tydliga rågången mellan beställare och utförare i sjukvårdsstrukturen. Med en självständig utförarroll kan medarbetarna koncentrera sig på det viktigaste, nämligen att inom ramen för uppdraget bedriva en effektiv sjukvård med hög patientsäkerhet och god kvalitet.

Som beskrivits tidigare kommer patienten att ha långtgående möjligheter att välja vårdgivare i den nya sjukvårdsstrukturen. Denna valfrihet innebär för patientens del en källa till verkligt inflytande över sin egen behandling, eftersom hon eller han vid missnöje enkelt kan välja en annan vårdgivare. För att behålla patienter kommer vårdgivare att tvingas utveckla det professionella bemötandet och satsa betydande resurser på information, stöd och rådgivning kring olika behandlingsalternativ.

Konkurrensen om patienterna och kontrakten kommer vidare att stimulera vårdgivare till att utveckla verksamheten och göra ständiga kvalitetsförbättringar. De vårdgivare som inte satsar ordentligt på att rekrytera kompetenta medarbetare och deras fortbildning, integrera nya och bättre behandlingsmetoder, uppnå goda behandlingsresultat med hög säkerhet och redovisa tydliga och jämförbara resultat, kommer att få svårt att få sina kontrakt förlängda och behålla sina patienter. Resultatet blir en effektivitets- och kvalitetshöjning inom hela vårdsektorn.

Sammanfattande schema

	Högspecialiserad vård	Sjukhusvård	Öppen specialistvård	Familjemedicin
Finansiär	STATEN			
Beställning/ uppföljning	Statlig beställarnämnd	Regional beställarnämnd	Regional beställarnämnd	Nationellt reglerat uppdrag
Tillsyn	SOCIALSTYRELSEN			
Utförare	Landsting, privata producenter, stiftelser och kooperativ			
Betalnings- system	Avtal DRG	Avtal DRG	Regional taxa med kostnadsram Avtal DRG	Nationell kapitering + taxa



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

Besöksadress: Villagatan 5

Postadress: Box 5610 114 86 Stockholm

Tel vxl: 08-790 33 00 Fax: 08-20 57 18

www.lakarforbundet.se info@slf.se