



2023-11-10

Till Socialdepartementet
s.remissvar@regeringskansliet.se
louise.a.andersson@regeringskansliet.se

Remissvar: Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Diarienummer S2023/02208)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet.

SLS har i beredningen av rubricerad remiss fått in svar från SLS medlemsföreningar *Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (sektionen Privata Dermatologers Förening i Sverige)*, *Svensk Förening för Allmänmedicin*, *Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa*, *Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård*, *Svensk Förening för Medicinsk Informatik*, *Svensk Medicinsk Audiologisk Förening* och *Svensk Reumatologisk Förening* samt *SLS delegation för utbildning*. Då dessa yttranden innehåller värdefulla synpunkter, inte minst specialiteternas perspektiv, bifogas de. Därtill har ett svar inkommit från *Sveriges Privata Ögonläkarförening* som också bifogas.

Allmänt om promemorian

Promemorians syfte; ”att utreda och ge förslag på hur småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet kan **anslutas** till offentligt finansierad öppen vård på ett sätt som skapar **långsiktighet och bättre förutsättningar för tillgång till en jämlik vård i hela landet**” är vällovligt. Det konstaterar Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa (SFSF) i sitt svar. Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM) skriver i sitt svar ”att de förslag som framförs i promemorian inte på något avgörande sätt kommer att förbättra tillgången till hälso- och sjukvård i hela landet”. SFSF lyfter fram vikten av tillgänglig stark primärvård som har möjlighet att bära även sitt primärpreventiva uppdrag och SFAM lyfter fram andra faktorer som skulle kunna främja etablering av små primärvårdsenheter i glesbygd.

De två medlemsföreningar i SLS som tydligast står för det medicinska generalistperspektivet (SFSF och SFAM) i svensk hälso- och sjukvård, anser alltså att promemorians förslag inte kommer att leda till att reella problem med växande hälso-gap kommer att lösas. I framtidens hälso- och sjukvårdssystem i Sverige, är primärvården navet. Det är vad omställningen till nära vård handlar om och skälet till det är att en stark och jämlikt tillgänglig primärvård byggd på en infrastruktur för personcentrerat arbete med fasta kontakter är den lösning som säkrast leder till minskade hälso-gap. Starkt primärvård är därför en **prioriterad fråga i SLS**.

SLS ser att promemorian inte gör skillnad på primärvård och annan öppenvård i sina förslag. Det skulle kunnat ha varit klagande i sammanhanget. **SLS anser att** för att minska hälsogapet behövs i första hand tillgång till stark primärvård jämnt fördelad till alla invånare, inte minst i glesbygd. Ju högre nivå av specialisering desto rimligare blir det med geografisk centralisering. Är målet ett hållbart välfärdssystem som levererar förutsättningar för jämlik hälsa bör det vara aktörer som vill leverera primärvård hos fasta kontakter med hög generalistkompetens, som i första hand etableras i

glesbygd. För ”sällanvård” eller sällsynta sjukdomar är det rimligt med längre geografiska avstånd. Detta påpekar *svensk reumatologisk förening* i sitt svar och poängterar att centralisering av reumatologin är viktigt för att hålla hög kvalitet, effektivitet och kompetens. *Svensk audiologisk förening* pekar på vikten av att aktörer som etablerar sig i glesbygd ska ha basal kunskap om att bedöma hörsel. Det är en naturlig uppgift på en vårdcentral, men ansvaret kan rimligen inte läggas på en gynekologisk mottagning eller på en ögonmottagning som utgör en annan sorts öppen vård än primärvård.

Sammanfattningsvis ser SLS att det som kan leda till ett mer *sammanhängande, hållbart och jämlikt tillgängligt välfärdsystem är offentligt finansierad, stark och välbemannad primärvård*. Vad som behövs i glesbygd är därmed främst välfungerande och välbemannade primärvårdsaktörer (oavsett driftsform) som erbjuder fasta kontakter och är väl integrerade med övrig vård och omsorg i så väl lokalsamhället som med den specialiserade och den högspecialiserade vården.

En fråga som SLS inte finner svar på i promemorian är hur stor andel av de små aktörer som i dag arbetar enligt LOL, som har verksamheter (med tanke på obligatoriskt vårdval för primärvård) som kan bidra med att jämlikt stärka tillgången till just primärvård i glesbygd.

SLS vill poängtera att det är mycket viktigt att den resurs som LOL-aktörer utgör, tas tillvara i det offentliga systemet, om taxan skulle upphöra enligt promemorians förslag. I bifogade svar från *Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (sektionen Privata Dermatologers Förening i Sverige)* som har medlemmar som arbetar på taxan framkommer att de vill se andra lösningar än de som föreslås i promemorian, för att kunna fortsätta vara ett viktigt inslag i svensk sjukvård. Därtill har SLS fått ett svar från Sveriges Privata Ögonläkarförening.

Med detta sagt vill vi framföra följande synpunkter på promemorians förslag.

- **SLS kommenterar** i huvudsak bedömningarna i avsnitt 5.3 som innehåller flera viktiga delar för en god vård. Vi vill dock vara tydliga med att flera av föreningarna som har skickat in svar till SLS har synpunkter på förslagen om etablering (5.1, 5.2) och även taxans upphörande (5.4).
- SLS utbildningsdelegation anser att en mindre hälso- och sjukvårdsverksamhet som ansluts till offentligt finansierad öppen vård bör ha en skyldighet att delta i samverkan och aktivt bidra till vårdpersonals utbildning och fortbildning, och anser att denna skyldighet bör ingå i förutsättningar för statsbidrag om förslaget om ett statsbidrag (5.2) skulle genomföras. (Se bilagor)
- Några föreningar lyfter i sina svar (se bilagor) fram frågor som saknas i promemorian; bl a informatik, interoperabilitet samt det akuta perspektivet.

5.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster

- *SLS avstår från att kommentera* promemorian i denna del.

5.2 Vårdgivare som etablerar sig i glest befolkade områden ska ha möjlighet att ansöka om statsbidrag

- **SLS delar utgångspunkten om vård på lika villkor**, men avstår från att närmare kommentera promemorians förslag om statsbidrag med följande undantag;
- **SLS har något förvånande noterat** att statsbidraget enbart föreslås gå till privata vårdgivare och att helt privata aktörer utan offentlig finansiering också skulle kunna inkluderas. Här vore det önskvärt med en grundligare konsekvensanalys med avstamp i jämlik hälsa, vård efter behov och på lika villkor samt hållbar resursanvändning. Regionerna står med sista-handsansvaret i glesbygd om en privat aktör väljer att stänga. **SLS anser** att statsbidrag riktade mot glesbygd bör riktas till både privata och offentliga primärvårdsaktörer, medan helt privata aktörer utan offentlig finansiering bör undantas.

5.3 Det behövs fler åtgärder för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet, i synnerhet i glest befolkade områden

Ersättningssystemens effekter bör utvärderas av en statlig myndighet

- **SLS delar utredningens bedömning** att regeringen bör ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över principerna för de olika ersättningssystemen samt ta fram nationella rekommendationer på området.
- **SLS anser** att styrsystem ska stödja de professionella och legala principerna om vård på lika villkor. Prioriteringar ska göras utifrån medicinsk bedömning och de med störst behov ska gå först. Styrningen i hälso- och sjukvården bör utgå från professionerna. Den ska botten i patientmötet, bygga på tillit till professionerna och stödja medicinska prioriteringar. Styrningen ska utgå från det professionella ansvarstagandet och stimulera innovation och kunskapsutveckling. Lagstiftaren ska därför avstå från detaljreglering och istället ange ramarna och målen. Det gäller även ersättningssystemen.

Professionsbaserat kvalitets- och utvecklingsarbete är det som i grunden ska säkerställa att hälso- och sjukvården lever upp till en säker och jämlik vård som prioriteras utifrån medicinska behov. **SLS anser** att dagens externa kvalitetsgranskning behöver kompletteras med ett system för kvalitetsutveckling genom oberoende och professionsdriven revision. **SLS har tagit fram en modell för professionsbaserad kvalitetsrevision** den s.k. Hippokratesrevisionen.

De ekonomiska ersättningssystemen bör vara generella och stödja medicinska prioriteringar. För primärvårdens del ska tillgänglighet och kontinuitet till hög generalistkompetens inkludera det preventiva uppdraget beaktas särskilt.

Ersättningssystem ska ge utrymme för kompetensutveckling, handledning inklusive formativ kompetensvärdering och forskning. Ersättningssystemen ska vara tydliga och enkla att administrera med så få redovisningskrav som möjligt. Det är angeläget att ersättningssystem speglar befolkningens vårdbehov samt socioekonomiska förutsättningar och premierar hälsobefrämjande vårdinsatser.

Det är viktigt att det är balans mellan uppdrag och resurser, dvs. att uppdraget resurssetts så att det kan fullföljas i praktiken.

Ökad statlig styrning bör övervägas inom ett antal för kompetensförsörjningen centrala områden

- **SLS är positivt** till bedömningen att en statlig myndighet ges ett permanent uppdrag att bidra med kunskapsstöd om, och följa upp, kompetensförsörjningen inom hälso-och sjukvården med särskilt fokus på omställningen mot god och nära vård samt förhållanden i glest befolkade områden. Därtill ser SLS att särskilt fokus bör riktas mot områden med socioekonomiska utmaningar.
- **SLS delar bedömningen** om ökad statlig styrning inom en rad för kompetensförsörjningen centrala områden. **SLS har** i tidigare remissvar varit positivt till att staten tar ett större ansvar för kompetensförsörjningen under en övergångsperiod och tillstyrkt en statlig finansiering av ST i allmänmedicin, något SLS har framhållit i flera sammanhang efter det. Därtill är det viktigt med tillräckligt med handledare och vårdcentraler som fungerar väl ur ett utbildningsperspektiv (se SLS remissvar på God och Nära vård - En primärvårdsreform, SOU 2018:39). Det behövs en rad åtgärder för att göra allmänmedicin till ett *attraktivt karriärval*. Det handlar om tillräckligt många specialister i allmänmedicin (Socialstyrelsens riktvärde på 1/1100 gällande fast läkarkontakt) och även om att skapa utvecklingsmöjligheter och förutsättningar för fortbildning samt för att bedriva forskning och utvecklingsarbete.
- **SLS vill framhålla** vikten av en *fortbildning* som fungerar. I promemorian hänvisas till rekommendationer från Nationella Vårdkompetensrådet om att regeringen bör utreda möjligheten till en nationell samordning av systematisk och kontinuerlig fortbildning. Efter det har regeringen nyligen tillsatt en statlig utredning om bl a fortbildning. **SLS har utrett frågan** om reglering som stöd för läkares fortbildning och har landat i slutsatsen att det behövs ett förtydligande av gällande rätt (Socialstyrelsens ledningsföreskrifter) kring vårdgivarens ansvar när det gäller fortbildning, se rapporten.

Ta tillvara kompetensen hos vårdens professioner och satsa mer på preventiva insatser

- **SLS delar tanken** om att det är viktigt att ta tillvara kompetensen hos vårdens olika professioner och att primärvårdens preventionsuppdrag får bättre förutsättningar, liksom att större fokus läggs på att hjälpa människor med att återta funktion, dvs rehabilitering. Dessa fokusområden stämmer väl med allmänmedicinskt arbetssätt vilket innebär att flera olika professioner arbetar personcentrerat och tillsammans i team. Att lösa problemet med brist på allmänläkare med uppgiftsväxling *ser SLS potentiell stora och långsiktiga problem* med då det suddar ut gränserna mellan olika professioners kompetenser och ansvarsområden.

Beskriver man hur fasta kontakter i vård och omsorg förhåller sig till varandra, utgående ifrån läkarlistningen, framträder en infrastruktur för personcentrerat arbete. Med en tydlig infrastruktur går det att styra kommunikation med så god precision som möjligt till en patients fasta läkare eller andra fasta kontakter i det allmänmedicinska teamet. Ett team där olika professioner framträder utifrån patienternas behov. Att fokusera på att få ordning på fasta kontakter i vård och omsorg är således önskvärt. Att synliggöra och få ordning på en infrastruktur för personcentrerat arbete utgör ett konstruktivt mål som ger möjlighet till utveckling i gemensam riktning. Detta till skillnad från att genom uppgiftsväxling generera ”istället-för-fast-läkare-lösningar”. Det SLS vill se är att fokus läggs på att visa hur olika fasta kontakter i vård och omsorg förhåller sig till varandra och hur kommunikationen dem emellan kan underlättas.

5.3.1 Det råder särskilda förutsättningar i glest befolkade områden

”Glesbygdsmedicin” och praktik i glest befolkade områden

- I promemorian bedöms att kunskap om glesbygdsmedicin bör ingå i relevanta vårdutbildningar och i fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens medarbetare. **SLS instämmer** i detta och med att en av de enskilt viktigaste framgångsfaktorerna är tidig erfarenhet av praktik eller utbildning i glest befolkade områden. och att det är önskvärt att studenter inom hälso- och sjukvården får förvärva åtminstone rudimentära kunskaper om hälso- och sjukvårdsarbete i glest befolkade områden. **SLS är också positivt** till att lärosätena aktivt bidrar till kompetensförsörjning av all hälso- och sjukvård i Sverige.

Forskning om och inom primärvården med särskilt fokus på glesbygdsmedicin

- **SLS delar** bedömningen om att forskningen i primärvården generellt behöver stärkas. Forskning i den nära vården måste kompetens-stärkas och resurs-sättas. Det är i primärvården som de stora folksjukdomarna som hypertoni, diabetes, hjärtsvikt och depression tas om hand i första hand.
- **SLS vill** generellt framhålla vikten av att läkares fortsatta forskning efter disputation säkerställs finansiellt, meriteringsmässigt och tidsmässigt så att lärarbasen, som är motorn för forskning, utveckling, utbildning och implementering av nya behandlingar och metoder inom hälso- och sjukvården breddas och säkerställs. Det här är en mycket central fråga för SLS och vi bidrar gärna med förslag på åtgärder för att stimulera långsiktiga forskarkarriärer bland läkare.

5.4 LOL och LOF med tillhörande förordningar ska upphävas

- **SLS avstår** från att lämna synpunkter i denna del.

För Svenska Läkaresällskapet

Tobias Alfvén
Ordförande

Susanna Althini
Ledamot SLS nämnd

Bilagor

Remissvar från SLS medlemsföreningar

Svenska Sällskapet för Dermatologi och Venereologi (sektionen Privata Dermatologers Förening i Sverige),

Svensk Förening för Allmänmedicin,

Svensk förening för Socialmedicin och Folkhälsa,

Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård,

Svensk Förening för Medicinsk Informatik,

Svensk Medicinsk Audiologisk Förening

Svensk Reumatologisk Förening samt

SLS delegation för utbildning.

Därtill har ett svar inkommit från Sveriges Privata Ögonläkarförening.

Svar från Privata Dermatologers Förening i Sverige (PDF) på promemorian "Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd "

PDF är ett forum för att driva viktiga frågor för Sveriges privata dermatologer. Föreningen bildades 1974 då privatläkarkåren stod inför en större reform, införandet av en ny läkarvårdstaxa 1975. I början av 1990-talet tillsatte regeringen specialisttaxeutredningen. PDF var med och påverkade utformningen av båda dessa för att få privatläkarnas önskemål tillgodosedda.

I dagsläget arbetar många privata dermatologer fortfarande på nationella taxan. Andra arbetar på vårdavtal eller i vårdval beroende på i vilken region man är verksam. I takt med att villkoren successivt försämrats i avtalen/vårdvalen har alltfler kollegor istället valt att arbeta helprivat. PDF verkar för att stödja och utveckla den privata dermatologin oavsett i vilken form den bedrivs.

Därför är ovanstående promemoria mycket viktig för PDF och den privata dermatologin i Sverige. Huvudsyftet med promemorian är att avskaffa Lagen om Läkarvårdsersättning (LOL), som många således fortfarande arbetar under.

Fördelarna med LOL är/har varit:

- Jämlikhet nationellt. Oavsett i vilken region du arbetar gäller samma villkor, vilket medför jämlik vård av patienterna, liksom rättvisa mellan verksamma dermatologer.
- Möjlighet att långsiktigt planera verksamheter, och därmed våga investera i nödvändig utrustning för optimal behandling av patienterna.

Den övergripande nackdelen, enligt promemorian, är att regionerna förlorar inflytande.

Samtidigt framförs i promemorian vikten av en **nationell styrning**.

Citat från punkt 5.3 i promemorian:

"Regeringen bör, för att säkerställa tillgång till jämlik vård i *hela* landet, ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över principerna för de olika ersättningssystemen samt ta fram nationella rekommendationer på området. Regeringen bör vidare överväga att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att bidra med kunskapsstöd om, och följa upp, kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på omställningen mot god och nära vård samt förhållanden i glest befolkade områden."

"Ersättningssystemens effekter bör utvärderas av en statlig myndighet"

"Ökad statlig styrning bör övervägas inom ett antal för kompetensförsörjningens centrala områden.

Det råder stora utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Mycket arbete sker på området, men det är inte alltid koordinerat. Regeringen bör överväga

att ta ett helhetsgrepp på problematiken genom att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att studera och följa upp utvecklingen på området. Uppdraget bör också fokusera på omställningsarbetet mot god och nära vård samt vård i gles befolkade områden. Regeringen bör även överväga att genomföra nedanstående åtgärder:

- *Fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare*
- *Ta tillvara kompetensen hos vårdens professioner och satsa mer på preventiva insatser*
- *Regeringen bör överväga att införa en statlig reglering av vissa specialistutbildningar"*

Inom PDF ser vi positivt på ambitionen till en mer statlig styrning av vården i Sverige, där den privata dermatologin ingår. Den återkommande formuleringen i texten "bör överväga", är dock mycket vag. En vidareutveckling av den nationella taxan, istället för avveckling, hade varit i linje med promemorians önskemål/rekommendation om en ökad nationell styrning.

Om LOL läggs ner finns en risk att de "mikroupphandlingar", som promemorian föreslår, inte blir av, eftersom "microkliniker" många gånger inte har resurser /vågar/orkar genomföra upphandlingsinvesteringar, utan istället bygger ut den kosmetiska dermatologin och en mindre helprivat del för sjukvård för de patienter som har råd. Det leder till undanträngning och förskjutning till både mer estetiska verksamheter inom dermatologin och helprivat sjukvård, som än mer ökar på orättvis och ojämlik vård mellan städer/regioner och fattiga/rika över landet.

PDF:s bedömning är vidare, att flertalet idag verksamma inom LOL, inte kommer att återgå till offentlig vård. Det innebär totalt sätt en risk att patienterna förlorar möjligheten till upp till 3.6miljoner besök/op/åtgärder/behandlingar per år, som idag taxe-anslutna läkare och fysioterapeut står för. En nedläggning medför således en risk för kraftigt försämrad hudsjukvård i Sverige.

Lagen om upphandling (LOU) har många privata verksamheter, speciellt mindre, mycket negativa erfarenheter av. I de allra flesta fall väljer regionen det billigaste anbudet, utan att se till kvaliteten. Man har också tenderat att välja stora verksamheter framför mindre. En viktig faktor som påverkar mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar handlar om möjligheten att planera för framtiden. Frågan om förutsebarhet är extremt viktig, att kunna förlita sig på att vissa förhållanden kommer att bestå under en längre period för att våga ansluta sig till ett offentligt finansierat system. Avtalens längd men även principerna för ersättning är avgörande för att våga investera och utveckla verksamheter, vilket är nödvändigt för Sveriges framtida vårdkvalitet.

Enligt artikel 67.2 stycke 2 LOU-direktivet finns det möjlighet för upphandlande myndigheter att använda sig av ett fast pris i upphandlingar, vilket PDF ser positivt på. Det innebär att kvalitetskriterier blir avgörande i upphandlingsprocessen och inte storleken/kvantiteten på verksamheten. Då upphandlingsförfarandet är valfritt för regionerna, ställer sig PDF dock skeptiskt till hur ofta de kommer att använda fast pris i upphandlingar.

Lagen om Valfrihet, Vårdval (LOV) har införts i flera regioner. De skiljer sig påtagligt åt beroende på vilken region det gäller. I Skåne, där både den offentliga och privata hudsjukvården är med i Vårdvalet fungerar samarbetet bra mellan parterna. Visserligen går sjukhusklinikerna back ekonomiskt, vilket de privata av förklarliga skäl inte kan göra. Vårdval Hud i Stockholm är däremot ett avskräckande exempel. Det infördes 2012, och enbart de privata verksamheterna har ingått i Vårdval, vilket till stor del orsakat en splittring mellan den offentliga och privata vården. Vårdvalet har sedan start inneburit i stort fri etablering med ett taklöst ersättningssystem. Sedan införandet har kostnaderna därför skenat för regionen, varför det nuvarande politiska styret beslutat att lägga ned det. Ersättningssystemet var utformat så att det gynnade enkla banala hudåkommor och försvårade omhändertagandet av de svårt hudsjuka patienter, som oftast blev "förlustpatienter" för verksamheten. Trots uppvaktning av politiker och tjänstemän med förevisande av konsekvensbeskrivningar från flera av de privat verkssamma dermatologerna i Stockholm, skedde inga förbättringar/justeringar av systemet. Vårdvalet i Stockholm har även påverkat hudsjukvården nationellt, då det lockat till sig specialister från övriga landet och orsakat en brist på dermatologer i andra regioner. När vissa privata verksamheter i Stockholm okontrollerat började ta in läkare för specialistutbildning, s.k. ST-tjänstgöring, reagerade Svenska Sällskapet för Dermato Venereologi (SSDV), liksom även PDF. Det riskerade och fortfarande riskerar att allvarligt försämra utbildningskvaliteten av blivande dermatologer i Sverige.

För mindre privata verksamheter har varken LOU eller LOV (med vissa undantag) fungerat väl.

Aktuell Promemoria menar att man vill skapa ett regelverk kring LOU, som vid framtida upphandlingar kommer att värna mindre småskalig verksamhet. Detta är dock långt ifrån på plats. Än mindre hur regelverket skall kontrolleras och uppföljas. Ändå föreslås ändringarna i LOU träda i kraft den 1 maj 2025.

En övergångsperiod på sju år föreslås för taxeanslutna läkare att avveckla sina verksamheter till förmån för anslutning till LOU.

"Samtidigt ska det inte krävas att de upphandlande myndigheterna ska ha riktlinjer på plats redan innan de aktuella bestämmelsernas ikraftträdande, låt vara att Konkursverket ska meddela föreskrifter och bistå med vägledning på området i god tid före ikraftträdandet. Det kommer inte heller vara möjligt för tillsynsmyndigheten att förelägga en upphandlande myndighet att besluta om sådana riktlinjer innan de aktuella lagförslagen trätt i kraft" (Citat från promemorian).

PDF menar att regelverket måste vara på plats, innan ändringarna kan träda i kraft, liksom även hur kontroll och uppföljning (Konkursverket/Socialstyrelsen?) av om regelverket efterlevs av upphandlande regioner.

"Konkursverket ska i lag och förordning bemyndigas att meddela föreskrifter om riktlinjerna samt få rätt att förelägga upphandlande myndigheter att besluta om dessa riktlinjer och att fullgöra de skyldigheter som kommer att följa av föreskrifterna." (Citat från promemorian)

Vi eftersöker även en noggrann konsekvensanalys innan beslut fattas i frågan. En enkät till samtliga läkare, idag verksamma under LOL, med frågan om hur de ser på sin framtida verksamhet om LOL läggs ner, kunde vara ett sätt att få kunskap kring hur mycket av den dermatologiska vården i Sverige som riskerar att försvinna om beslutet genomförs.

Sammanfattningsvis:

- PDF ser positivt på ambitionen till en mer nationell/statlig styrning av vården i Sverige.
- En vidareutveckling av den nationella taxan, istället för avveckling, hade enligt vår uppfattning varit mer i linje med att öka den nationella/statliga styrningen.
- De minsta klinikerna, som promemorian önskar värna, har ofta ej de resurser som krävs för att delta i offentliga upphandlingar och riskerar därmed att falla bort redan från början.
- Förutsägbarhet, dvs att samma ersättningsförhållanden kommer gälla under lång tid, är avgörande för att vårdgivare skall våga ansluta sig till ett offentligt finansierat system, vilket bör finnas med i förslaget.
- PDF ser positivt på förslaget att upphandlande myndigheter kan använda sig av fast pris i förhandlingar, men då det är valfritt för regionerna är vi skeptiska till hur ofta det kommer användas i praktiken.
- PDF anser att regelverket måste vara på plats innan ändringarna kan träda i kraft, liksom även hur kontroll och uppföljning av regelverket skall ske gentemot regionerna.
- PDF efterlyser även en konsekvensanalys av förslagets följder, innan beslut fattas i frågan.

2023-10-24

/Styrelsen för PDF

REMISSVAR
2023-10-18

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm

malin.henriksson@sfs.se

Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Ds 2023:23)

Remissvar och kommentarer från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Sammanfattning

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) bedömer

- att **syftet** med promemorian är **vällovligt**
- att **kopplingen** mellan dels avvecklingen av Lag om läkarvårdsersättning (LOL) och Lag om ersättning för fysioterapi (LOF), dels försöken att främja småskalig sjukvård, dels frågan om etablering i glesbygd är **otydlig**
- att den mest avgörande frågan för etablering och bemanning av, och därmed befolkningens tillgång till, primärvård i glesbygd är **tillräckligt god bemanning av hela primärvården**, vilket bland annat innebär att Socialstyrelsens rekommenderade genomsnittsdimensionering för primärvårdsläkare på en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1100 invånare måste uppnås
- att tre andra viktiga faktorer som inte berörs i promemorian men som bättre skulle främja etablering av småskalig verksamhet, i såväl stad som landsort och glesbygd, är
 - **sänkt tröskel och minskad ekonomisk risk** vid nyetablering
 - **anpassning (minskning) av uppdragets omfattning till kärnuppdraget**, dvs förbättring av det mindre företags möjligheter att uppfylla kraven
 - **rådighet över den egna verksamheten**, dvs att företaget inte tvingas ta fler "kunder" än man har kapacitet för (verksamhetens beslutsföreträdare kring listningstak).
- att förslagen som framförs i promemorian **inte på något avgörande sätt kommer att förbättra tillgången** till hälso- och sjukvård i hela landet.

Särskilda kommentarer

SFAM saknar en beskrivning av **storleken på problemet** som promemorian är avsedd att lösa. Hur många invånare har idag begränsad tillgång till sjukvård och hur fördelar de sig i landet? Vilka avstånd handlar det om? Hur ser kapaciteten ut på de befintliga vårdinrättningar som är inom räckhåll för invånarna? Hur många invånare berörs av förändringarna i LOL och LOF och i vilken mån försörjer dessa aktörer landsort och glesbygd med primärvård idag?

Avvecklingen av LOL och LOF som föreslås ske med sju års övergångstid ägnas stort utrymme i promemorian. Frågan är väl beredd. Beslut om avveckling föreligger och **SFAM har inga synpunkter** på de juridiska delarna.

Frågan om hur etablering av småskalig, eller storskalig, verksamhet¹ i glesbygd kan främjas är komplex. Å ena sidan medger redan dagens Lag om vårdvalssystem (LOV) full **etableringsfrihet**; det finns inga formella hinder. Å andra sidan innebär dagens de facto breda, överambitiösa, överlastade förfrågningsunderlag, där beställarna i de flesta fall inte nöjt sig med kärnan i uppdraget, att **kraven är betydligt svårare att uppfylla för det lilla än för det stora företaget**, särskilt i landsort och glesbygd där det är svårare att rekrytera till alla yrkesgrupper och särskilda funktioner. Observera att dessa yrkesgrupper och funktioner fyller viktiga syften, men i en småföretagar- och glesbygdskontext är det orealistiskt att kräva att de tillhandahålls på plats på varje enskild vårdcentral. Samverkansavtal, samorganiserade funktioner på närliggande större orter och digitala verktyg är metoder som kan tillgängliggöra dessa funktioner för alla invånare, även i glesbygd.

Utöver ovanstående etableringshinder medför såväl den **höga ekonomiska tröskeln** vid nyetablering som **frånvaron av avgränsningsmöjligheter** – förbudet mot verksamhetsbeslutade listningstak – särskilda svårigheter för småskalig verksamhet. Detta gäller såväl i stad som i landsort. Ett större företag eller en vårdkoncern kan ta större risker vid en etablering utan att riskera gå i konkurs, och har framför allt större möjligheter att driva en uppstartsverksamhet med förlust en längre tid, vilket ofta är nödvändigt vid nyetablering med tanke på det kapitationsbaserade ersättningssystemets konstruktion. Ett småföretag har sällan den lyxen. Ett litet företag är sårbart och kan snabbt växa ihjäl genom att listning överstiger kapaciteten om det inte har goda möjligheter att snabbt rekrytera och expandera.

Promemorian föreslår ett system som ska förenkla för små företag att etablera sig i olika upphandlingssituationer. Systemet baserar sig dels på symboliska lagändringar som innebär att **upphandlaren skall "beakta" mindre företags möjligheter att delta**, dels på en möjlighet för företag att under vissa förutsättningar få **tidsbegränsade statsbidrag**. Inget av förslagen avhjälpas de principiellt mycket viktigare hindren för etablering i glesbygd som skisseras ovan.

SFAM bedömer att lagförslagen kring mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar är alltför allmänt hållna för att leda till konkreta förbättringar av förutsättningarna att bedriva småskalig sjukvård i praktiken. Vi finner inte heller någon anledning att tro att lagförslagen skulle främja etablering i just glesbygd, eller andra områden med bristfällig tillgång på primärvård för befolkningen.

Möjligheten att under vissa förutsättningar få statsbidrag under tre år har sannolikt i sig inte heller någon avgörande betydelse för huruvida en presumtiv egenföretagare väljer att lämna en trygg anställning eller en större ort för att satsa på ett högriskprojekt av typen att bygga upp en primärvårdsverksamhet i glesbygd. Om något torde snarare idén att försörja glesbygden med primärvård genom tidsbegränsade och villkorade statsbidrag verka avskräckande för en potentiellt intresserad näringsidkare. Vilket ansvarsfullt företag bygger en verksamhet som bara kan fungera under förutsättning att det får fortsatta allmosor? SFAM bedömer således att idén riskerar förhindra snarare än främja en hållbar utveckling. Primärvården i glesbygd behöver stabila och förutsägbara förutsättningar över tid, precis som all annan sjukvård.

¹ Vi förutsätter att det främst handlar om allmänmedicinsk generalistverksamhet i regional primärvård.

En **nationell analys, översyn och harmonisering av ersättningsansvar och kostnadsfördelningsmodeller** för primärvården (och övriga sjukvården) är mycket efterlängtat. SFAM tillstyrker förslaget.

SFAM stödjer tanken på **ökad statlig styrning av kompetensförsörjningen och stärkta förutsättningar för forskning** inom primärvården.

LOV baseras på antagandet att etableringsfrihet och konkurrens, under någorlunda likvärdiga förutsättningar, automatiskt ger en mångfald av utförare för befolkningen att välja på, vilket i sin tur förväntas främja hög tillgänglighet och över tid allt högre kvalitet till allt lägre pris. De två huvudproblemen med antagandet är dels att **antalet läkare, distriktssköterskor och andra nyckelpersoner är ändligt**, dels att **etableringarnas geografiska placering i praktiken frikopplats från såväl befolkningens utbredning som deras vårdbehov**. Antagandet gäller således i bästa fall i en del av de större tätorterna. Det betyder att vårdvalsmodellen i sig givit ett överutbud på de platser där det framstår som affärsmässigt gynnsamt att bedriva vård, och att det genom dränage av resurser (främst kvalificerade medarbetare) i praktiken försämrat i stället för att förbättra tillgången till och kvaliteten på vård på alla andra ställen.

SFAM bedömer att **LOV behöver utvecklas och/eller kompletteras med andra avtalsmodeller** om syftet är att tillgodose hela befolkningens rätt till sjukvård på någorlunda likvärdiga villkor i landet. Möjligheten att upphandla primärvård enligt Lag om offentlig upphandling (LOU) i del av region uppmärksammades bland annat i Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), men det verkar inte som att regionerna använder sig av denna möjlighet i någon större utsträckning.

Om en jämlik vård ska uppnås är dock förekomsten av adekvata avtalsmodeller otillräckligt; det krävs framför allt **en god bemanning av hela primärvården** så som beskrivs av DLF/SFAM i Världens bästa sjukvård 2027 och av många andra. Kombinationer av gamla och nya typer av organisering och arbetssätt, som till exempel **filialverksamheter** med begränsat öppethållande och basutbud kompletterat med digital tillgänglighet bör också utforskas ytterligare.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

genom
Andreas Thörneby, ledamot i SFAM:s styrelse
Emil Péclard, vice ordf i SFAM:s styrelse
Linda Sandberg, ledamot i SFAM:s styrelse
Åke Åkesson, ledamot i SFAM:s styrelse

Remissvar från Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa på remiss

Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd Ds 2023:23

*Uppdraget för utredaren var, enligt förordet, att utreda och ge förslag på
-hur småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård.
Syftet var
-att skapa långsiktighet och bättre förutsättningar för regionerna att säkerställa tillgång till en jämlik vård i hela landet.*

SFSF uppfattar att utredaren inte har svarat på dessa frågor, utan på en annan fråga: dvs hur man kan möjliggöra för enskilda aktörer att kunna driva små privata företag. Vi menar att fokus måste vara på det utredningen efterfrågade, dvs hur små företag kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård och skapa förutsättningar för regionerna att säkerställa tillgång till en jämlik vård i hela landet.

Se enskilda punkter nedan:

1.4.1.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster

"En av den upphandlingsrättsliga lagstiftningens intentioner är att främja mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar. Det föreslås att denna målsättning uttryckligen ska anges i de upphandlingsrättsligalagarna i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster. "

SFSF menar att första prioritet måste vara att skapa en vård på lika villkor och det är inte självklart att mindre företag är bättre på detta. Kanske ska i stället den upphovsrättsliga lagen ändras i andra riktningen, för att skapa förutsättningar för regionerna att säkerställa jämlik vård?

1.4.2.1 En förordning om statsbidrag till vissa vårdgivare i glest befolkade områden ska beslutas

"Det föreslås att regeringen beslutar om en tillfällig förordning om statsbidrag, som vissa vårdgivare som är verksamma i glest befolkade områden ska kunna ansöka om. Syftet med bidraget är att uppfylla målet om vård på lika villkor i hela landet.

Den som kommer att vara berättigad till ekonomisk ersättning ska anses ha utfört hälso- och sjukvårdstjänster *av allmänt ekonomiskt intresse*. För att kunna få bidraget *ska vissa krav på avstånd till en annan vårdmottagning* samt öppettider för vårdmottagningen vara uppfyllda."

SFSF tycker att denna skrivning är motsägelsefull; Syftet med bidraget anges vara "att uppfylla målet om vård på lika villkor i hela landet." vilket är utmärkt!

Men varför då ha kriterier om "Allmänt ekonomiskt intresse" Vad avser det?

Vi menar att det avgörande är att skapa ett stabilt välfärdssystem, där planeringen grundas på behovsanalys utifrån befolkningens demografi, sjukdomsbörda och hälsa, samt aktuell tillgång till hälso och sjukvård

En grundläggande sådan behovsanalys saknas i utredningen.

Vi kan se att det är skillnad på allmänmedicinsk verksamhet och tex en gyn-mottagning eller ögonläkare som vill erbjuda kataraktoperationer i glesbygd, men Allmänmedicinen behöver vara integrerad med övrig välfärdsservice i lokalsamhället. Den måste därför ansluta till den offentligt finansierade vården och omsorgen och bygga på fasta kontakter. SFSF är också oroade avsaknaden av diskussion om Hälso- och sjukvård dvs vikten av prevention och hälsofrämjande, samt primärvårdens vidgade uppdrag mot primärprevention

1.4.2.5 Regeringen bör överväga ytterligare åtgärder i syfte att främja tillgången till jämlik vård i glest befolkade områden

"Promemorians bedömning är att en större mångfald av aktörer inom hälso- och sjukvården kan leda till ökad kompetensförsörjning även i glest befolkade områden. Det kan ..vara så att *en person gärna vill driva eget vårdföretag* men saknar förutsättningar eller vilja *att göra det i större skala*, som inom ramen för en vårdcentral. Det statsbidrag som föreslås i promemorian kan utgå till alla privata utförare av vård, även dem *som drivs och finansieras helt privat och som utgör enmans- eller fåmansbolag*. Slutligen bedöms att en ordning där alla aktörer som uppfyller förutsättningar för bidraget kan ansöka om det *ger de privata utförarna större möjligheter att själva styra och planera sin verksamhet än om regionerna skulle fördela medlen*. I sammanhanget är det viktigt att nämna att regioner kan ha olika inställningar till företagande, i synnerhet inom välfärdssektorn. Inställningen i frågan kan också variera beroende av vilken politisk majoritet som styr vid varje givet tillfälle. Sådana faktorer borde inte påverka möjligheten att ta del av bidraget, i vart fall inte om *den nationella ambitionen är att småföretagande inom vården bör uppmuntras*."

SFSF är bekymrad över denna skrivning som enbart fokuserar utförarens rätt att starta verksamhet, och man vill ge " de privata utförarna större möjligheter att själva styra och planera sin verksamhet än om regionerna skulle fördela medlen"

Detta står i motsats till, och utan reflektion över, utredningens uppdrag som är att ge förslag på hur småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård, med syftet att skapa långsiktighet och bättre förutsättningar för regionerna att säkerställa tillgång till en jämlik vård i hela landet.

Hälso och sjukvårdslagens grundparagraf gäller vård på lika villkor och vi menar att det primära i detta arbete bör vara vad som gagnar befolkningens hälsa och vad som stödjer primärvårdens breda uppdrag.

Vi ser inte att småföretagande är den viktigaste lösningen för detta.

Vi tror istället att man ska värna och utveckla verksamheter med den breda kompetens som dagens primärvård kräver. Vi saknar diskussion om distriktsköterskans roll och om vikten av tillgång till arbetsterapeut, fysioterapi, dietist och psykolog

Denna breda kompetens krävs för att också i en glesbygd kunna möta dagens komplexa hälso-problem, att kunna integrera sin verksamhet med annan vård/omsorg, att kunna ansvara för utbildning av framtida vårdpersonal och inte minst för att primärvården ska kunna ta sin nya roll i primärpreventivt arbete.

För Svensk Förening för Socialmedicin och Folkhälsa

6 november 2023

Margareta Kristenson

Margareta Kristenson

Styrelsemedlem och tidigare ordförande

Remissvar från SFAI – DS 2023:23

Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd

SFAI tackar för förtroendet att besvarar remissen.

I stort innehåller den inget som är specifikt för SFAI, men vi betonar och stödjer att hela befolkningen ska ha tillgång till god vård, inklusive akuta transporter/critical care medicine. Vi saknar det akuta perspektivet i utredningen.

I övrigt noterar vi med glädje att utredningen på sid 103-106 föreslår bla ökad statlig styrning avseende fortbildning och ökad professionsstyrning. Dessa delar gäller inte enbart i glesbygd eller öppenvården, utan bör appliceras snarast generellt i vården, och inte "gömmas" i en stor utredning med i huvudsak annat fokus.

Karin Björnström Karlsson

Vetenskaplig sekreterare SFAI

Remissvar – Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet S2023_02208

Svar lämnat av Svensk Förening för Medicinsk Informatik (SFMI)

Svarsdatum: 2023-09-25

För att småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet ska kunna anslutas till offentligt finansierad öppen vård på ett sätt som skapar förutsättningar för en jämlik vård i hela landet krävs ett fungerande flöde av information mellan dessa aktörer och den offentliga vården.

Information som skapas och samlas inom verksamheterna behöver kunna delas med vårdgivare i offentlig vård om patienten remitteras vidare. Informationen behöver även kunna delas för att forskning och utveckling ska kunna bedrivas med samtliga patienter i Sverige som informationskälla. Kunskapsstöd och riktlinjer som tas fram nationellt eller inom den offentliga öppenvården ska kunna användas hos samtliga vårdgivare i Sverige. Även dessa kräver ett informationsflöde för att kunna fungera optimalt och integreras med vårdinformationssystem i samtliga verksamheter.

Att informationen kan delas bibehållen betydelse kallas att semantisk interoperabilitet föreligger. Den semantiska interoperabilitet är skild från den juridiska och tekniska, att information får delas och kan överföras tekniskt betyder inte att den är användbar. Ett utskrivet faxat papper är juridiskt och tekniskt interoperabelt men det kräver att mottagaren läser och tolkar texten innan den kan användas och är således inte semantiskt interoperabelt.

SFMI noterar att det informatiska perspektivet och frågan om interoperabilitet inte är representerat i förarbetet eller författningsförslagen. För att säkerställa att förändringarna uppnår den önskade jämlika vården är det av vikt att ta med även detta.

I övrigt har vi inga synpunkter på innehållet i förarbetet eller förslagen.

REMISSVAR
2023-10-18

Svenska Läkaresällskapet
Box 738
101 35 Stockholm

malin.henriksson@sfs.se

Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd (Ds 2023:23)

Remissvar och kommentarer från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)

Sammanfattning

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) bedömer

- att **syftet** med promemorian är **vällovligt**
- att **kopplingen** mellan dels avvecklingen av Lag om läkarvårdsersättning (LOL) och Lag om ersättning för fysioterapi (LOF), dels försöken att främja småskalig sjukvård, dels frågan om etablering i glesbygd är **otydlig**
- att den mest avgörande frågan för etablering och bemanning av, och därmed befolkningens tillgång till, primärvård i glesbygd är **tillräckligt god bemanning av hela primärvården**, vilket bland annat innebär att Socialstyrelsens rekommenderade genomsnittsdimensionering för primärvårdsläkare på en heltidsarbetande specialist i allmänmedicin per 1100 invånare måste uppnås
- att tre andra viktiga faktorer som inte berörs i promemorian men som bättre skulle främja etablering av småskalig verksamhet, i såväl stad som landsort och glesbygd, är
 - **sänkt tröskel och minskad ekonomisk risk** vid nyetablering
 - **anpassning (minskning) av uppdragets omfattning till kärnuppdraget**, dvs förbättring av det mindre företags möjligheter att uppfylla kraven
 - **rådighet över den egna verksamheten**, dvs att företaget inte tvingas ta fler "kunder" än man har kapacitet för (verksamhetens beslutsföreträdare kring listningstak).
- att förslagen som framförs i promemorian **inte på något avgörande sätt kommer att förbättra tillgången** till hälso- och sjukvård i hela landet.

Särskilda kommentarer

SFAM saknar en beskrivning av **storleken på problemet** som promemorian är avsedd att lösa. Hur många invånare har idag begränsad tillgång till sjukvård och hur fördelar de sig i landet? Vilka avstånd handlar det om? Hur ser kapaciteten ut på de befintliga vårdinrättningar som är inom räckhåll för invånarna? Hur många invånare berörs av förändringarna i LOL och LOF och i vilken mån försörjer dessa aktörer landsort och glesbygd med primärvård idag?

Avvecklingen av LOL och LOF som föreslås ske med sju års övergångstid ägnas stort utrymme i promemorian. Frågan är väl beredd. Beslut om avveckling föreligger och **SFAM har inga synpunkter** på de juridiska delarna.

Frågan om hur etablering av småskalig, eller storskalig, verksamhet¹ i glesbygd kan främjas är komplex. Å ena sidan medger redan dagens Lag om vårdvalssystem (LOV) full **etableringsfrihet**; det finns inga formella hinder. Å andra sidan innebär dagens de facto breda, överambitiösa, överlastade förfrågningsunderlag, där beställarna i de flesta fall inte nöjt sig med kärnan i uppdraget, att **kraven är betydligt svårare att uppfylla för det lilla än för det stora företaget**, särskilt i landsort och glesbygd där det är svårare att rekrytera till alla yrkesgrupper och särskilda funktioner. Observera att dessa yrkesgrupper och funktioner fyller viktiga syften, men i en småföretagar- och glesbygdscontext är det orealistiskt att kräva att de tillhandahålls på plats på varje enskild vårdcentral. Samverkansavtal, samorganiserade funktioner på närliggande större orter och digitala verktyg är metoder som kan tillgängliggöra dessa funktioner för alla invånare, även i glesbygd.

Utöver ovanstående etableringshinder medför såväl den **höga ekonomiska tröskeln** vid nyetablering som **frånvaron av avgränsningsmöjligheter** – förbudet mot verksamhetsbeslutade listningstak – särskilda svårigheter för småskalig verksamhet. Detta gäller såväl i stad som i landsort. Ett större företag eller en vårdkoncern kan ta större risker vid en etablering utan att riskera gå i konkurs, och har framför allt större möjligheter att driva en uppstartsverksamhet med förlust en längre tid, vilket ofta är nödvändigt vid nyetablering med tanke på det kapitationsbaserade ersättningssystemets konstruktion. Ett småföretag har sällan den lyxen. Ett litet företag är sårbart och kan snabbt växa ihjäl genom att listning överstiger kapaciteten om det inte har goda möjligheter att snabbt rekrytera och expandera.

Promemorian föreslår ett system som ska förenkla för små företag att etablera sig i olika upphandlingssituationer. Systemet baserar sig dels på symboliska lagändringar som innebär att **upphandlaren skall "beakta" mindre företags möjligheter att delta**, dels på en möjlighet för företag att under vissa förutsättningar få **tidsbegränsade statsbidrag**. Inget av förslagen avhjälpas de principiellt mycket viktigare hindren för etablering i glesbygd som skisseras ovan.

SFAM bedömer att lagförslagen kring mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar är alltför allmänt hållna för att leda till konkreta förbättringar av förutsättningarna att bedriva småskalig sjukvård i praktiken. Vi finner inte heller någon anledning att tro att lagförslagen skulle främja etablering i just glesbygd, eller andra områden med bristfällig tillgång på primärvård för befolkningen.

Möjligheten att under vissa förutsättningar få statsbidrag under tre år har sannolikt i sig inte heller någon avgörande betydelse för huruvida en presumtiv egenföretagare väljer att lämna en trygg anställning eller en större ort för att satsa på ett högriskprojekt av typen att bygga upp en primärvårdsverksamhet i glesbygd. Om något torde snarare idén att försörja glesbygden med primärvård genom tidsbegränsade och villkorade statsbidrag verka avskräckande för en potentiellt intresserad näringsidkare. Vilket ansvarsfullt företag bygger en verksamhet som bara kan fungera under förutsättning att det får fortsatta allmosor? SFAM bedömer således att idén riskerar förhindra snarare än främja en hållbar utveckling. Primärvården i glesbygd behöver stabila och förutsägbara förutsättningar över tid, precis som all annan sjukvård.

¹ Vi förutsätter att det främst handlar om allmänmedicinsk generalistverksamhet i regional primärvård.

En **nationell analys, översyn och harmonisering av ersättningsansvar och kostnadsfördelningsmodeller** för primärvården (och övriga sjukvården) är mycket efterlängtat. SFAM tillstyrker förslaget.

SFAM stödjer tanken på **ökad statlig styrning av kompetensförsörjningen och stärkta förutsättningar för forskning** inom primärvården.

LOV baseras på antagandet att etableringsfrihet och konkurrens, under någorlunda likvärdiga förutsättningar, automatiskt ger en mångfald av utförare för befolkningen att välja på, vilket i sin tur förväntas främja hög tillgänglighet och över tid allt högre kvalitet till allt lägre pris. De två huvudproblemen med antagandet är dels att **antalet läkare, distriktssköterskor och andra nyckelpersoner är ändligt**, dels att **etableringarnas geografiska placering i praktiken frikopplats från såväl befolkningens utbredning som deras vårdbehov**. Antagandet gäller således i bästa fall i en del av de större tätorterna. Det betyder att vårdvalsmodellen i sig givit ett överutbud på de platser där det framstår som affärsmässigt gynnsamt att bedriva vård, och att det genom dränage av resurser (främst kvalificerade medarbetare) i praktiken försämrat i stället för att förbättra tillgången till och kvaliteten på vård på alla andra ställen.

SFAM bedömer att **LOV behöver utvecklas och/eller kompletteras med andra avtalsmodeller** om syftet är att tillgodose hela befolkningens rätt till sjukvård på någorlunda likvärdiga villkor i landet. Möjligheten att upphandla primärvård enligt Lag om offentlig upphandling (LOU) i del av region uppmärksammades bland annat i Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42), men det verkar inte som att regionerna använder sig av denna möjlighet i någon större utsträckning.

Om en jämlik vård ska uppnås är dock förekomsten av adekvata avtalsmodeller otillräckligt; det krävs framför allt **en god bemanning av hela primärvården** så som beskrivs av DLF/SFAM i Världens bästa sjukvård 2027 och av många andra. Kombinationer av gamla och nya typer av organisering och arbetssätt, som till exempel **filialverksamheter** med begränsat öppethållande och basutbud kompletterat med digital tillgänglighet bör också utforskas ytterligare.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
Ordförande

genom
Andreas Thörneby, ledamot i SFAM:s styrelse
Emil Péclard, vice ordf i SFAM:s styrelse
Linda Sandberg, ledamot i SFAM:s styrelse
Åke Åkesson, ledamot i SFAM:s styrelse

Remissvar – Att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i Glesbygd

Ds 2023:23

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) är positiv till ett nytt nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet som främjar god och jämlik hälso- och sjukvård i hela landet inklusive glesbygd.

Utredningen pekar på att det råder stora utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården och att föreslagna åtgärder bör beakta omställningen till god och nära vård vilket SRF instämmer i. Vanligt förekommande vård bör ske så nära invånarna som möjligt.

SRF *stödjer inte* förslaget om att även småskalig specialiserad sjukvård, särskilt inom smala områden som reumatologi, bör finnas i glest befolkade områden. SRF ser risker med att splittra upp den specialiserade reumatologiska sjukvården på allt för många små enheter. Invånarna behöver vara beredda på att åka lite längre för "sällanvård" eller om man drabbas av en mindre vanligt förekommande sjukdom. Sällanvård och sällsynta sjukdomar behöver vara centraliserade för att hålla hög kvalitet, effektivitet och kompetens.

För Svensk Reumatologisk Förenings styrelse

Västerås 2023-10-19



Milad Rizk
Facklig sekreterare

**Sammanfattning av SLS utbildningsdelegations synpunkter på
Ds 2023:23 "Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso-och sjukvård i hela landet genom
främjande av etablering i glesbygd."**

Ur läkarutbildningsperspektiv:

1. Mycket positivt att viktiga aspekter som påverkar utbildning och fortbildning belysas: ansträngd arbetsmiljö (som ytterligare kopplas till ersättningssystemens utformning), bristande nyttjande av vårdens olika kompetenser, få möjligheter till fortbildning och kompetensutveckling
2. Utb-delegationen instämmer med att det är anmärkningsvärt att så många medarbetare inom hälso- och sjukvården upplever att fortbildning inte prioriteras, inte minst mot bakgrund av att fortbildningens betydelse för en patientsäker vård är fastställd i lag och med att även om huvudansvaret för fortbildningen av medarbetare ligger hos huvudmännen och arbetsgivarna är det viktigt med ett nationellt helhetsgrepp på området. Utb-delegationen instämmer med bedömningen att regeringen bör överväga ökad statlig styrning inom ett antal centrala områden för kompetensförsörjningen som fortbildning för hälso-och sjukvårdens medarbetare och ett mer ändamålsenligt nyttjande av kompetenserna inom vården. SLS har utrett regleringsfrågan och landat i slutsatsen att det behövs ett förtydligande av gällande rätt kring vårdgivarens ansvar, och har uppmanat regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över hur vårdgivarens ansvar kan förtydligas i nuvarande ledningsföreskrifter när det gäller fortbildning.
3. Det bedöms att kunskap om glesbygdsmedicin bör ingå i relevanta vårdutbildningar och i fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Utb-delegationen instämmer med detta och med att en av de enskilt viktigaste framgångsfaktorerna är tidig erfarenhet av praktik eller utbildning i glest befolkade områden och att det är önskvärt att studenter inom hälso- och sjukvården får förvärva åtminstone rudimentära kunskaper om hälso- och sjukvårdsarbete i glest befolkade områden.
4. Enligt regleringsbrevet för budgetåret 2023 avseende universitet och högskolor ska utbildningsutbudet vid universitet och högskolor svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Lärosätena ska även redovisa hur de möter det omgivande samhällets behov av utbildning. Vidare ska universitet och högskolor med tillstånd att utfärda examina inom hälso- och sjukvårdsområdet delta i samverkan på sjukvårdsregional nivå om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården. Det finns ett stort behov av blivande medarbetare inom hälso- och sjukvården med kunskap om primärvården och särskilt påtagligt är detta behov i glest befolkade områden. Utbildningsdelegationen ställer sig bakom att lärosätena aktivt bidrar till kompetensförsörjning av all hälso- och sjukvård i Sverige.
5. Utb-delegationen anser att mindre hälso-och sjukvårdsverksamhet som anslutas till offentligt finansierad öppen vård bör ha en skyldighet att delta i samverkan och aktivt bidra till vårdpersonals utbildning och fortbildning. Ytterligare anser utb-delegationen att denna skyldighet bör ingå i

Sida 2 av 2

förutsättningar till statsbidrag och att en tydlig beskrivning av verksamhetsutbildningsuppdraget bör innehållas i beslutet om statligstöd om det skulle införas.

Med vänliga hälsningar

Hans Hjelmqvist

Nikos Georgiannos

Remissvar från **Sveriges Privata Ögonläkarförening** avseende:
*Utredning och förslag Ds 2023:23, Att möjliggöra bättre tillgång till
Hälso och Sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i
glesbygd.*

Bakgrund

Sveriges Ögonläkarförening företräder även de ögonläkare som är verksamma i privat sektor genom delföreningen Sveriges Privata Ögonläkares Förening.

Inom ögonsjukvården är andelen sjukvårdsbesök och operationer hos privata vårdgivare hög. Som exempel kan nämnas att omkring 70% av alla gråstarrsoperationer (ca 100 000/år, Sveriges vanligaste operation) utförs hos privata vårdgivare.

Som företrädare för de privata ögonläkarna och läkare verksamma inom privat ögonsjukvård vill vi ge synpunkter på ovan nämnda utredning.

Utredningen enda konkreta förslag är tidpunkten när Lagen om Läkarvårdsersättning (LOL) ska avvecklas. Någon konkret bakgrund på vilket sätt detta skulle förbättra sjukvården eller varför just detta datum är lämplig belyses dock inte.

De ögonläkare som är verksamma på LOL bedriver vård med mycket hög kontinuitet, tillgänglighet, kvalitet, kostnadseffektivitet och med hög patientnöjdhet. LOL är idag den enda vårdformen men långsiktighet och som riktar sig till vårdgivare med personligt engagemang och ansvar. Det är den verksamma läkaren själv som personligen ansvarar för verksamheten och inte något stort vårdbolag med en ägarstruktur som ofta sträcker sig globalt där dessa ägare rimligen inte alltid kan ha den enskilda patientens intressen i första rummet.

I utredningen nämns ett förslag att Socialstyrelsen ska utforma regelverket för åtgärder och ersättningar i en eventuell ny avtalsform. Detta har Socialstyrelsen tidigare inte ägnat sig åt och frågan är om de har erfarenhet eller kompetens att utföra detta. Är det inte rimligt att Socialdepartementet även fortsättningsvis håller i detta?

Den stora frågan hur ett framtida etablerings- och ersättningssystem ska utformas nämns bara rudimentär trots att detta borde vara själva huvudpunkten i en sådan utredning. Att sedan enbart få bedriva privat verksamhet på avlägsna platser som då benämnts som glesbyggt är ej heller rimligt. Möjligt att det kan vara aktuellt för allmänläkare men ej för den öppna specialistvården som vi ögonläkare tillhör.

Sammanfattningsvis anser vi att förslagen verkar tämligen ogenomtänkt och utan den verklighetsförankring man hade förväntat sig. Frågan man ställer sig är varför man inte har tagit mer synpunkter från de som är verksamma i den privata regionsfinansierade sjukvården ute i landet där denna bedrivs i "glesbyggt"?

Vårt förslag: "Att möjliggöra bättre tillgång till Hälso och Sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd"

Genomför en modernisering Lagen om Läkarpårsärsättning.

Genom att ändra lagtexten på ett par punkter skulle det komma till stånd en modern lösning för öppen specialistvård i hela landet:

- Möjliggör nyetablering och reglera antalet etableringar genom att koppla det till befolkningsunderlag dvs tex 1 ögonläkaretablering per x -antal 1000 invånare. Det kommer per automatik leda till att fler etablerar sig utanför storstadsområdena.
- Modernisera och uppdatera åtgärdskoderna i Förordningen om läkarpårsärsättning
- Ändra ersättningstaken så det möjliggör för flera läkare att arbeta på en klinik. Idag är verksamheten på en klinik betydligt mer komplex än när lagen stiftades och det är därmed mer nutida med en klinik där 3-5 läkare arbetar. För en ögonetablering kan tex ett rimligt ersättningstak ligga på 25mkr då. Sätt ett tak på antalet anställda specialistläkare istället, tex 5 per etablering.
- Ta bort de kraven som tvingar varje LOL-läkare att arbeta heltid. Som alla andra i samhället så har även läkare faser i livet då man kan behöva arbeta mindre för att få ihop livet i övrigt.
- Ge långsiktiga regelverk och villkor. Professionsdrivna verksamheter där patienten och verksamhet ligger i fokus kan aldrig konkurrera ekonomiskt med globala vårdföretag där riskkapital styr, däremot är engagerade läkare som småföretagare vara en garant för långsiktighet och kvalitet för patienten inte minst för god patientsäkerhet.

Vi deltar gärna i en dialog in denna fråga.

Madeleine Selvander

Styrelseledamot Sveriges Ögonläkarförening

Styrelseledamot Sveriges Privata Ögonläkarförening

madeleine@sundutsikt.se

Felix Cullin

Ordförande Sveriges Privata Ögonläkarförening

felix@ocura.se

BILAGA Konkreta kommentarer till utredningen

5.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar

En av den upphandlingsrättsliga lagstiftningens intentioner är att främja mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar.

Dagens system med vårdval främjar företag som har stora resurser att erbjuda all den vård som ofta efterfrågas. För att starta en ögonmottagning krävs en stor ekonomisk insats och med de krav som ställs på att kunna erbjuda alla typer av vårdtjänster blir det ekonomiskt omöjligt för en liten vårdgivare att hantera. Dessutom är ofta kontrakten som upprättas med Regionerna korta, 6 månader. Leasingavtal osv för utrustning löper under 3 år. Återigen gynnar detta stora aktörer som har möjlighet att bära en stor ekonomisk risk. LOL erbjuder en fin möjlighet att etablera en privat verksamhet för en enskild läkare.

5.2.1 För att komma i fråga för bidraget måste den aktuella vårdmottagningen ligga minst 20 kilometer från en annan vårdmottagning.

Tanken med en etablering är förstås långsiktig. Man vill verka för att ge god vård för de vårdtagare som finns i närområdet. Skulle en annan vårdgivare etablera sig finns ju förstås en valmöjlighet för de boende i området och borde i så fall gynna dem och skapa en konkurrenssituation. Snarare borde ersättning följa patienten och den vårdgivare som ger bäst vård får flest patienter. Om ersättning försvinner är det ett effektivt sätt för större vårdgivare att återigen gynnas på bekostnad av små vårdgivare som inte har de ekonomiska förutsättningarna att bedriva vård med förlust.

5.4 LOL och LOF ska upphävas genom lag

”Ersättningssystemen inom LOL och LOF anses föråldrade”. Tvärtom. Ersättningssystem är oerhört transparenta. Patientbesök ersätts och det är tydligt vad detta kostar. Det finns ett ersättningstak vilket gör att regionerna kan göra en tydlig budget över vad kostnaderna kommer att bli. Eftersom ersättningsetableringarna är kopplade direkt till en läkare träffar patienten alltid samma läkare vilket ger en fin kontinuitet och skapar en oerhört effektiv sjukvård. Inom den offentligt drivna vården är just bristen på kontinuitet ett stort bekymmer. Just bristen på kontinuitet ger onödiga besök och att ingen riktigt tar ansvar för patienten och dess sjukvård. Med LOL ges en tydlig vårdgivare som tar ansvar och ger patienten trygghet.

”framförts från medarbetarnas håll gällande ersättningssystemen och arbetsbelastningen generell”

Åtminstone vi i styrelsen som representerar de privata ögonläkarna håller inte med om denna beskrivning. Tvärtom ser vi att arbetsbelastningen motsvara ungefär den man ser när man arbetar inom regiondriven vård med den skillnad att arbetsglädjen är mycket större. Vi har större flexibilitet att anpassa vår mottagning efter patienternas behov och vi lär känna våra patienter.

”Även SLF:s medlemmar ser ersättningssystemen som en viktig bidragande orsak till en dålig arbetsmiljö”

Kan i utredningen inte hitta denna referens men detta stämmer inte anser SPÖF. Tvärtom är ersättningssystemen tydliga och transparanta inom LOL.

”kostnaderna för att administrera ersättningslagarna är betydande. Det rör sig dels om utbetalning av ersättning, uppföljning och fördjupade granskningar av ersatta besök,”

Digitalisering bör ju kunna ge hjälp här. Räkningar lämnas in månadsvis och körs mot befintliga system. Att vård behöver granskas är naturligt. Det behöver man göra även av vård som bedrivs vid LOV och regiondriven vård.

”mäkleriet”

Skulle man kunna lägga ut privat och kostnaden kan belasta den som säljer eller köper på samma vis som annat mäklari.

”När LOL och LOF avvecklas kommer resurser frigöras som i stället kan läggas på att optimera övriga offentligt finansierade system”

Detta är en engångsflytt av pengar. Nästa år kommer den kostnaden ha hamnat i övrig budget.

”Många läkare, och i lägre utsträckning, fysioterapeuter verksamma inom LOL och LOF står även inför en stundande ålderspensionering”

Stämmer inte heller, vi är många som är unga och vill driva vår vård vidare. Flera har åtminstone 20 år kvar före pensionering vid 67 års ålder. Många har även för avsikt att driva verksamheten vidare efter 67 år då vi trivs med vårt uppdrag och våra patienter.