

Handläggare:  
Robert Larsson

Landstingsstyrelsen

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

### **Ärendet**

I betänkandet föreslås ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. En sammanfattning av promemorian och det presenterade författningsförslaget bifogas, bilaga 1 – 2. Vid utarbetande av detta tjänsteutlåtande har Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltnings tjänstemannaskrivelse beaktats. Skrivelsen ligger till grund för nämndens behandling av ärendet.

### **Förslag till beslut**

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

*att* som eget yttrande till Socialdepartementet anta förvaltningens tjänsteutlåtande.

### **Förvaltningens synpunkter**

#### ***Sammanfattande synpunkter***

Förvaltningen anser att utredningen presenterat en lovvärd modell för hur en framtida etableringsform inom den öppna specialiserade vården skulle kunna gestaltas. Konsekvenserna och de närmare formerna för lagregleringen behöver dock utredas ytterligare av de skäl som anförs nedan. Finansieringsprincipen bör respekteras vid de förslag som ytterligare utredning kan leda fram till. Mot bakgrund av detta tillstyrks inte förslaget till lagreglering i sin nuvarande form.

**Synpunkter**

Utredningens förslag bygger på en ny lag om vårdgivaretablering (LOVE). Inom den öppna specialiserade vården avses LOVE skapa större möjligheter för privata vårdgivare att få offentlig finansiering än vad som gäller för dagens nationella läkarvårds- och sjukgymnastiktaxor<sup>1</sup> som samtidigt föreslås att tas bort. Det nuvarande nationella systemet har under många år kritiserats av såväl landsting, regioner som vårdgivare.

LOVE har följande huvudkomponenter:

- en statlig myndighet fastställer vilka verksamhetsområden och lägsta ersättningsnivåer som ska ingå i etableringsplattformen
- vårdgivare som sökt och fått tillstånd från Socialstyrelsen ansöker om godkännande för etablering hos landsting
- landstinget tar fram och annonserar villkor som ska gälla för verksamhetsområdet
- Landstinget godkänner samtliga som går med på villkor och tecknar etableringsavtal som gäller tills vidare
- LOVE är subsidiär till lag om valfrihetssystem (LOV) och LOU.

Etableringsplattformen enligt LOVE ska helt ersätta dagens nationella taxor för läkare och sjukgymnaster. Till skillnad från dessa ska även andra kompetenser och områden gradvis kunna inlemmas i plattformen.

Det föreslagna etableringssystemet innebär avsteg från den kommunala självstyrelsen. Lämpligheten från ett lokaldemokratiskt perspektiv är en politisk fråga som förvaltningen inte har några synpunkter på. Allmänt kan sägas att förvaltningen är positiv till målen med utredningens förslag; en ökad mångfald av vårdgivare, en förstärkt ställning för patienterna, möjlighet till utveckling och innovationer inom den öppna vården. Det är bra att utredningen betonar vikten av att vården ska ske i sammanhängande processer med bättre samverkan mellan vårdgivare.

Sett till det konkreta lagförslaget finns anledning att kort uppehålla sig vid några omständigheter. Först kan konstateras att LOVE inte tänks gälla då lagen om offentlig upphandling (LOU) eller lagen om valfrihetssystem (LOV) är tillämpliga. Skulle landstinget, inom sådan specialiserad öppenvård som omfattas av LOVE:s etableringsplattform, välja att göra en "traditionell" entreprenadupphandling enligt LOU, eller upphandla tjänstekoncessioner i ett valfrihetssystem enligt LOV, kommer landstinget

---

<sup>1</sup> Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik och till vardera lag hörande förordning.

kunna styra över kostnader och former för utförandet på ett helt annat sätt än vad som torde bli fallet i ett LOVE-system. LOVE kan därför, som en sideeffekt, utgöra ett incitament för landstingen att använda redan befintliga upphandlingsformer där detta är möjligt.

Vårdvals-system är sedan i år obligatoriska inom primärvården. Gränssytan till den öppna specialiserade vården är inte glasklar. Ett landsting kan dessutom ha ambitionen att utsträcka befintliga valfrihetssystem till ett antal specialistområden. Stockholms läns landstingsfullmäktige har i återkommande budgetbeslut uppdragit åt sin hälso- och sjukvårdsnämnd att successivt införa vårdval inom alla områden där det är möjligt och funktionellt, ett uppdrag som anges i nämndens reglemente. I Stockholms läns landsting finns vårdval inom öppen somatisk specialistvård, diagnostik och förlossningsvård. Beslut har även fattats om att införa vårdval inom ytterligare delar av den somatiska specialistvården.

LOVE bör inte hindra eller försvåra utbyggnad av vårdvals-system enligt de befintliga upphandlingsformerna LOU/LOV. Det är dock oklart om ett landstings avsikt att bygga upp eller expandera ett vårdvals-system med en viss av plattformen omfattad specialistkompetens (eller göra en traditionell entreprenadupphandling på området) skulle kunna utgöra sådana "särskilda omständigheter" för avslag som anges i betänkandet på sid. 214. Förvaltningen anser att möjlighet bör finnas för ett landsting att avslå en etableringsansökan enligt LOVE, även om ansökan gäller en specialitet som ännu inte omfattas av ett vårdvals-system, men där sådant planeras eller är under införande. Detsamma gäller självfallet också om landstinget skulle ha för avsikt att upphandla specialistvården enligt LOU.

Lagförslaget återspeglar inte på ett nöjaktigt sätt landstingets behov att inom ramen för villkor eller på annat sätt ange särskilda omständigheter som kan utgöra grund för avslag. Sjukvårdshuvudmännen bör i större utsträckning än vad utredningen diskuterat tillförsäkras möjligheter att anpassa kravbild på vårdtjänsten, och förutsättningar för tilldelning av kontrakt/avslag, till regionala förutsättningar.

Förvaltningen anser vidare att premisserna för villkor och avslag tydligare ska framgå i lagtexten. Risken är annars att för stora områden överlämnas åt förvaltningsdomstolar och rättstillämpningen att avgöra, med omfattande och tidsödande rättsprocesser som följd.

Den statliga etableringsplattformen enligt LOVE innebär potentiellt mycket långtgående konsekvenser för landsting, vårdgivare i övrigt och enskilda

patienter. I den fortsatta departementsberedningen behövs mer analyser av konsekvenser för patienter, vård samband, kostnader och vårdorganisation. Det bör också prövas om den nationella samordningen kan ske på annat sätt än att en ny myndighet inrättas. Allt detta behövs för en bedömning av förslaget konsekvenser avseende patientsäkerheten. Tiden för LOVE:s tänkta ikraftträdande, den 1 januari 2011, är inte realistisk med hänsyn till den föreberedelse- och förankringsprocess som behövs inför ett ev. genomförande.

Landstinget förutsätter att ökade kostnader för vården till följd av ett genomförande av LOVE kompenseras i enlighet med finansieringsprincipen.

Utifrån Stockholms läns landstings perspektiv finns behov av ytterligare utredning avseende övergångsbestämmelser till LOVE.

Förvaltningen vill särskilt framhålla och instämma i några synpunkter på förslaget som bygger på vad hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning anfört i sin tjänstemannaskrivelse. I tjänsteutlåtande daterat den 9 mars 2010 (HSN 1002-0169) anges bl.a. följande:

Sannolikt kommer förutsättningarna för nya vårdgivare att etablera sig att variera mellan olika landsting. Erfarenheterna från nuvarande taxesystem pekar på väsentligt fler etableringar i storstäderna än i andra områden. Stockholms län har tillsammans med regionerna i Skåne och Västra Götaland har ca 52 procent av Sveriges befolkning, men där finns idag ca 77 procent av alla läkare verksamma enligt LOL och 64 procent av alla sjukgymnaster verksamma enligt LOS. En ytterligare ökning av antalet etableringar i dessa landsting kan komma att öka antalet patienter från andra landsting som söker vård där. Vad detta får för effekter har inte analyserats.

#### *Fragmentisering*

Utredningen menar att deras förslag ska leda till en minskad fragmentisering av vården, vilket förvaltningen finner önskvärt. Om det verkligen ska bli så behöver dock utvecklingen av nya styrmodeller och ersättningsmodeller vara mycket framgångsrik, annars bedömer förvaltningen att det finns en risk att utvecklingen går i motsatt riktning. Erfarenheterna är blandade inom SLL av hur nuvarande system med taxeetablerade vårdgivare fungerar ur detta perspektiv. Det finns vårdgivare som arbetar för en ökad

samverkan, men det finns också vårdgivare där landstinget ser att detta inte fungerar lika väl.

En utveckling sker på många håll i landet för att styra vården utifrån vårdflöden, processer och målgrupper, istället för efter vårdens disciplin. Inom SLL sker ett sådant arbete i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård.

#### *Ersättningsmodeller*

På flera håll pågår en utveckling av lämpliga ersättningsprinciper för hälso- och sjukvården. Betänkandet lyfter fram behovet av ersättningsmodeller som stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess. Ersättningar ska även stödja olika former av innovationer, liksom att i någon mån ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården på basis av erhållna resultat.

Utredningen tar upp och vill stödja en angelägen utveckling av hur vården ersätts. Erfarenheten från SLL är dock att denna utveckling är mångfacetterad. Det finns idag endast mindre områden där vård samband ersätts, eller där vården ersätts för resultat. En orsak är att det idag saknas beskrivningssystem för samverkan och resultat. Sådana behöver utvecklas innan nya ersättningsmodeller kan införas. SLL strävar efter att endast använda nationella beskrivningssystem för vården. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla nya beskrivningssystem där samverkan, vårdprocesser och resultat kan mätas innan ett nytt system införs. Bedömning är att detta är ett flerårigt arbete och att det idag är för tidigt att utveckla vårdssystem som bygger på detta. På samma sätt behöver vårdens informationssystem utvecklas för att möjliggöra den önskade utvecklingen.

Enligt förslaget ska den nya statliga myndigheten fastställa miniminivåer på ersättningarna. Utredningen redovisar inte konsekvenserna av en nationell minimiersättning, inte heller alternativ där landstingen själva kan sätta ersättningsnivåerna fritt. Landstingen kan enligt utredningen besluta att ge en högre ersättning. Samma ersättningsnivå ska enligt förslaget gälla i hela landstinget. En nationell miniminivå bör enligt förvaltningens uppfattning inte sättas högre än att den ger en skälig ersättning i de mest attraktiva områdena i landet, en ersättning som kan vara väsentligt lägre än vad som behövs i andra områden.

Kostnadsansvaret för förskrivna läkemedel och hjälpmedel samt för medicinsk service kan variera mellan landstingen.

För landstingens del är det viktigt att kunna hantera detta kostnadsansvar på ett enhetligt sätt, men på vilket sätt bör inte regleras av en statlig myndighet. Det bör därför vara upp till landstingen att i etableringsavtalen fastställa vilket kostnadsansvar vårdgivarna ska ha.

#### *Kostnadskontroll*

Erfarenheterna från Vårdval Stockholm är att kostnadskontroll kan upprätthållas för de vårdvalsområden där en del av ersättningen är knuten till listning eller inskrivning i verksamheten. Erfarenheterna från områden där det inte är möjligt visar på stora kostnadsökningar. För katarakt- samt höft- och knäledsoperationerna där vårdval funnits under ett år kan kostnadsökningarna bero på att tidigare köer minskat kraftigt under detta år. Den stora utmaningen är att hitta en ersättningsmodell som både stimulerar innovationer och utveckling av vården och ger en god kostnadskontroll. Förvaltningen efterlyser en mer utförlig konsekvensanalys av kostnadskonsekvenserna av utredningens förslag.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

En ny fri etablering för sjukgymnaster och läkare kommer sannolikt att leda till omfattande nyetableringar i Stockholms län. En ökad tillgång på vård leder erfarenhetsmässigt till en ökad konsumtion. Köer kortas och flera patienter med prioriterade behov får vård. Genom glidningar av vilka patienter som får vård får också patienter med lägre prioriterade behov vård. Detta leder till en ökad sjukvårdsvolym och ökade kostnader.

Erfarenhetsmässigt har det varit mycket svårt att flytta vård från sjukhusen till den öppna vården och sänka kostnaderna på sjukhusen i motsvarande utsträckning som kostnaderna i öppenvården ökar.

En erfarenhet vid andra förändringar av vården är att en ökning av den öppna vården även leder till en ökad slutenvård. Fler fall som bedöms behöva slutenvård hittas då fler kommer till den öppna vården. Även detta kommer att öka kostnaderna för vården.

I betänkandet föreslås att på sikt ska flera legitimerade grupper av sjukvårdspersonal kunna anslutas till systemet. Grupper som idag endast i begränsad omfattning utför vård som finansieras av landstingen. Till exempel skulle audionomer, dietister, kiropraktiker, logopeder, naprapater,

psykologer, psykoterapeuter och sjuksköterskor kunna anslutas till systemet. Det är svårt att uppskatta vad en fullständig offentlig finansiering av dessa grupper innebär i ekonomisk belastning på landstinget. Gissningsvis rör det sig om betydande belopp.

Risken finns att utredningens förslag kan leda till omfattande kostnadsökningar som kan påverka landstingens prioriteringar av annan vård. Förvaltningen utgår från att en finansieringsprincip där staten står för merkostnader som nya statliga beslut leder till i den kommunala verksamheten tillämpas.

Som en särskild kommentar till vad som anges vara ett behov av att utveckla nya beskrivningssystem där samverkan, vårdprocesser och resultat kan mätas samt behovet av att utveckla ett informationssystem för vården bör i det fortsatta utredningsarbetet övervägas om det kan påbörjas inom vissa områden. Därmed kan det behov som utredningen anger som angeläget inledas dvs. att stödja utvecklingen av hur vården ersätts.

Slutligen kan tilläggas att det ifrågasättande som görs ovan av utredningsförslaget vad avser omfattande kostnadsökningar skulle kunna begränsas genom att t ex fastställa en gräns eller ett tak för kostnader inom det etablerade LOVE-systemet.

*Miljökonsekvenser av beslutet*

Inga miljökonsekvenser är kända eller förväntade.

Mona Boström  
Landstingsdirektör

Anne Rundquist  
Chefsjurist