



# ÅRHUNDRADETS VÅRDREFORM

EN FUNGERANDE VÅRDORGANISATION FÖR HELA SVERIGE

K  
D



# SAMMANFATTNING

- **STATLIGT ANSVAR FÖR SJUKVÅRDEN**
- **STATLIG FINANSIERING FÖR SJUKVÅRDEN**
- **AVSKAFFA DIREKTVALDA POLITIKER PÅ REGIONNIVÅ**
- **SEX PROFESSIONELLT LEDDA SJUKVÅRDSOMRÅDEN**
- **ARBETET PÅBÖRJAS DIREKT I REGERINGSSTÄLLNING**



- Sveriges sjukvårdsorganisation har sina rötter i 1800-talets verklighet och är inte anpassad för att hantera de behov som dagens teknik- och forskningsintensiva hälso- och sjukvård ställer. Den nuvarande omoderna organisationen kännetecknas av ett mischmasch där regionerna formellt har självstyre men där statlig styrning ökar utan att tillgänglighet, vårdkvalitet eller ekonomisk hushållning förbättras t. Patienterna upplever istället en allt större ojämlikhet.
- Den fragmentiserade vårdorganisationen innebär att vi har dålig koll på vårdens kompetenser, dålig samordning mellan investeringsbehov rörande bland annat IT-system och vårdutrustning. Vid kriser saknas en nationell överblick vilket den aktuella pandemin synliggjort. Systemet är inte längre ändamålsenligt. Staten har i praktiken medgivit detta: utöver länsstyrelserna har alla statliga myndigheter upphört med att länsindela sin verksamhet. Därutöver har regeringen återkommande lagt uppdrag för att överbrygga problemen med självstyrande regioner och istället skapat ett lapptäcke av uppdrag och riktlinjer som ökar fragmentiseringen.
- De länder som genomfört stora vårdreformer i närtid har centraliserat, inte regionaliserat. Det gäller inte minst våra nordiska grannländer. Då våra samhällen och system har stora likheter så är det i första hand dem vi bör hämta inspiration från. Sverige bör av kontinuitetsskäl även fortsättnings finansiera sjukvården via skatter, snarare än via obligatoriska försäkringar.
- Den här texten ska läsas som ett utkast till de utredningsdirektiv vi avser skriva i regeringsställning, inför arbetet med att ta fram en ny sjukvårdsorganisation för Sverige. Den organisationen föreslås utgå från statligt huvudmannaskap, statlig finansiering och regionala utförarorganisationer geografiskt baserade på dagens sex sjukvårdsregioner.
- Då grundlagen inte specificerar vilka uppdrag som ska ligga på primär- eller sekundärkommuner (regioner) så finns inget behov av grundlagsändring för att denna reform ska kunna genomföras. Arbetet kan sålunda påbörjas omedelbart vid maktskifte till en regering där Kristdemokraterna ingår.





# INNEHÅLL

Sammanfattning.....	3
1. Inledning .....	7
1.1 Självstyre med ökad statlig styrning är en dålig idé .....	8
2. En befolkning – inte 21 befolkningar .....	9
3. Regionerna är för små för den moderna sjukvården .....	13
4. Demokrati och förankring.....	15
5. Hur andra länder organiserar sin sjukvård .....	17
5.1 Frankrike .....	17
5.2 Nederländerna.....	18
5.3 Danmark.....	18
5.4 Norge .....	19
6. Grundlagen.....	21
7. Vilken vårdmodell är bäst utifrån svenska förhållanden?.....	23
8. Underlag för utredning om ny vårdorganisation.....	25
8.1 Primärvårdens förutsättningar och organisatoriska hemvist.....	25
8.2 Digitalisering .....	26
8.3 Forskning, utveckling och utbildning .....	26
Referenser .....	28



# 1. INLEDNING

Dagens organisering av sjukvården har en lång rad problem. Det mest grundläggande problemet är att en modern, högkvalitativ och jämlik sjukvård är oändligt mycket mer komplex och kostsam att åstadkomma än den sjukvård som historiskt har bedrivits av regionerna (tidigare landstingen). För att bedriva dagens avancerade sjukvård rationellt och med hög kvalitet krävs ett betydligt större befolkningsunderlag än det som finns i enskilda svenska regioner. Den medicinska och tekniska utvecklingen har helt enkelt sprungit ifrån dagens organisationsmodell där 21 självstyrande regioner beslutar om och utför sjukvården.

Som kristdemokrater är vi djupt förankrade i idén om subsidiaritet – att beslut ska fattas på lägsta möjliga ändamålsenliga nivå. Det kan därför tyckas överraskande att Kristdemokraterna samtidigt är de starkaste förespråkarna för ett centraliserat beslutsfattande rörande hälso- och sjukvården. Men det står helt klart för oss att dagens sjukvårdsorganisation inte är ändamålsenlig. Alltför många av de problem som sjukvården står inför är redan nu alltför stora för enskilda regioner att hantera – ännu mer så i framtiden. Detta skapar en situation där patienterna i slutänden inte får en så god vård som annars hade varit möjligt och där den vård som erbjuds därtill är ojämnt fördelad mellan invånarna.

Vad som kan anses vara en ”god vård” är inte närmare preciserat i de lagar som styr sjukvårdshuvudmännen. Och begreppet lämnar ett mycket stort tolkningsutrymme. Det är visserligen tydligt att vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Men kan det anses vara ”god vård” när patienten får vänta 8 månader på en dokumenterat nödvändig operation på grund av långa vårdköer? Är det ”god vård” när patienter förskrivs läkemedel med dokumenterat sämre effekt men lägre pris, trots att bättre alternativ finns

tillgängliga? Är det ”god vård” när vårdgivare vägrar att utföra flera moment vid ett och samma besök och istället ber patienten komma tillbaka vid ett senare tillfälle eftersom vårdgivaren då får mer ersättning?

Återkommande visar det sig även att vården inte är jämlik. Såväl kvalitet som tillgänglighet varierar kraftigt över landet. Detta är inte förvånande med tanke på att vården idag utförs av 21 olika huvudmän med sinsemellan väldigt olika förutsättningar, någon som inte minst Coronakommissionen nu har understrukt. Alla vårdgivare och huvudmän bär ansvar för att ge en god vård. Men ingen har något utpekad och samlat ansvar för att vården också ska vara jämlik. Strävan efter en jämlik vård är därmed på samma gång allas och ingens ansvar.

Hälso- och sjukvårdslagens målsättningen är god vård på lika villkor för hela befolkningen. Den svenska sjukvården står inför mycket betydande utmaningar. Befolkningen har vuxit snabbt samtidigt som andelen äldre i behov av vård ökar. Ovanpå detta innebär den medicinska utvecklingen att utbudet av vård – möjligheten att behandla, bota och lindra ständigt förbättras. Diagnoser som för något årtionde sedan innebar en säker död kan i många fall framgångsrikt behandlas tack vare nya forskningsgenombrott, avancerade läkemedelsterapier och modern medicinsk teknik. Sjukvården blir alltmer kunskapsintensiv, specialiserad och tekniskt avancerad.

För att kunna bedriva denna komplexa och specialiserade verksamhet på ett rationellt och ändamålsenligt sätt krävs stora patientunderlag, stora ekonomiska resurser och stark förmåga att attrahera högt efterfrågad kvalificerad kompetens. Detta innebär i sin tur att mindre regioner, med svagare skattekraft, mindre befolkningsunderlag och lägre attraktionskraft, får kämpa i en allt hårdare motvind för att upprätthålla god kvalitet och acceptabel tillgänglighet i vården.

Trots regionernas beskattningsrätt och trots det

kommunala utjämningsystemet krävs i allt högre grad statliga insatser för att säkerställa att regionerna har förutsättningar att leva upp till lagens krav. Den decentraliserade sjukvårdsorganisationens finansiella och medicinska resultat upprätthålls redan idag i hög grad genom statlig konstgjord andning.

Befolkningsprognoser från bland annat Statistiska Centralbyrån<sup>1</sup> och Arbetsförmedlingen pekar på att denna utveckling snarare kommer att accelerera än avmattas. Fram till år 2030 kommer försörjningsbördan öka i landet som helhet. Färre ska försörja fler. Detta är bekymmersamt i sig. Men utvecklingen av skattekraften är därtill mycket ojämnt fördelat över landet. I storstadsregionerna, som redan ligger i topp avseende andel invånare i arbetsför ålder, kommer andelen enligt prognoserna att öka ytterligare medan andelen arbetsföra väntas minska i nära nog samtliga glesbefolkade regioner.

Vidare innebär befolkningsprognoserna att antalet personer som förväntas behöva vård kraftigt ökar samtidigt som utbudet av arbetskraft till sjukvården minskar i förhållande till vårdbehoven.

Sammantaget står sjukvården inför en situation där vare sig tillgången på ekonomiska resurser eller kompetent personal kommer att vara tillräcklig utan radikalt förändrade arbetssätt och ett mer effektivt nyttjande av de samlade sjukvårdsresurserna. För att klara den nödvändiga omställningen krävs en organisation med stark utvecklingskraft och brett mandat att genomföra nödvändiga strukturella förändringar. I en sådan organisation är det vår uppfattning att staten, inte regionerna, ska utgöra grunden för sjukvården.

## 1.1 SJÄLVSTYRE MED ÖKAD STATLIG STYRNING ÄR EN DÅLIG IDÉ

Flera partier anser idag att hälso- och sjukvården behöver mer av statlig styrning inom olika områden men vill bibehålla dagens ordning med 21 självstyrande regioner med beskattningsrätt. Det är en dålig kombination.

De uppgifter som ges till kommuner och regioner ska vara kopplade till ett stort mått av handlingsutrymme och beskattningsrätten som huvudsaklig finansiering.

Behovet av att samordna vården och ge förutsättningar för en mer jämlik vård har ökat. För att försöka lösa detta har regionernas ansvar för hälso- och sjukvården blivit rejält beskuret under en lång tid. Inte minst under pandemin har den statliga styrningen ökat. Men det har skett genom den sämsta metoden: bibehållet formellt självstyre och en mängd statlig styrning i form av uppdrag till myndigheter och styrning genom destinerade statsbidrag. Resultatet är en svärgenomtränglig massa av styrning på flera nivåer. Det försvårar för professionen och det ger allt mindre utrymme till regionpolitikerna samtidigt som regeringen knappast kan styra vården.

Detta mischmasch måste bort. Därför kan inte 21 regioner med beskattningsrätt behållas. Istället bör den regionala beskattningsnivån och den direktvalda regionala styrningen av vården tas bort för att forma en ny och mer ändamålsenlig organisation.



## 2. EN BEFOLKNING – INTE 21 BEFOLKNINGAR

Dagens sjukvårdsmodell leder till suboptimering. Sjukvårdsresurserna fördelas inom respektive region utifrån behoven i den egna regionen – inte utifrån behovet i befolkningen som helhet. Medborgarna får därmed ut mindre sjukvård för varje satsad skattekrona.

Det finns exempelvis ingen eller mycket svag samordning mellan regionerna avseende stora investeringar i exempelvis nya sjukhus, trots att det ofta rör sig om investeringar i miljardklassen och trots att planering- och dimensionering av den specialiserade sjukhusvården ofta påverkar omkringliggande regioner. På samma sätt saknas en samordnad planering av investeringar i kostsam medicinsk teknik såsom operationsrobotar, avancerad röntgenutrustning etc. Resultatet av detta är att kapaciteten totalt sett är feldimensionerad i förhållande till behoven, med stora kostnader som följd.

Modern och avancerad sjukvård är kostsam att bedriva. Med ett större befolkningsunderlag kan vården struktureras mer rationellt och kvalitet och effektivitet upprätthållas i verksamheterna. Regionernas förutsättningar avseende befolkningsunderlag är dock mycket skiftande.

Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne har tillsammans 53 procent av det totala befolkningsunderlaget i Sverige. Resterande 47 procent av befolkningen finns alltså fördelade på 18 olika regioner.

Brister i samordningen av resurserna i sjukvårdssystemet är också en viktig förklaring till långa vårdköer. Sverige har, totalt sett, goda förutsätt-

ningar att ha en effektiv vård utan långa väntetider:

- Många läkare per capita 2
- Relativt många sjuksköterskor per capita 3
- Moderna sjukhus och god tillgång till avancerad medicinsk teknik
- God tillgång till effektiva läkemedel
- Stora ekonomiska resurser till sjukvårdens förfogande

Trots detta har Sverige mycket låg tillgänglighet. Bristande samordning tillsammans med en icke ändamålsenlig administrativ börda för vårdpersonalen är två viktiga skäl till att medicinskt utbildad personal inte används på bästa sätt. I många europeiska länder, där förutsättningarna på papperet är sämre eller i vart fall inte bättre, är det nästan otänkbart att en patient skulle tvingas vänta i månader på att få träffa en specialist. I Sverige är det mer regel än undantag. Men även väntetider varierar kraftigt över landet. Inte sällan varierar väntetiderna också kraftigt mellan olika vårdgivare inom en och samma region. Slutsatsen av detta är att vården dels behöver höja sin produktivitet, dels använda de samlade resurserna för att skapa rimliga väntetider för alla patienter, oavsett vart de råkar bo.

Det saknas idag en nationell bild över vilka kompetenser som finns i hälso- och sjukvården. Det ny tillsatta nationella kompetensrådet försöker hitta vägar för att för första gången i modern tid få en bild över exempelvis hur många specialistsjuksköterskor som arbetar inom hälso- och sjukvården

och vilken specialisering de har. Vi vet alltså inte hur många geriatriker som arbetar inom vården, inte heller om de är dubbelspecialister eller om de arbetar heltid. Denna brist gör att vi dels inte kan bedöma utbildningsbehovet på ett adekvat sätt och dels att kompetensbrist upptäcks för sent.

Ett annat exempel på dysfunktionell samordning rör regionernas investeringar i IT och e-hälsa. Den snabba tekniska utvecklingen skapar nya möjligheter att göra vården mer tillgänglig och effektiv samtidigt som patienter får verktyg för att bli mer delaktiga i sin egen vård. Men trots att behoven är identiska i hela landet – och trots att Sverige har ambitionen att vara bäst i världen på e-hälsa – görs bara en mycket liten andel av investeringar och utvecklingsarbete gemensamt. Jämfört med IT-utvecklingen i andra delar av samhället har regionernas utveckling varit mycket långsamt.

Det är nu ett kvartssekel sedan de första internetbankerna öppnade i Sverige. För 15 år sedan hade andelen svenskar som betalar sina räkningar via internetbanken ökat till 80 procent. Men det är fortfarande långt ifrån självklart att en region kan skicka en digital patientjournal till en vårdgivare i en annan region. Ibland kan journalinformation inte ens utbytas digitalt inom en och samma region. Sjukvården är snart sagt den enda sektor där telefaxen fortfarande används flitigt.

Den svaga samordningen kring e-hälsa och de sekretessbarriärer som den fragmenterade regionstrukturen innebär gör att regionerna missar möjligheten att tillvarata kraften i digitaliseringen. Den innebär också att Sverige missar möjligheter att bli en än mer framstående forskningsnation. Sverige tillhör de länder i världens som har bäst hälsodata över patienter, men att samla och använda data för forskning är komplicerat i ett system med 21 olika ägare av data.

Inte heller inom sig klarar regionerna att dimensionera sjukvården rationellt. Under flera decennier har såväl politiker som experter varit överens om att primärvården måste stärkas. En större andel av resurserna, fler läkare, fler sjuksköterskor etc,

behöver möta patienter på våra vårdcentraler (hälsocentraler) och en mindre andel av resurserna konsumeras vid sjukhusen.

Men trots konsensus, stora ambitioner och mycket lång tid har regionerna inte haft kraften att genomföra denna nödvändiga förändring. Det arbete som för närvarande pågår inom ramen för God och nära vård, är i stora stycken lovvärt, men kommer svårigen att räcka om det inte genomförs samlat och resurssätts rätt. En utbyggd primärvård är nödvändig om vi ska få en effektiv och samordnad vård för patienterna.

I takt med att vården blir allt mer avancerad och möjligheterna att behandla allvarliga tillstånd större ökar också behovet av specialisering. För att upprätthålla och utveckla spetskunskap krävs tillräckligt stora patientunderlag för att sjukvårdspersonalen ska få den träning och erfarenhet som är nödvändig för att hålla en hög kvalitet. Då måste vården nivåstruktureras på ett sådant sätt att patienter med ett visst tillstånd behandlas på ett mindre antal specialiserade kliniker. En sådan utveckling har också skett i Sverige men inte i tillräcklig utsträckning. Nivåstruktureringen av vården hindras till stor del av revirtänkande mellan regionerna.

Ett annat problem med dagens system är att patienter ibland bollas mellan olika vårdnivåer och insatser i syfte att minska de egna kostnaderna. Detta sker oftast inte medvetet men blir en konsekvens av underliggande incitament. Det kan handla om att patienter skrivs ut för tidigt från sjukhus och skickas tillbaka till den kommunala äldreomsorgen trots att den rätta medicinska kompetensen saknas på äldreboendet, inte sällan med återinläggning på sjukhus som följd. Det kan också handla om att insatser som skulle kunna förebygga att en patient måste läggas in på sjukhus underprioriteras, eftersom en sjukhusinläggning inte får några negativa ekonomiska konsekvenser för den kommunala äldreomsorgen. Ersättningsystemen spelar här en icke oväsentlig roll. Gränssnittet mellan sjukvården och äldreomsorgen behöver därför förbättras.

Den nationella styrning som finns i dag blir lätt otydlig. Exempelvis läggs nu ofta det viktiga arbetet med kunskapsstyrning ovanpå all annan styrning och medarbetarna har, istället för att få ett bättre kunskapsstöd i sitt arbete, fått ännu ett direktiv där det inte klarläggs vad som försvinner när det nya kommer. Den statliga utredningen Kunskapsbaserad och jämlik vård<sup>4</sup>, visade exempelvis att vården konstant måste förhålla sig till flera tusen olika dokument som syftar till att göra vården mer kunskapsbaserad och jämlik. Utredningen konstaterade vidare att trots stora ekonomiska satsningar och mängder av myndighetsdokument misslyckas regionerna med att uppnå en jämlik vård för befolkningen.

De 21 regionerna har, liksom övrig offentlig förvaltning, sedan länge en långtgående decentralisering som innebär fullt budgetansvar för varje enhet. Det har goda fördelar i syfte att hålla budget och ha nära kunskap om hur pengarna används på bästa sätt. Det har också nackdelar. Samordning ur ett patientperspektiv brukar sällan kunna göras inom varje budgetenhet utan kräver insatser från många olika delar av hälso- och sjukvården som var och en har budgetansvar. Målet om en god nära och samordnad vård för patienterna möter därför ofta motstånd i det ekonomiska styrsystemet som inte tar sikte på samordning och helhet för patienten utan resultatansvaret för enheten.

På liknande sätt är det för de insatser patienterna behöver som går utanför den egna regionens verksamheter. Det blir en budgetpost som dränerar enheten på resurser istället för en insats som är

en del i en samordnad vårdkedja för patienten. Digitala lösningar utvecklas på bred front men har hittills mest kännetecknats av att vara solitärer istället för att ingå i en samordnad process för patienten. Dessa brister gör vården ineffektiv och är sällan till gagn för patienten eller samhällsekonomin.

Dessa uppenbara problem löses dock inte med att ta bort budgetansvar eller låta verksamheter arbeta på löpande räkning. Istället krävs förmodligen en kombination av åtgärder som leder till att vården kan samordnas ur patientens perspektiv och i ekonomiska termer bli effektiv, så att varje krona används på bästa sätt.

Sjukförsäkringen har genomgått stora förändringar i och med regeringens krav på i genomsnitt 9,0 dagars sjukskrivning per år. Ökningen av antalet utförsäkrade är synnerligen kraftig men det går inte att se en korrelation med att de utförsäkrade återfått hälsa och arbetsförmåga utan är snarare ett resultat av regeringens krav till Försäkringskassan. En del av problemet ligger i vårdens långa köer och bristande tillgänglighet. Men också bristen på samordning ur patientens perspektiv.

Ansvarsutkrävandet uteblir när ingen har mandat att ta ansvar för helheten. Styrningen av offentliga verksamheter måste ge möjlighet till ansvarsutkrävande och en god möjlighet för medarbetaren att forma verksamheten utifrån den kompetens och kunskap man har, inte minst i en kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården.



# 3. REGIONERNA ÄR FÖR SMÅ FÖR DEN MODERNA SJUKVÅRDEN

Landstingen fick ansvaret för sjukvården genom en kommunreform år 1862. Indelningen i landsting baserades i sin tur på Axel Oxensternas länsindelning från 1600-talet. Grundidén var att varje landsting skulle ansvara för all sjukvård för den egna befolkningen. Denna tanke har både i praktiken och teorin blivit alltmer obsolet.

Även om det finns betydligt mer att göra har så kallad nivåstrukturering lett till att patienter med ovanliga men allvarliga tillstånd i ökande omfattning skickas till andra delar av landet dit specialistkompetensen koncentrerats. Det är alltså inte möjligt för någon region, allra minst de små, att hålla sig med den kompetens som krävs för att bedriva den mest avancerade vården för alla patientgrupper. Vid sidan om denna utveckling har också lagstiftningen förändrats så att patienter i högre grad fått rätt att själva välja vård utanför den egna regionen. Dessa rättigheter definieras i Patientlagen och gäller för all sjukvård som inte kräver inläggning på sjukhus över natt.

Att dagens sjukvårdsstruktur med 21 självstyrande regioner är otidsenlig och dåligt anpassad för att möta morgondagens komplexa utmaningar är ingen ny insikt. En rad statliga utredningar, allt sedan 1950-talet, har dragit slutsatsen att länen som administrativ enhet spelat ut sin roll. Bland annat den parlamentariska Ansvarskommittén - som arbetade under flera år på 00-talet - har också specifikt konstaterat att dagens regioner är för små och för olika för att på ett rationellt och effektivt sätt bedriva modern sjukvård.

Det kan vidare konstateras att samtliga statliga myndigheter som tidigare haft en regional struktur baserad på länen successivt frångått detta och

istället indelat verksamheten in i större regioner – vanligen mellan fem och åtta till antalet. Det enda kvarvarande undantaget är de 21 länsstyrelserna som per definition måste finnas kvar så länge dagens länsindelning består.

Även sjukvården är sedan 1990-talet indelad i sex större sjukvårdsregioner. Sjukvårdsregionernas geografiska indelning är utformad så att varje region har (minst) ett universitetssjukhus där den allra mest högspecialiserade vården bedrivs i kombination med forskning och utbildning. Antalet invånare varierar visserligen relativt kraftigt mellan den största och den minsta regionen. Norra sjukvårdsregionens invånarantal utgör drygt 36 procent av invånarantalet i Stockholms sjukvårdsregion.

Detta bleknar dock bredvid skillnaderna mellan dagens länsbaserade regioner där invånarantalet i Region Jämtland-Härjedalen utgör drygt fem procent av invånarantalet i Region Stockholm. I jämförelse med Region Gotland har Region Stockholm 39 gånger fler invånare.

I den nuvarande regionindelningen, med 21 regioner, har storstadsregionerna alltså en betydande befolkningsmässig fördel. Region Stockholm, Västra Götalandsregionen och Region Skåne täcker tillsammans mer än halva den svenska befolkningen, nära 53 procent. Resterande 47 procent av befolkningen fördelas dessutom ojämnt mellan övriga 18 regioner. Eftersom större invånarantal och därmed större patientunderlag blir en allt större konkurrensfördel i takt med kunskapsutvecklingen i sjukvården, missgynnas mindre regioner också i detta avseende.

Sjukvårdsregionerna samarbetar i viss grad kring exempelvis viss högspecialiserad vård och i viss mån även kring forskning och utbildning men

formerna för- och graden av samarbete varierar över landet. Sjukvårdsregionerna agerar inte som huvudmän för sjukvården och har i det flesta fall inte ens ett eget organisationsnummer. Sammantaget är samarbetet inom sjukvårdsregionerna mycket begränsat i omfattning i förhållande till alla de områden där storskalighet kunde ha varit en fördel.

## 4. DEMOKRATI OCH FÖRANKRING

Ett vanligt argument mot att staten övertar ansvaret för sjukvården från dagens regioner är att besluten då flyttar längre från medborgarna och att den regionala demokratin därmed försvagas. Detta resonemang förutsätter dock att väljarna är medvetna om hur regionernas styrs, vilka beslut som fattas regionalt samt vilka som fattar dessa beslut. Utan denna kunskap saknar väljarna förutsättningar för ansvarsutkrävande på rätt politisk nivå.

Forskning visar emellertid att bara en bråkdel av medborgarna har kännedom om vilka politiker som styr regionerna. Som exempel kan nämnas SOM-institutet forskningsprojekt ”Slutna rum och öppna landskap”, där forskarna löpande undersökte medborgarnas kännedom om de ledande politikerna i Region Skåne mellan år 2004-2015. Undersökningen visar att de ledande politikerna i genomsnitt var kända av 17 procent av väljarna. Fyra av fem medborgarna var alltså obekanta med de politiker som återfanns i regionens yttersta ledning. Inte vid något tillfälle lyckades någon regionpolitiker uppnå kännedom hos mer än hälften av medborgarna (toppnoteringen var 46 procent) och bara tre politiker nådde, samtliga mättillfällen inkluderade, en kännedom som översteg 30 procent.

Undersökningarna visar därutöver av de regionpolitiker som trots allt var kända av medborgarna åtnjöt en mycket begränsad popularitet. På en skala mellan – 50 (alla ogillar politikern) och + 50 (alla gillar politikern) blev det genomsnittliga resultatet utslaget på samtliga mättillfällen under de 12 redovisade åren -1.

Resultaten ovan ska inte tolkas som ett underbetyg åt regionpolitikernas ambitioner och arbetsinsatser. Däremot kan den ses som ett kvitto på att väljarnas engagemang för- och förståelse av den regionala politikens funktion och betydelse

generellt sett är mycket begränsad. Detta problem förstärks av att såväl enskilda regionpolitiker, talespersoner för regioner och samarbetsorganisationen Sveriges kommuner- och regioner, SKR, tenderar att – inte sällan rättmätigt - peka på behov av insatser från den nationella politiska nivån för att lösa de problem som uppträder på den regionala nivån samtidigt som en stor mängd riktade statsbidrag bidrar till ett tungrovt och komplext system.

Vad gäller regional demokrati och möjligheten till politiskt ansvarsutkrävande bör också nämnas att en stor del av det arbete regionerna utför påverkas av processer som hanteras och kanaliseras genom SKR. Det gäller exempelvis arbetet inom ramen för en lång rad ekonomiska överenskommelser med regeringen omfattande många miljarder, arbetet med kunskapsstyrning och vissa frågor om ersättningsystemens nivå och utformning. SKR är därmed en mycket central aktör med omfattande påverkan på den regionala realpolitiken och regionernas ekonomiska ramar. SKR är en nationell ideell föreningmedlems- och utgör även arbetsgi- varorganisation för kommuner och regioner som styrs av indirekt valda politiker. Insynen i SKR begränsas i formell mening också av det faktum att offentlighetsprincipen inte gäller ideella föreningar även om man är transparent i sin verksamhet. Allt detta sammantaget innebär uppenbara svårigheter för den genomsnittliga väljaren att överblicka den regionala politiken och att utkräva politiskt ansvar på rätt nivå. Dessutom finns en risk att de nationella satsningarna inte kommer att genomföras på ett jämlikt sätt i alla 21 regionerna.

Att väljarna tillskriver den nationella politiska nivån ett betydande inflytande över utvecklingen i sjukvården är tydligt, såväl i den politiska debatten som i resultaten från opinionsmätningar. Regering och riksdag har dock, med dagens organisationsmodell och bortsett från direkt lagstiftning som riskerar att inkräkta på den kommunala självstyrelsen, tämligen trubbiga verktyg för att förändra sjukvårdens funktionssätt.





# 5. HUR ANDRA LÄNDER ORGANISERAR SIN SJUKVÅRD

**De västeuropeiska sjukvårdsmodellerna kan delas in i två huvudkategorier: försäkringsbaserade och skattefinansierade.**

De försäkringsbaserade modellerna kan spåras tillbaka till den tysk-preussiske rikskanslern Otto von Bismarcks sociallagstiftning från 1880-talet. Bismarcks trygghetssystem byggde på arbetsgivarnas sociala ansvar för anställda och deras familjer vilket la grunden för försäkringskassor som finansierades av arbetsgivarna och betalade för vården. Utförarna var ofta en mix av privata och ideella och offentliga aktörer, vilket åtminstone delvis förklarar varför dessa länder alltjämt har en högre andel privata och ideella aktörer i sjukvården. I de försäkringsbaserade sjukvårdssystemen i Västeuropa omfattas numera i stort sett alla medborgare. Till länder med försäkringsbaserade sjukvårdssystem hör bland andra Tyskland, Nederländerna, Frankrike, Österrike och Schweiz.

De skattefinansierade sjukvårdsmodellerna brukar förknippas med den brittiske nationalekonomen William Henry Beveridge. Beveridge ledde arbetet med att utforma en ny brittisk socialpolitik under och efter andra världskriget, vilket bland annat resulterade i den skattefinansierade brittiska sjukvårdsmodellen med i huvudsak offentliga utförare. Denna modell har också stått mall för många andra länder. Trots relativt stora variationer räknas bland annat de nordiska länderna, Storbritannien, Irland, Italien, Portugal och Spanien till denna grupp.

I realiteten är skillnaderna mellan försäkringsbaserade och skattefinansierade modeller små när det kommer till solidarisk finansiering. Försäkringspremier baseras på inkomst vilket innebär samma typ av progressivitet som i skattefinansierade modeller.

Den starkt decentraliserade ansvarsfördelningen för sjukvården i Sverige är däremot är i stort sett unik i Europa. De flesta av de länder som tidigare haft en liknande struktur har övergivit den.

Det gäller bland annat våra nordiska grannländer Norge och Danmark.

Vilken organisationsmodell som bör ersätta dagens är en komplex fråga. Nedan följer ett antal exempel på hur sjukvården är organiserad i ett antal länder som presterar goda medicinska resultat, god tillgänglighet och hög tillit hos patienterna.

## 5.1 FRANKRIKE

Frankrike har ett försäkringsbaserat system som omfattar samtliga medborgare (allmänt och obligatorisk). Vad som ingår i försäkringen, behandlingar, läkemedel, medicinsk teknik etc, beslutas nationellt. Alla försäkringsgivare ingår i samma system.

Försäkringen täcker lejonparten av kostnaderna för nödvändig vård. Försäkringspremien betalas i relation till inkomst. Staten skjuter utöver detta till ekonomiska medel för att säkerställa att sjukvårdsförsäkringen täcker nödvändig vård. Många fransmän har också tilläggsförsäkringar som betalas privat.

Patienter har normalt en fast läkarkontakt i primärvården. I Frankrike är det mycket vanligt att läkare i primärvården gör hembesök hos patienterna. Andelen allmänläkare är nära dubbelt så hög i Frankrike som i Sverige (27 procent av de franska läkarna är allmänläkare mot 15 procent av de svenska).

Sjukhusen drivs i privat, ideell eller offentlig regi och primärvården består till övervägande del av privatpraktiserande allmänspecialister.

Väntetiderna i såväl specialistvården som i primärvården är korta. Normalt väntar patienter, vid icke akuta sjukdomstillstånd, några dagar på att få träffa en specialistläkare och upp till en månad på planerad operation/åtgärd.

Frankrike tillhör de länder i OECD som har högt sjukvårdskostnader som andel av BNP. Under början av 2010-talet hade Frankrike stora problem med skenande kostnader. Kurvan har planat ut på senare år men kostnaderna är alltså höga.

De medicinska resultaten är generellt goda men ojämlikheter i behandlingsresultat mellan olika sjukhus och områden är bekymmersamt stora.

Även om alla försäkringsgivare ingår i ett nationellt system i vilket innehållet huvudsakligen beslutas nationellt så är det franska systemet fragmenterat. De olika försäkringsgivarna, sjukhus med olika driftsformer och en primärvård bestående av nästan uteslutande mindre privatpraktiserande mottagningar gör det svårt att genomföra övergripande reformer på nationell nivå.

## 5.2 NEDERLÄNDERNA

År 2006 övergick Nederländerna från en huvudsakligen statligt finansierad sjukvårdsförsäkring till en försäkring som istället finansieras av medborgarna via en obligatorisk privat sjukvårdsförsäkring. För enskilda innebär förändringen bara marginella skillnader i plånboken eftersom skatten minskade med ungefär samma belopp som kostanden för den privata sjukvårdsförsäkringen.

Poängen med förändringen var att åstadkomma en ökad konkurrens mellan olika privata försäkringsbolag och därmed höja effektiviteten i systemet som helhet. Personer som på grund av sjukdom, arbetslöshet eller funktionsnedsättning har svårt att betala sjukvårdsförsäkringen får stöd av staten. Alla barn får också gratis sjukvårdsförsäkring. Staten skjuter därutöver till pengar för att finansiera vissa särskilt kostsamma delar av vården, exempelvis långvarig psykiatrisk heldygnsvård. Andelen medborgare som avstår vård av ekonomiska skäl är lika låg i Nederländerna som i Sverige, enligt OECD.

Primärvården består, liksom i många andra europeiska länder, nästan uteslutande av privatpraktiserande allmänläkare. Många av dessa ingår i samarbeten med andra privata aktörer. Tillgängligheten i primärvården är hög och patienterna är relativt nöjda.

Även sjukhusen är som regel privata men drivs ofta av non profit-organisationer. Såväl själva försäkringen som sjukhusvården och primärvården är därmed konkurrensutsatt. Aktörerna förväntas konkurrera med både pris och kvalitet.

Väntetiderna i vården är generellt betydligt kortare i Nederländerna än i Sverige. En nederländsk läkare träffar i genomsnitt betydligt fler patienter per år och en genomsnittlig patient gör också avsevärt fler läkarbesök.

Kvaliteten på vården i Nederländerna är mycket god. I flera undersökningar, baserade på medicinska utfall, rankas Nederländerna högre än Sverige. Nederländernas sjukvård får också bättre betyg av patienterna.

Staten har stora möjligheter att ställa krav på försäkringsgivarna att uppfylla krav av olika slag. Men även Nederländerna har vissa problem med fragmentiserade system, bland annat olika journalsystem som inte kan utbyta information mellan varandra.

## 5.3 DANMARK

Danmark genomförde år 2007 en mycket omfattande kommunreform. Genom kommunsammanslagningen minskades antalet kommuner från 270 till 98. De 13 länen (Amtene) ersattes samtidigt av 5 regioner. Reformen realiserades tre år efter att det ursprungliga förslaget presenterats och innebär bland annat att regionerna framtogs beskattningsrätten.

Regionerna ansvarar nu för driften av den specialiserade sjukvården (sjukhusen) och för finansieringen av primärvården. I varje region finns (minst) ett större sjukhus och 2-4 mindre och varje region har omkring 1 miljon invånare. En del av de tidigare Amtens uppgifter överflyttades till primärkommunerna.

Sjukvården finansieras alltså via statlig skatt. Regionerna får varje år en summa pengar från staten för att driva verksamheten.

Även om regionerna driver sjukvården så har staten, via regeringen (Sundhets- och äldreministeriet) samt myndigheten Sundhetsstyrelsen ett betydande inflytande. I varje region finns dessutom statligt anställda medicinska experter utplacerade.

Primärvården består nästan uteslutande av privatpraktiserande allmänläkare. Åtagandet för primärvården beslutas av staten och är därmed samma i hela landet. Till primärvården räknas också viss öppenvårdspsykiatri, fysioterapi etc. Nästan alla danskar har en fast läkarkontakt i primärvården.

Kommunerna ansvarar för äldreomsorg, förebyggande hälsoinsatser och skolhälsovård. Denna verksamhet finansieras via kommunalskatten.

Kvaliteten och tillgängligheten i den danska sjukvården har förbättrats avsevärt under senare år. Danmark har gått från en situation där landets medicinska resultat låg en bra bit efter Sveriges, till att idag i stort sett vara ikapp och ibland förbi.

Danmark har något färre läkare och något färre sjuksköterskor per capita jämfört med Sverige. Danmark har också något sämre förutsättningar när det gäller ett antal folkhälsoindikatorer, exempelvis en högre andel rökare, större konsumtion av alkohol per capita etc. Men Danmark har samtidigt radikalt bättre tillgänglighet, såväl i primärvården som i den specialiserade vården. I primärvården finns i stort sett inga väntetider i Danmark. Och väntetiden till operation/åtgärd ligger i de flesta fall på 2-4 veckor, jämfört med omkring 13 veckor i Sverige.

En delförklaring till den höga tillgängligheten i den specialiserade vården är att omkring 80 procent av alla vårdbesök i Danmark sker i primärvården. En annan förklaring är att Danmark infört fritt sjukhusval. Staten följer också utvecklingen av väntetiderna mycket noga via Sundhetsstyrelsen och hjälper därtill patienter att hitta vård vid det sjukhus där väntetiderna är kortast via

myndighetens hemsida. Patienter kan inte bara hitta rätt klinik, utan också direkt ansöka om att få sin vård utförd vid en viss klinik direkt via myndighetens hemsida.

## 5.4 NORGE

Före 2002 hade Norge i likhet med Sverige en starkt decentraliserad sjukvårdsorganisation. Vården utfördes av den norska motsvarigheten till regioner/landskap, fylken, som också ägde sjukhusen. Växande problem med bland annat ojämlikhet och dålig kostnadskontroll ledde till en reform som innebar att staten helt övertog ansvaret för att driva den specialiserade sjukvården. Reformen genomfördes mycket snabbt – det tog bara omkring ett år från förslag till ikraftträdande. Någon skattereform var inte nödvändig eftersom även det tidigare systemet finansierades via statlig skatt. Norska fylken har aldrig haft beskattningsrätt.

Inledningsvis delades de då 19 fylkena in i fem större regioner där staten bildade särskilda hälsoföretag (helseforetak) som fick ansvaret för att driva öppen specialiserad vård och sjukhusvård vid offentliga sjukhus och vårdinrättningar samt att upphandla privat eller ideellt driven specialistvård. Efter några år konstaterades emellertid att fem regioner var onödigt många och antalet hälsoföretag minskades till fyra.

Regeringen är via hälsodepartementet ytterst ansvarig för sjukvården och beslutar bland annat om budget för hälsoföretagen och nationella regelverk som gäller för samtliga vårdgivare inom den specialiserade vården. Hälsoföretagens styrelseordförande utses av regeringen och styrelserna innehåller representanter för såväl professionen, personal och patienter.

Primärvården är av tradition en kommunal angelägenhet i Norge. Redan 1984 beslutade Stortinget att alla kommuner ska erbjuda möjlighet att komma i kontakt med primärvårdsläkare dygnet runt.

Strax före den stora strukturreformen 2002 infördes också det så kallade fastläkarsystemet. Systemet syftar till att alla patienter ska ha en

fast läkarkontakt i primärvården och hur många fastläkare som finns i en kommun avgörs genom en form av etableringsrätt som beslutas av kommunen och staten gemensamt. Även om fastläkarsystemet i grunden är kommunalt fattas många avgörande beslut centralt, exempelvis nivån på kapiteringsersättningen (ersättningen per listad patient). Staten skjuter också till pengar till kommunerna för att finansiera systemet även om den största delen av finansieringen sker via kommunalskatten.

Över 90 procent av alla fastläkare är privatpraktiserande och mottagningarna i regel små, även om en del av fastläkarna samarbetar om en gemensam patientstock. Andelen sjuksköterskor och övrig vårdpersonal är betydligt lägre i fastläkarsystemet än i den svenska primärvården vilket också innebär att läkarna själva utför många uppgifter som i Sverige normalt faller på andra personalkategorier.

Fastläkarna har en uttalad grindvaktsfunktion i förhållande till den akuta och specialiserade sjukhusvården. Det krävs normalt remiss för att komma till akutmottagningen och för att få träffa

en specialist på sjukhus. Kompetenskraven i fastläkarsystemet har höjts över tid och allt fler uppgifter har flyttats ut från sjukhus till fastläkare.

Reformen har varit mycket framgångsrik när det gäller att öka andelen läkare i primärvården och primärvårdens andel av den totala sjukvården. Patienterna är också nöjda med tillgängligheten, bemötandet och den vård som ges. På senare år har många fastläkare dock upplevt arbetssituationen som pressad. Otaliga rapporter om stress och långa arbetsveckor har kommit och ett minskat intresse för att söka sig till fastläkaryrket har noterats. Framförallt har rekryteringsproblem noterats i glesbygden.

Förstatligandet av specialistvården har lett till bättre kostnadskontroll och kortare väntetider för patienter. Liksom i Danmark råder fritt val, även till vård på sjukhus. Kvalitén i den norska vården är generellt mycket god och de medicinska resultaten i världsklass. Norska läkare träffar nära 30 procent fler patienter i genomsnitt varje år jämfört med svenska läkare.

## 6. GRUNDLAGEN

Det kommunala självstyret har ofta använts som argument mot en starkare statlig styrning av vården. I debatten framställs det ofta som om regeringen är förhindrad att överta uppgifter från regionerna – även om grundläggande krav i hälso- och sjukvårdslagen om en god vård på lika villkor inte uppfylls.

I stället för att överta uppgifter från regionerna eller kräva mer samarbete har staten försökt styra genom tillskott av pengar, framförallt kanaliserade via överenskommelser med Sveriges kommuner- och regioner, SKR.

Några av dessa överenskommelser har haft god effekt under en viss tid, framförallt kömiljarden. Men överenskommelser med en NGO vars medlemmar inte har någon skyldighet att följa det som överenskommit har betydande nackdelar. Dels är genomförandet alltid avhängigt 21 regionernas vilja och förmåga att genomföra nödvändiga förändringar, dels innebär vägen via SKR och de självstyrande regionerna betydande administrativa kostnader.

På senare år har dock denna doktrin börjat ifrågasättas alltmer. Bland annat den omfattande statliga utredningen ”Effektiv vård” har konstaterat att statens möjligheter att ta ett fastare grepp om styrningen av sjukvården snarare begränsas av politik och praxis än av juridiken.

Den kommunala självstyrelsen är förvisso grundlagsfäst. Av Regeringsformen framgår att det ”i

riket finns primärkommuner och landstingskommuner” och att kommunerna får ta ut skatt för fullgörandet av sina uppgifter. Vilka dessa uppgifter är preciseras inte i grundlagen.

I förarbetena till regeringsformen (prop. 1973:90) framgår tvärtom att grundlagen inte bör precisera kommunernas uppgifter närmare utan att arbets- och befogenhetsfördelningen mellan staten och kommuner måste kunna förändras i takt med samhällsutvecklingen. Större inskränkningar i den kommunala självstyrelsen måste dock anses vara proportionerliga. Staten får alltså inte utan vidare överta uppgifter som kommunerna har goda förutsättningar att genomföra på ett adekvat sätt.

Slutsatsen av detta är att staten, utan att ändra grundlagen, kan överta hela eller betydande delar av ansvaret för sjukvården om staten finner det befogat. Det kan exempelvis ske genom förändringar av hälso- och sjukvårdslagen.

En reform som innebär att ansvaret för sjukvården helt överflyttas från regionerna till staten bör ändå följas av en utredning och som följd därav förändringar i grundlagen. Eftersom regionernas återstående uppgifter utgör en relativt liten andel av nuvarande regioners verksamhet och ansvar finns förutsättningar att avveckla regionerna totalt sett och flytta återstående ansvarsområden till kommunerna, kommunförbund eller staten. Något sådant behöver i så fall utredas separat. Det är dock inte nödvändigt att en grundlagsförändring sker vid tidpunkten för statens övertagande av ansvaret för sjukvården.



# 7. VILKEN VÅRDMODELL ÄR BÄST UTIFRÅN SVENSKA FÖRHÅLLANDEN?

Styrningen av vården betecknas enklast som överstyrt och samtidigt fragmentiserat. Vi har för många lager av styrning som medverkar till bristande effektivitet och samordning vilket drabbar patienterna. Vi behöver en nationell styrning som tar sikte på vad som ska uppnås och som sedan följer upp det ordentligt. Dessa delar är den politiska nivåns ansvar och Patientlagen behöver förmodligen förtydligas och skärpas i vissa delar.

Hur det sen genomförs, så det blir personcentrerat och samordnat för patienten, behöver ha lösare ramar och mindre av nationell styrning och istället ge utrymme för variation utifrån de lokala förutsättningarna.

Det kan konstateras att valet mellan ett försäkringsbaserat sjukvårdssystem och ett skattefinansierat dito framstår mer dramatiskt i debatten än det är i verkligheten. Moderna försäkringsbaserade sjukvårdssystem i Västeuropa har i stort sett lika god täckningsgrad i befolkningen som de skandinaviska skattefinansierade modellerna. Båda modellerna finansieras också solidariskt via progressiva skatter eller progressiva försäkringspremier.

Det finns dock några grundläggande skillnader som talar för att Sverige även framgent bör ha ett skattefinansierat sjukvårdssystem. Den främsta är att den specialiserade vården av historiska skäl domineras av offentliga utförare och att den naturliga konkurrensen mellan relativt jämbördiga aktörer, som är en bärande komponent i försäkringsbaserade system, är extremt omogen och därmed svår att uppnå. Det finns också en risk att konkurrensen mellan försäkringsgivare blir suboptimal avseende samverkan kring patienter i de fall där olika betalningsflöden är aktuella.

Ytterligare ett argument emot försäkringsbaserade system är att det är svårare att förklara och att många medborgare förknippar begreppet ”privat sjukvårdsförsäkring” men länder där försäkringar inte omfattar samtliga medborgare.

Det finns heller ingen data som talar för att försäkringsbaserade system generellt presterar bättre - vare sig vad gäller medicinska utfall, kostnad eller tillgänglighet. Steget att gå från dagens system till ett system baserat på privata sjukvårdsförsäkringar

Strukturreformerna i Norge (år 2001-2002) och den stora regionreformen i Danmark (år 2007) har bidraget till stora förbättringar av sjukvården. Modellerna skiljer sig åt på marginalen men grunddragen är mycket lika: Starkt statligt inflytande över beslutsfattandet, en tydligare ansvarsstruktur och väsentligt större administrativa enheter med större utvecklingskraft.

Norge och Danmark har också gjort förändringarna utifrån en situation som liknar den Sverige befinner sig i, med ansvaret fördelat på ett stort antal regioner.

Givet att de norska och danska välfärdssystemen också på många andra sätt liknar det svenska systemet finns starka skäl att hämta inspiration från dessa länder när vi utformar principerna för en förändrad styrning av sjukvården i Sverige.

I såväl Norge som Danmark pågår dock en ständig diskussion om att regionerna alltjämt är för små. Båda länderna har också diskuterat att helt avskaffa den regionala nivån (i den norska fallet Hälsoföretagen).

Likafullt finns mycket starka argument för att det bör finnas en regional nivå i den svenska

sjukvårdsförvaltningen även framgent, dock med väsentligt färre regionen än i dag. Att samla allt beslutsfattande och all drift av sjukvården till Stockholm vore varken praktiskt eller symboliskt klokt.

Det är sannolikt mest rationellt att bygga vidare utifrån de 6 sjukvårdsregioner som Sverige redan har. Det ger dels varje region ett eget universitetssjukhus, dels ett befolkningsunderlag som tillåter att vården bedrivs kvalitativt och effektivt.



# 8. UNDERLAG FÖR UTREDNING OM NY VÅRDORGANISATION

En bättre styrning av hälso- och sjukvården bör ta utgångspunkt i att staten styr där det är ändamålsenligt och att verksamheterna därefter har ett bredare utrymme än idag att forma verksamheten i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. För att detta ska vara möjligt bör ansvaret för sjukvården överflyttas från regionerna till staten. Dock behövs fortsatt en regional organisation för planering och huvudmannaskap för offentligt driven sjukvård i respektive region samt upphandling och avtal med fristående utförare av sjukvård.

De sex sjukvårdsregionerna ska utgöra geografisk struktur för de nya, statligt organiserade sjukvårdsregionerna. Den politiska mellannivån av direktvalda politiker bör tas bort och de nya regionerna ledas av professionella styrelser.

Utredningens huvudsakliga uppdrag är därför att analysera och lämna förslag på hur en övergång till en sjukvårdsorganisation med statligt huvudmannaskap, statlig finansiering och regionala utförarorganisationer geografiskt baserade på dagens sex sjukvårdsregioner kan genomföras utan onödigt dröjsmål. Den nya organisationen ska ge förutsättningar för en samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård till hela befolkningen. Utredningen ska med detta som utgångspunkt analysera och föreslå en finansieringsmodell där staten tar över finansieringen av sjukvården, konsekvenser och därav nödvändiga förändringar i utjämningsystemet samt konsekvenserna av att staten tar över det arbetsgivaransvar som idag åvilar de ansvar för hur arbetsgivarskapet för offentliga huvudmän i sjukvården.

## 8.1 PRIMÄRVÅRDENS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH ORGANISATORISKA HEMVIST

En utbyggd och välfungerande primärvård är en central nyckel till ett välfungerande sjukvårdssystem. Men trots långvarig bred politisk enighet om behovet av att stärka den svenska primärvården har inga sådana strukturförändringar av vikt genomförts. Detta är i sig ett tecken på att dagens organisering i 21 självstyrande regioner med förhållandevis svaga möjligheter för staten att styra, är suboptimalt när det kommer till att genomföra omfattande men nödvändiga omställningar av vården. Resultatet är att Sverige, i förhållande till jämförbara länder, har låg andel vårdkontakter i primärvården. Ett annat uttryck för detta är att andelen patienter som har en fast vårdkontakt i primärvården, liksom tillgängligheten, är exceptionellt låg. Detta bekräftades återigen i en nyligen publicerad rapport från myndigheten Vård- och omsorgsanalys.<sup>5</sup>

För att komma tillrätta med detta behövs ett antal nationella beslut. Ersättningssystemen behöver vara likvärdiga och styra mot en samordnad personcentrerad vård. Avgiftssystemet likaså. En utbyggd primärvård styrs också genom nationella beslut om patientens rätt till en fast, namngiven, läkarkontakt och rätt att sätta tak för hur många patienter man kan ha. Då ges såväl distriktsläkare som distriktssköterskor en arbetsmiljö som är mer attraktiv och hållbar än idag. Vidare bör primärvårdens uppdrag och målsättningar regleras nationellt och resurssätts utifrån det. På så sätt kan primärvården utvecklas efter de lokala och regionala förutsättningar som råder utan detaljstyrning av hur det ska ske.

Personer med kroniska sjukdomar uppskattas stå för 80-85 procent av sjukvårdens samlade kost-

nader. Omkring halva befolkningen har minst en kronisk sjukdom och cirka 25 procent har fler än en sjukdom. En stor andel av dessa patienter är äldre.

Ett framtida svenskt sjukvårdssystem måste utformas så att vården och samordningen av insatserna för personer med kroniska sjukdomar förbättras. För detta krävs sannolikt en kombination av åtgärder. En av dessa handlar om att samarbetet mellan kommuner och sjukvårdsregioner måste stärkas rörande patienter som får kommunala vårdinsatser, främst inom äldreomsorgen. I många jämförbara länder, däribland det så kallade fastläkarsystemet i Norge, organiseras primärvården av kommunerna.

För kroniskt sjuka och äldre med återkommande medicinska behov kan detta vara en fördel då omsorgsgivare och bassjukvården har samma huvudman. Det är samtidigt lätt att se nackdelar med att överflytta ansvaret för primärvården till kommunerna. Framförallt att många kommuner är små. Likafullt bör utredningen särskilt överväga primärvårdens organisatoriska hemvist med beaktande av behovet av en starkare samordning av sjukvården för äldre och kroniskt sjuka.

Med beaktande av detta ska utredningen lämna förslag på hur primärvården kan stärkas permanent inom ramen för en ny organisering av sjukvården.

## 8.2 DIGITALISERING

Digitaliseringen innebär sannolikt den enskilt största möjligheten när det gäller att effektivisera välfärden. Men även om mycket har hänt inom detta område så har utvecklingen varit fragmenterad och – i jämförelse med många andra delar av samhället – inte tillnärmelsevis lika snabb. Regionerna har inte prioriterat att samordna arbetet kring vare sig digitala vårdtjänster, journalsystem (vårdinformationssystem) eller strategiskt datadrivet utvecklingsarbete. Bristande samarbete i upphandling av nya journalsystem, oförmågan att hitta gemensamma regler för digitala vårdgivare

och den skiftande tillgängligheten hos 1177 mellan olika regioner är några exempel på detta.

Många lovande initiativ, såväl offentligt drivna som privata, visar att digitala verktyg kan förbättra livskvaliteten för patienter och samtidigt sänka kostnader för sjukvårdshuvudmännen. Särskilt intressant är utvecklingen av digitala stöd för personer med kroniska sjukdomar som dels gör patienterna mer delaktiga i sin vård, dels ökar tryggheten för patienterna och samtidigt hjälper patienter att undvika komplikationer som skulle inneburit både mänskligt lidande och kostnader för sjukvården.

Sverige har en målsättning om att vara bäst i världen på e-hälsa år 2025. Det är en bra målsättning, även om det verkliga värdet snarare bör mätas i den nytta som produkter och tjänster skapar för patienter och skattebetalare. Utvecklingsarbetet inom e-hälsa behöver ges nationell prioritet och arbetet behöver ske samordnat.

Utredningen ska mot den bakgrunden analysera och lämna förslag på hur den svenska sjukvården kan realisera digitaliseringens potential.

## 8.3 FORSKNING, UTVECKLING OCH UTBILDNING

Sverige har i kraft av högkvalitativ sjukvård, god infrastruktur och sällsynt god tillgång till patient- och hälsodata, mycket goda förutsättningar att vara en framstående forskningsnation inom Life Science. Under senare år har Sverige dock förlorat mark i internationella jämförelser. Med en sammanhållen struktur för sjukvården, med statligt huvudmannaskap och större regioner, bör också förutsättningarna förbättras för att bedriva medicinsk forskning. Underlättad tillgång till forskningsdata och större patientpopulationer för kliniska studier är exempel på sådant som ytterligare bör stärka Sveriges konkurrenskraft på området.

Utredningen ska mot bakgrund av detta analysera och vid behov lämna förslag på åtgärder som kan stärka Sveriges som forskningsnation inom Life Science.

Utbildningen av vårdpersonal är en kritisk faktor för ett välfungerande sjukvårdssystem. Idag är ansvaret delat mellan staten och regionerna. Staten, genom universitet och högskolor, svarar för utbildningsplatser i grundutbildningarna medan regionerna svarar för exempelvis läkares bas-tjänstgöring (tidigare AT) och tjänster för blivande specialistläkare (ST). Samordningen mellan regionerna kring dessa tjänster är svag och ingen har något nationellt ansvar för kompetensförsörjningen inom enskilda specialiteter.

Utöver att svara för antalet platser på sjuksköterskeutbildningarna skjuter staten också till 500 miljoner per år till regionerna för att grundutbildade sjuksköterskor ska ges möjlighet att vidareutbilda sig till specialistsjuksköterskor med lön istället för studielån. Sjuksköterskor som önskar vidareutbilda sig vänder sig vanligen till den klinik där de arbetar med en begäran om betald utbildning. För att bevilja betald utbildning kräver regionerna oftast att sjuksköterskan skriver under ett

avtal som innebär att hon eller han, efter avslutad utbildning, lovar att arbeta minst 24 månader på en viss klinik eller i den egna regionen. Om sjuksköterskan väljer att lämna sin tjänst i förtid blir vederbörande återbetalningsskyldig.

Modellen är begriplig ur den enskilda kliniken eller regionens perspektiv, men irrationell med hänsyn till den samlade kompetensförsörjningen för sjukvården som helhet eftersom den leder till att många sjuksköterskor avstår från att vidareutbilda sig och i förlängningen att antalet specialistutbildade sköterskor inte ökar i den takt som varit önskvärt.

Utredningen ska analysera och vid behov lämna förslag på hur den nationella kompetensförsörjningen till sjukvården kan stärkas med hänsyn till behoven. Utredningen ska särskilt beakta behovet av kompetensförstärkning i primärvården, specialiteter där det råder stor brist, samt behovet av fler sjuksköterskor med specialistkompetens.

## REFERENSER

- 1 Statistiska centralbyrån, Sveriges framtida befolkning 2020-2030 – Län och kommungrupper
- 2 OECD, Health at a glance Europe, 2020
- 3 OECD, Health at a glance Europe, 2020
- 4 Statens Offentliga utredningar, SOU 2017:48
- 5 Vård- och omsorgsanalys, Vården ut befolkningens perspektiv 2020



...the first of the ...

...the second of the ...

...the third of the ...

...the fourth of the ...

...the fifth of the ...

...the sixth of the ...

...the seventh of the ...

...the eighth of the ...

...the ninth of the ...

...the tenth of the ...

...the eleventh of the ...

...the twelfth of the ...

...the thirteenth of the ...

...the fourteenth of the ...

...the fifteenth of the ...

...the sixteenth of the ...

...the seventeenth of the ...

...the eighteenth of the ...