

Socialdepartementet

## Remissvar: SOU 2015:98 Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa

Vårdföretagarna, som är en arbetsgivar- och branschorganisation för privata vård- och omsorgsgivare, vill härmed avlämna följande remissvar.

### Sammanfattning

Vårdföretagarna ställer sig i allt väsentligt bakom utredningens analys och tillstyrker betänkandets förslag angående den högspecialiserade vården. Vi delar den grundinställning som utredaren ger uttryck för. Patientens bästa måste vara utgångspunkten och patientens rätt till högspecialiserad vård av hög kvalitet ska inte vara beroende av var i landet hen bor.

Vi delar uppfattningen att det behövs en nationell arena och en samordnande kraft med beslutsbefogenheter. Vi kan konstatera att regionalpolitiska hänsyn alltför ofta tycks väga tyngre än patientintresset i sjukvårdshuvudmännens beslut om hur sjukvården ska organiseras.

Vårdföretagarna föreslår en alternativ lydelse i lagen av begreppet högspecialiserad vård, som tydliggör att högspecialiserad vård kan bedrivas av landsting, eller av privat vårdgivare på uppdrag av landsting. Bland våra medlemsföretag finns vårdgivare som har det kunnande, den erfarenhet och den kapacitet som högspecialiserad vård kräver.

### Inledande kommentarer

Vi delar uppfattningen att det behövs en nationell arena och en samordnande kraft med beslutsbefogenheter. Vi kan konstatera att regionalpolitiska hänsyn alltför ofta tycks väga tyngre än patientintresset i sjukvårdshuvudmännens beslut om hur sjukvården ska organiseras. En starkare statlig styrning av den högspecialiserade vården skulle, ur ett patientperspektiv, därför ha kunnat vara önskvärd. Mot bakgrund av det kommunala självstyrets starka ställning har vi dock förståelse för att utredaren stannade vid en modell med kombinerad statlig och regional styrning av var den högspecialiserade vården ska bedrivas.

Vårdföretagarna vill markera att en koncentration av sjukvård inte självklart är lyckosam i sig, eller alltid i sig löser kvalitetsproblem. *Förutsättningarna* för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården förbättras dock med ökade patientvolym per vårdenhet och behandlare. Men det kräver också att huvudmannen och vårdgivaren säkrar ett systematiskt kvalitetsarbete.

Ett perspektiv som kunde ha belysts ytterligare i utredningen är behovet av kostnadseffektivitet. Vårdens resurser är begränsade och kostnadseffektiviteten bör vara en viktig beslutsfaktor vid val av kliniker. Ur ett patientperspektiv är det viktigt att så mycket vård av hög kvalitet som möjligt kan levereras med tillgängliga resurser. Inte minst i det perspektivet är olika privat drivna verksamheter intressanta och kommer med stor sannolikhet att bli än mer intressanta i framtiden. Utredningen belyser inte möjligheterna till privata initiativ inom högspecialiserad vård tillräckligt. Privat drivna verksamheter utför idag högspecialiserad vård och har ambitioner att utöka denna verksamhet. Det finns mycket som talar för att privat driven verksamhet, med rätt regelverk, har förmåga att bättre nyttja sin personal och genomförda investeringar så att vården blir mer kostnadseffektiv än offentligt driven vård (men det finns säkerligen även exempel på det motsatta). Det är därför viktigt att regelverket fungerar vid en eventuell kommande ökning av privat driven högspecialiserad vård.

## **Kap 6 Svensk hälso- och sjukvård – organisation och utmaningar**

Utredaren skriver i avsnitt 6.2 om ersättningen för utomlänsvården. Vårdföretagarna delar utredningens bedömning att riksavtalet för utomlänsvård och prislistorna för regionsjukvården försvårar patientrörligheten över landstingsgränserna. Det är djupt otillfredsställande att vissa regioner kan höja sina egna priser för utomlänspatienter (ULP), medan privata vårdgivare inte får göra detta enligt Riksavtalet - ett avtal som inte de privata vårdgivarna inte ens har varit delaktiga i att ta fram. Det behövs en översyn av ersättningarna vid högspecialiserad vård/utomlänspatienter. De privata vårdgivarna behöver vara delaktiga i dessa diskussioner, eftersom en del av den högspecialiserade vården utförs hos dem.

## **Kap 12 Definitionen av begreppet högspecialiserad vård**

Utredaren föreslår att begreppet högspecialiserad vård i HSL ska definieras som *"komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting..."*. Vårdföretagarna anser att orden *"som bedrivs av landsting"* bör strykas för tydlighetens skull. Alternativt skulle lydelsen kunna vara *"komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting, eller på uppdrag av landsting..."*. Det bör vara tydligt i lagtexten hälso- och sjukvårdslagen att högspecialiserad vård kan bedrivas såväl av landstingsdrivna verksamheter som privata vårdgivare, på uppdrag av landstinget. Det är inte tillräckligt att det endast framkommer i författningskommentarerna att högspecialiserad vård kan bedrivas i olika regiformer.

## **Kap 13 Förslag till ny struktur för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården**

Vårdföretagarna bedömer att den föreslagna fördelningen mellan nationellt ansvar och landstingens ansvar är rimlig, liksom processerna.

Bland våra medlemsföretag finns vårdgivare som har det kunnande, den erfarenhet och den kapacitet som högspecialiserad vård kräver, såväl när det gäller nationell som regional högspecialiserad vård. I synnerhet när det gäller den regionala högspecialiserade vården finns det flera privata vårdgivare som bör vara aktuella för sådana uppdrag. Det är viktigt att direktiven i de nya beslutsprocesserna blir tydliga om att privat driven verksamhet ska bedömas på likvärdigt sätt som den landstingsdrivna och kunna passa in i den nya strukturen.

Precis som utredaren påpekar (i avsnitt 8.8) varken bör eller ska all högspecialiserad vård förläggas till universitetssjukhus. Stora sjukhus har inte alltid de bästa resultaten och kan lida av betydande effektivitetsproblem.

Vi vill betona att konkurrens/stimulans ofta är bra. Det finns risker med att koncentrera verksamhet till en enda enhet. Det blir lätt att kliniken fastnar vid ett synsätt. Det blir svårt med bara en enda arbetsplats för högspecialiserad personal om dessa av någon anledning inte passar in i den enskilda organisationskulturen. Vi anser därför att huvudregeln bör vara två centra på den nationella nivån. Det finns troligen områden där en enda klinik skulle klara underlaget av patienter, men för framtida utvecklings skull är det troligen bättre att satsa på två kliniker, till en viss bekostnad på lägre volymer. Det ger också en större säkerhet om av någon anledning en klinik skulle fallera. Självfallet finns också möjlighet att göra internationella jämförelser, men det är trots allt lättare att göra adekvata jämförelser mellan två svenska kliniker med liknande förutsättningar och traditioner. Inte minst gäller detta vid bedömning av kostnadseffektiviteten.

Det stora problemet bedömer vi inte är att välja ut inom vilka områden och var dessa koncentrationer ska ske, även om det kommer bli diskussioner och revirstrider. Faran på sikt, som utredningen nämner kort, är hur huvudmännen ska undvika att systemet på sikt stelnar och försvårar en dynamisk utveckling. Det sker stora förändringar inom medicinen vad gäller olika behandlingsmetoder. Det finns en risk att de olika centra blir cementerade och därmed mindre "på tå". Det kommer att bli mycket svårt att bygga upp nya högspecialiserade centra. Om några anser att det finns grund för nya angreppssätt, men det rådande centrats klinikledning tycker annorlunda, så blir det troligen så att verksamheten ibland kommer att halka efter frontlinjen inom vissa områden. Inte minst kan detta gälla om nya enheter tror sig kunna arbeta mer kostnadseffektivt.

Det är viktigt att den högspecialiserade vården inte låses fast vid dagens ofta mindre flexibla vårdstrukturer. I framtiden kan nya samarbetsformer utvecklas. T.ex. skulle ett framtida nationellt centrum bestå av ett samarbete mellan en universitetsklinik och en privat vårdgivare. Även i högspecialiserad vård finns det olika svårighetsnivåer. För att få en kostnadseffektiv organisation kan det vara så att patienter med hög samsjuklighet behöver tas hand om inom ramarna för ett universitetssjukhus med alla resurser, men de friskare patienterna skulle kunna tas om hand på högspecialiserade elektiva enheter. Kompetensutveckling kan stimuleras genom roterande tjänstgöring av personal mellan dessa två typer av enheter – på så sätt får alla nytta av den totala volymen. Det är viktigt att säkra att det finns öppningar för denna typ av samarbetsformer.

När det gäller privata aktörer skriver utredaren i betänkandets avsnitt 13.2 att det från sjukvårdshuvudmäns sida har framförts att det kan orsaka problem - i form av konkurrens om personal och patienter - för den högspecialiserade vården då det finns privatfinansierade aktörer som inte omfattas av samma regelverk. Vårdföretagarna delar utredarens bedömning att detta måste bedömas som ett marginellt problem, då den helt privat finansierade högspecialiserade vården idag är mycket begränsad till sin omfattning i Sverige.

Med vänlig hälsning

Karin Liljeblad  
Näringspolitisk expert