

Stora förändringar väntar Stockholms primärvård

Hur ska kundvalsmodellen se ut?

Många oklarheter finns kring Stockholmslandstingets planer att införa en kundvalsmodell och fler privata alternativ i primärvården. Innan det nya systemet tas i bruk borde politiker och tjänstemän även lyssna till läkarnas synpunkter på förslagen.

Sedan de borgerliga partierna fick medborgarnas förtroende i valet hösten 2006 står sjukvården i Stockholm inför en intressant utveckling. Särskilt spännande är införandet av en patientvalsmodell och den uttalade ambitionen att skapa förutsättningar för fler privata alternativ inom primärvården.

I det beslut som det allmänna utskottet i landstinget nyligen tagit och i tjänsteutlåtandet »Ökad mångfald av driftsformer inom hälso- och sjukvård och tandvård samt auktorisering och kundval inom primärvården« (LS 0703-0289) börjar en del av modellens konturer bli synliga.

Det finns en tydlig skillnad mellan innehållet i tjänstemännens förslag och innehållet i den politiska viljeyttring som det allmänna utskottet tagit fram. Därmed finns det också viktiga och intressanta öppningar för en fortsatt diskussion om utformningen av patientvalsmodellen. Landstingets förvaltning har valt att kalla modellen kundvalsmodell, något som återigen markerar administrationens ointresse att tillägna sig sjukvårdens språk.

1. Kundvalsmodell – vad är det? Kundvalsmodellen i primärvården innebär att medborgaren i Stockholms läns landsting fritt får välja husläkare, barnvårdscentral, mödravårdscentral, fot-

sjukvård och logoped. Uppdraget till vårdgivarna – i vårt fall läkarna – omfattar en normal husläkarverksamhet med basal hemsjukvård mellan minst klockan 8.00 och 17.00.

Modellen bygger på att patienter aktivt listar sig hos en läkare eller en mottagning. Någon övre gräns för antalet listade patienter finns inte, och därmed inte heller något ekonomiskt tak för en enskild mottagning. Inte heller får en läkare eller mottagning säga nej när en patient, som inte är listad hos en namngiven läkare, vill söka vård.

Med kundvalsmodellen försvinner områdesansvaret. En annan nyhet är att patienter som inte listar sig aktivt fortsättningsvis inte listas passivt hos vare sig en namngiven husläkare eller mottagning.

Det för med sig problem för de patienter som är olistade eller listade hos en läkare långt från bostadsorten. Vem tar hand om dessa vid akuta sjukdomstillstånd, vid behov av hembesök, vid förvirring och vårdintygsbedömning samt vid dödsfall i hemmet? Det är exempel på frågor som behöver lösas innan kundvalsmodellen tas i bruk.

Hur förvaltningen ska uppnå kontroll över de totala kostnaderna för primärvården framgår inte heller tydligt i det framlagda förslaget. Kostnadskontrollen ska – om jag förstått det rätt – uppnås genom att de enskilda mottagningarna får betala när deras patienter söker andra allmänläkare eller när de söker en akutmottagning.

Särskilt besvärligt kan detta bli när en patient flyttar från en ort till en annan utan att lista om sig. Husläkaren har inte heller någon kontroll över patienternas besök på länets akutmottagningar. Därmed riskerar husläkarna att tappa kontrollen över sin egen mottagnings ekonomi, om inte medborgarna gör som politikerna vill – dvs i ökad utsträckning avstår från att besöka sjuk-



Vem ska ta ansvaret för olistade patienter vid akut sjukdom? (Personerna på bilden har inget samband med artikeln.)

Foto: IBL

husens akutmottagningar och/eller mer eller mindre ständigt listar om sig. Detta berör också en annan sida av en saken – nämligen en nedvärdering av värdet i en kontinuitet i patient-läkare-relationen.

På denna punkt verkar möjligen politikerna kunna tänka sig andra lösningar än tjänstemännen. De talar om ett alternativ i form av att täckningsgraden ingår i den målrelaterade ersättningen. Det är ett förslag som ter sig mer realistiskt.

Annars blir husläkarens enda sätt att kompensera oväntade utgifter att öka antalet listade patienter och antalet besök på den egna mottagningen. På det sättet bäddar den av tjänstemännen föreslagna kundvalsmodellen för en skenande ekonomi.

2. Prissättning. Prissättningen kommer, till skillnad från dagens ersättningar till husläkarmottagningarna, att vara lika och förutsägbar för alla mottagningar. Det ska här finnas en reell konkurrensneutralitet. Mottagningarna får ersättning per capita för de patienter som är fast listade på mottagningen eller hos läkaren. Den andra delen av ersättningen är besöksrelaterad.

Avvägningen mellan kapitering och besöksersättning är inte fastlagd. Det pågår en diskussion om huruvida relationen mellan kapiteringsersättning och besöksersättning ska vara 48/50 procent eller 30/68 procent. 2 procent av mottagningens ersättning beräknas



CHRISTER SJÖDIN

ordförande i Storstockholms Privatläkarförening (S-SPLF)
sjodin.christer@telia.com

bli målrelaterad. För mycket tidskrävande besök kommer också en modell för tidsrelaterad ersättning tas fram av tjänstemännen.

En alltför stor besöksersättning i förhållande till kapitering kan leda till överetablering i vissa områden, medan andra områden blir underförsörjda beroende på att besöken är tidskrävande och att mottagningen därför inte kan täcka sina kostnader. Därför finns det skäl att överväga en högre patientsättning i t ex socialt utsatta områden eller i områden med många tolkbesök.

I den modell som skisseras får husläkaren ersättning för de aktivt listade patienterna. Olistade patienter ersätts inte. Ungefär 10 procent av länets innevånare, dvs 180 000 personer, är olistade. Med en genomsnittlig kapitering på 400 kr per år och individ motsvarar det en ersättning till primärvården på 72 miljoner kronor. För att upprätthålla vårdkvaliteten är det av största betydelse att primärvården inte förlorar dessa pengar i en allmän besparing.

3. Auktorisation. Ett nytt begrepp som landstinget introducerar är auktorisation. En förutsättning för att kunna arbeta som husläkare, och detta oavsett om det sker i privat eller landstingets regi, är att läkaren får auktorisation. Hur detta ska gå till är oklart. Dessutom förblir det otydligt om auktorisationen gäller för en individ, för en grupp läkare eller för en viss mottagning eller till och med vårdteam. Också här finns en skillnad mellan tjänstemännens förslag och politikernas skrivningar. Politikerna talar om att listningen ska ske hos en läkare för att säkerställa att det finns en namngiven läkare som har skyldighet att ta emot patienten.

För vårdens kvalitet och för patientsäkerhetens skull måste denna oklarhet redas ut, så att auktorisationen och därmed listningen knyts till en namngiven läkare – inte till en mottagning. Byggnader kan inte ge vård, och det finns en uppenbar risk att de stora vårdbolagen tar över primärvården.

Ett annat skäl till att auktorisationen ska knytas till en enskild doktor är vårdkvaliteten. För att upprätthålla den behöver en enskild läkare kunna säga nej, sluta sin lista, när hon eller han anser att ytterligare listning av patienter skulle försämra vården och bemötandet av patienten. Ytterligare ett skäl är det fak-

tum att vi lever på en rörlig arbetsmarknad. Läkare och patienter flyttar, och dessutom kan det uppstå konflikter inom en arbetsgrupp. Då är det nödvändigt att det finns ett personligt ansvar.

Vilka »skallkrav« som finns för att bli auktoriserad är fortfarande höljt i dunkel. Klart är att det går att lösa frågan om grupp-mottagning genom att det blir ett »skallkrav« för en individuell läkare att ingå i en grupp som kan garantera tillgängligheten i ett basåtagande.

Landstinget diskuterar också avauktorisering – dvs en möjlighet att återta rätten för en husläkare att arbeta med offentlig finansiering. Skälen till en sådan åtgärd diskuteras inte närmare, inte heller den enskilda läkarens möjlighet att få en sådan åtgärd prövad. Jag utgår från att landstinget kommer att införa ett rätts-säkert system där också Stockholms läkarförening involveras.

»En förutsättning för att kunna arbeta som husläkare, och detta oavsett om det sker i privat eller landstingets regi, är att läkaren får auktorisation. Hur detta ska gå till är oklart.«

4. Utbildning. Utbildningen av läkare, alltifrån den medicinska grundutbildningen till utbildning av allmänläkare och andra specialister, omnämns över huvud taget inte i tjänstemannaförslaget. Politikerna talar om en skyldighet för de auktoriserade mottagningarna att ta emot vårdstuderande. Det är ett tveksamt förslag, eftersom flera av dagens mottagningar inte har lokaler som är dimensionerade för ett sådant åtagande. En annan svårighet är att arbetet inte är organiserat på ett sätt som rymmer utbildning och auskultation. Tilläggsavtal ter sig som en mer framkomlig väg för att garantera kvaliteten i utbildningen.

Det är glädjande att politikerna öppnar vägen för kollegiala granskningsgrupper som ett sätt att garantera standarden på vården på de mottagningar som är auktoriserade. Det är en viktig markering av ett förtroende för professionen. Kvalitetsindikatorer ska utformas av professionen!

Jag delar den politiska majoritetens åsikt att frågan om specialiserings-tjänstgöring och fortbildning av specialister i allmänmedicin behöver utredas vidare. Två saker ter sig då särskilt viktiga – en tydlig diskussion kring finansiering och att ST-läkarnas anställnings-trygghet garanteras.

5. Avknoppning. Ett särskilt utvecklingskansli skapas för att underlätta för

personalen på landstingsdrivna mottagningar att bli egna företagare. Det är lov-värt, men jag önskar verkligen att det fanns ett bättre ord än avknoppare för den person som ska leda denna verksamhet.

Dessutom saknas det en beskrivning av de svårigheter som kan drabba enskilda läkare i samband med en privatisering. Det gäller särskilt äldre kolleger som riskerar att få kraftiga försämringar i sina pensioner. Till det kommer de läkare som på grund av sjukdom arbetar deltid eller uppbar sjuksättning. Hur tänker Stockholms läns landsting ta sitt personalansvar?

6. Tidsplaneringen. Med tanke på hur omfattande denna reform är, förefaller förvaltningens tidsplan optimistisk. Det nya systemet ska igångsättas 1 januari 2008. För de mottagningar som i dag har anställd personal är det angeläget att så fort som möjligt få klarhet i de ekonomiska förutsättningarna för sin verksamhet.

Politikerna föreslår att modellen ska vara färdig i augusti 2007. Det ger mottagningarna 4 till 5 månader att ta ställning till de ekonomiska villkoren. Det är en kort tid, och det finns en uppenbar risk att flera mottagningar, vare sig de är privata eller landstingsdrivna, måste säga upp personal för säkerhets skull.

Med tanke på att det tagit sex månader för politiker och förvaltning att skriva ett tjänsteutlåtande på sex sidor, undrar jag om det inte vore klokt att avsätta tid och resurser för att involvera professionen i det fortsatta bygget av kundvalsmodellen innan den sjösätts.

Tänk på regalskeppet Vasa! Vi behöver också ett svar från den politiska majoriteten om vi fortsättningsvis ska tala om en patientvalsmodell eller om en kundvalsmodell? Själv skulle jag föredra läkarvalsmodell. Reformen går ju trots allt ut på att öka patientens möjlighet att välja läkare.

Dessutom är det viktigt att finna en avvägning som återför en större del av besluten över vården inte bara till patienten utan också till den behandlande läkaren. Först då får vi en vård som blir personlig och präglad av professionellt ansvarstagande.

När dessa två parter på allvar blir involverade också i det ekonomiska ansvarstagandet kan vi bygga en sjukvård som blir uthållig i en framtid med krympande offentliga resurser.

■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.