

Uppdrag om
läkarvårdsersättning och
ersättning till fysioterapi

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	Läggs in i större rapporter som ska vara maximalt sökbara. Du får ISBN-numret av produktionsledaren.
Artikelnummer	Har de flesta rapporter. Du får artikelnumret av produktionsledaren.
Omslag	Om formgivet omslag
Foto	Om det finns foton i rapporten
Sättning	Om sättning gjorts externt
Tryck	Tryckeri, ort, månad årtal, alt. om den publicerats på webbplatsen

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att se över läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi. Översynen ska omfatta huruvida ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och om de åtgärder som ingår är ändamålsenliga. Socialstyrelsen ska lämna förslag på förändringar om översynen visar på ett behov av det.

Rapporten vänder sig till regeringen och ska utgöra underlag i regeringens fortsatta arbete med översyn av läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi.

Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen är Birgitta Lindelius. Rapporten har sammanställts av utredarna Lisbeth Serdén och Maria Bratt tillsammans med Mats Fernström, medicinskt sakkunnig.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Metod och genomförande av uppdraget	8
Förutsättningar för genomförande	8
Samråd	8
Omfattning av privata läkare och fysioterapeuter som verkar enligt lag om ersättning	9
Behovet av översyn av läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi	10
Hälsodataregister	13
Huvudmännens ansvar för hälso- och sjukvård	14
Privata vårdgivare i primärvård i Danmark och Norge	14
Socialstyrelsens bedömning av ändamålsenligheten med läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi	16
Socialstyrelsens sammanfattande bedömning av arvodeskategorierna	19
Tidsgränser	20
Resekostnader och gemensamma bestämmelser	20
Ersättningsnivåer för olika arvoden	20
Alternativ till nationella taxans ersättningssystem	22
Slutsatser	24
Diskussion	25
Ansvarsfördelning	25
Konkurrens.....	25
Intressenternas synpunkter.....	26
En sammanhållen sjukvård	28
Ord och uttryck	29
Referenser	30

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att bedöma ändamålsenligheten i konstruktionen av den nationella taxan i förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF). Översynen ska omfatta ändamålsenligheten i ersättningsnivåer, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och åtgärder samt möjligheten att skapa större enhetlighet med hälso- och sjukvårdens övriga klassifikationer.

Socialstyrelsen slutsatser kan sammanfattas i följande punkter:

- Socialstyrelsen finner inte den nationella taxan ändamålsenlig till alla delar.
- Den nationella taxans nuvarande konstruktion med ersättningsnivåer kan avvecklas på sikt.
- En förutsättning för ett nytt ersättningssystem är att vårdgivarna som regleras enligt nationella taxan börjar tillämpa relevanta nationella klassifikationer och nationell terminologi i dokumentationen av vården.

Av slutsatserna följer Socialstyrelsens förslag:

- Socialstyrelsen föreslår att den medicinska beskrivningen i arvodeskategorierna översätts till nationella klassifikationer och nationell terminologi.
- Läkarvårdsåtgärder enligt Bilaga 1 i förordningen om läkarvårdsersättning behöver preciseras av vårdens professionella samt översättas till nationella klassifikationen KVÅ.
- Fysioterapeuternas arvodeskategorier kan utvecklas med beskrivning av det medicinska innehållet.

I uppdraget har Socialstyrelsen samrått med Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Läkarförbund samt Fysioterapeuterna.

Metod och genomförande av uppdraget

Socialstyrelsen har undersökt och bedömt ändamålsenligheten med

- Ersättningsnivåernas klassificering
- Förekommande tidsgränser
- Olika arvodeskategorier
- Ingående åtgärder (begränsad omfattning)

Socialstyrelsens har undersökt om ovanstående punkter, inom ramen för förordningen om läkarvårdsersättning (1994:1121) (FOL) respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF), står i harmoni med och kan anpassas till sjukvårdens nationella terminologi och klassificeringssystem ICD-10, KVÅ och NordDRG [1,2]. Mer information i bilaga 1.

Myndigheten har därutöver översiktligt studerat hur motsvarande ersättningar till privatläkare hanteras i Norge och Danmark.

Förutsättningar för genomförande

Socialstyrelsen har undersökt möjligheterna att bedöma ändamålsenligheten för ersättningsnivåer för olika arvoden. Myndigheten kan konstatera att i ersättningssystem är det brukligt att nivåer och belopp bygger på verkliga kostnadsdata. Beträffande nationella taxan enligt FOL och FOF finns inga kostnadsunderlag att tillgå. Landstingens kostnadsdatabas (KPP) som administreras av SKL innehåller specialiserad öppenvård i huvudsakligen landstingsdriven vård. Nationella taxans specialistläkare ingår inte här. För primärvård samlas inga kostnadsdata in på nationell nivå. Därmed saknas underlag för bedömning.

Samråd

I uppdraget till Socialstyrelsen ingick att översynen skulle genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Läkarförbund samt Fysioterapeuterna. Under utredningstiden har två samrådsmöten hållits.

Omfattning av privata läkare och fysioterapeuter som verkar enligt lag om ersättning

I dokumentet ”Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2017” har Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) sammanställt uppgifter om verksamheten [3]. Läkarna är verksamma både inom specialiserad öppenvård och inom primärvård. Fysioterapeuterna är enbart verksamma inom primärvård.

Antal läkare som verkat enligt lag om läkarvårdsersättning var 841 stycken år 2017. De producerade cirka 1 357 000 besök samt 386 400 telefonrådgivningar som kostade 1,5 miljarder kronor varav nära 60 miljoner gällde telefonrådgivning under år 2017. Patientavgifter tillkommer. De allra flesta besöken enligt nationella taxan år 2017, ca 75 procent, gjordes i Stockholm, Västra Götaland och Skåne.

Mellan åren 2011-2017 har antalet praktiserande läkare med ersättning enligt nationella taxan minskat från 1015 till 841 år 2017, vilket motsvarar 17 procent. Motsvarande antal besök har minskat med 28 procent.

Antal praktiserande fysioterapeuter som verkat enligt lag om ersättning för fysioterapi var 1 515 stycken år 2017. De producerade cirka 2 665 000 besök och cirka 15 000 telefonkonsultationer till en summa av 1,280 miljarder kronor, varav närmare en miljon kronor härrörde från telefonrådgivning under år 2017. Patientavgifter tillkommer.

Mellan åren 2011-2017 har en liten minskning av antalet fysioterapeuter som erhåller ersättning enligt nationella taxan skett från 1 536 till 1 515 år 2017. Antalet besök har minskat från knappt 3,1 miljoner besök 2011 till 2,7 miljoner besök 2017, det motsvarar en minskning med 13 procent.

Tabell 1. Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapeuter 2017

Vårdgivare	Antal	Antal besök	Antal samtal Telefon	Utbetald ersättning (tkr)	Därav telefonsamtal (tkr)
Läkare	841	1 357 059	386 409	1 521 007	58 867
Fysioterapeuter	1 515	2 664 687	14 971	1 279 510	965

Behovet av översyn av läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi

I två utredningar har lagen om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen om ersättning för sjukgymnaster, LOS, utretts och med förslag om förändring av lagstiftningen respektive utfasning av lagarna [4,5]. Förslagen anger att staten eller huvudmännen tar över ansvaret för att nya ersättningsregler utvecklas. Ingen av utredningarna har lett fram till beslut om förändringar. Utredningarna har visat på problem med nuvarande system med nationella taxan, och föreslagit att systemet avvecklas. Bland annat visar båda utredningarna på betydande skillnader i vårdens tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet inom den nationella taxan.

En av de större bristerna med systemet med privata läkare och fysioterapeuter som verkar enligt nationella taxan är uppföljningen av vårdens kvalitet och effektivitet. En förutsättning för systemisk uppföljning av sjukvård är användning av nationella klassifikationer och nationell terminologi. Det skapar förutsättning för en öppen och entydig redovisning av de medicinska resultaten i hälso- och sjukvården. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv bidrar det till en god och säker vård av patienten. Informationen utgör även en bättre grund för valet av vårdgivare och gör valet lättare för patienten. Därutöver skapar det förutsättningar för likvärdig bedömning av privata vårdgivare med övriga vårdgivare, det ger huvudmännen möjlighet att följa upp verksamheten och få kännedom om vårdens innehåll.

God och säker vård

Socialstyrelsen har noterat att landstingens särskilda uppföljningar av verksamheter under förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF) visar att det förekommer brister i verksamhetens kvalitetsarbete, journalföring och behandling av personuppgifter [6, 7].

Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård är vårdgivare, oavsett om det rör sig om privat eller offentlig verksamhet. Vårdgivaren är ansvarig för att planera, leda och kontrollera så att verksamheten lever upp till kravet på god vård. Det finns även särskilda regler om vårdgivarens ansvar. Bland annat ställs det krav på att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem, det vill säga rutiner och processer som behövs för att verksamheten ska ha en hög kvalitet [8]. Vårdgivaren ansvarar också för att det finns rutiner för hur patientuppgifter dokumenteras i patientjournalen.

Patientjournaler hos vårdgivare under nationella taxan ska också fungera som underlag till landstinget för att avgöra om vården har varit medicinsk motiverad och utförd enligt beprövad erfarenhet. Det har framkommit att det

i dagsläget inte alltid är tydligt vad som är orsaken till vårdkontakten i patientjournaler hos vårdgivare inom den nationella taxan [6, 7]. Landstingen måste också kunna bedöma om fakturerad vård stämmer med journalförd vård.

Vissa uppgifter i patientjournalen är avgörande för landstingens bedömning av ersättningskraven som ställs inom den nationella taxan. Dessa delar måste därför vara entydigt beskrivna för att kunna fungera som underlag i bedömningen:

- aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar
- utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa
- ordinationer och ordinationsorsak
- resultat av utredande och behandlande åtgärder.

Regelverk kring journalföring

I 3 kap. patientdatalagen (2008:355) finns bestämmelser om skyldigheten att föra patientjournal [9]. Alla legitimerade yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och även vissa andra är skyldiga att föra patientjournal. Syftet med lagen är att informationshanteringen inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet,¹ samtidigt som den främjar kostnadseffektivitet.

Patientjournalens främsta syfte är att ge förutsättningar för en god och patientsäker vård. Därutöver har journalföringen också en stor betydelse vid exempelvis bedömning av fakturerade ersättningar med utgångspunkt i de föreskrifter och avtalsbestämmelser m.m. som gäller för en verksamhet under den nationella taxan. Uppgifterna i patientjournalen ska också kunna användas för uppföljning på olika nivåer.

I patientdatalagen finns bestämmelser om vad en journal ska innehålla. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska varje vårdgivare² ansvara för att det finns processer och rutiner för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i dessa föreskrifter [8].

Socialstyrelsen gör därför bedömningen att det inte behöver ställas särskilda krav på vårdgivare under den nationella taxan vad det gäller kvalitets- och ledningssystem samt journalföring, samma skyldighet gäller som för övriga vårdgivare att följa gällande lagar och föreskrifter.

God journalföring

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården beskrivs mer ingående de krav som gäller för god journalföring [10].

¹ Med kvalitet menas att vårdgivaren uppfyller de krav och mål som gäller enligt lagar och föreskrifter.

² Med Vårdgivare avses i dessa föreskrifter statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård

Vårdgivaren ska enligt föreskrifterna säkerställa att patientjournalen (i förekommande fall) bl.a. innehåller uppgifter om

1. aktuellt hälsotillstånd och medicinska bedömningar,
2. utredande och behandlande åtgärder samt bakgrunden till dessa,
3. ordinationer och ordinationsorsak,
4. resultat av utredande och behandlande åtgärder,
5. slutanteckningar och andra sammanfattningar av genomförd vård,
6. överkänslighet för läkemedel eller vissa ämnen,
7. komplikationer av vård och behandling,
8. vårdrelaterade infektioner,
9. samtycken och återkallade samtycken,
10. patientens önskemål om vård och behandling,
11. de medicintekniska produkter som har förskrivits till, utlämnats till eller tillförts en patient på ett sådant sätt att de kan spåras,
12. intyg, remisser och annan för vården relevant inkommande och utgående information, och
13. vårdplanering.

Enhetlig användning av klassifikationer och terminologi i hälso- och sjukvård – nationellt fackspråk

Enligt föreskrifterna (HSLF-FS 2016:40) är vårdgivare också skyldiga att säkerställa att uppgifterna i patientjournalen är entydiga [8]. De allmänna råden rekommenderar användning av nedanstående källor för entydiga beskrivningar, när de är tillämpliga.

Socialstyrelsens termbank

Socialstyrelsens termbank innehåller i huvudsak administrativa begrepp för fackområdet vård och omsorg. När det finns olika uppfattningar om ett begrepps betydelse kan Socialstyrelsens terminologer i samarbete med sakkunniga analysera begreppet och relaterade begrepp enligt terminologilärans metoder och principer. Syftet är då att skapa enighet kring ett nationellt överenskommet begrepp som kan publiceras i termbanken. Innan begreppen publiceras skickas det ut på en bred remiss.

Genom en enhetlig metod och process för terminologiarbete är Socialstyrelsens mål att nationellt överenskomna begrepp och termer ska användas i det praktiska vård- och omsorgsarbetet, i den officiella statistiken samt i forskning och utveckling. Entydiga begrepp är en grundförutsättning för att kunna jämföra olika verksamheters kvalitet, effektivitet och kostnader. Troligtvis är nästan alla begrepp och termer som berör hälso- och sjukvård relevanta för den nationella taxan.

Hälsorelaterade klassifikationer

Socialstyrelsen har ansvaret för flera hälsorelaterade klassifikationer som kan användas för att dokumentera information om patienter på ett systema-

tiskt och enhetligt sätt. Klassifikationerna kan användas för att följa orsakerna till att människor kontaktar vården, vilka åtgärder som vidtas och vilka resultat de ger samt hur spridda olika sjukdomar är.

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälso-problem (ICD-10-SE)

Den internationella sjukdomsklassifikationen ICD innehåller diagnoskoder för att dokumentera sjukdomar och dödsorsaker. Diagnoskoderna möjliggör översiktliga statistiska sammanställningar och analyser och att följa patientens väg genom vården.

Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ)

Åtgärds-koder ur KVÅ används för dokumentation av åtgärder inom huvudsakligen hälso- och sjukvården. Åtgärds-koderna möjliggör översiktliga statistiska sammanställningar och analyser.

Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF)

ICF kan användas för att dokumentera aktuellt funktionstillstånd och för att sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom olika områden inom vård och omsorg. ICF kompletterar ICD. Användning av båda gör det möjligt att både dokumentera diagnos och funktion.

Fysioterapeuter kan använda KVÅ för att beskriva både åtgärder och ordinationer. Dagens ersättningssystem ställer krav på att det sätts ICD-10 diagnoser, men ICF kan användas som ett komplement för att även dokumentera funktionsdiagnoser inom exempelvis fysioterapi.

Snomed CT

Socialstyrelsen ansvarar för den svenska versionen av det internationella begreppssystemet Snomed CT, och tillhandahåller både den svenska och den internationella versionen av begreppssystemet till licensierade användare. Snomed CT innehåller för närvarande drygt 300 000 aktiva begrepp och rekommenderade termer för hälso- och sjukvård.

Hälsodataregister

Koder ur ICD och KVÅ är obligatoriska vid inrapportering av diagnoser och åtgärder till Socialstyrelsens hälsodataregister. Exempel på inrapportering till hälsodataregister är rapporteringen till patientregistret som regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2013:35) [11]. För hälso- och sjukvårdens öppenvård ska läkarbesök rapporteras in utom den vård som är att betrakta som primärvård.

Flera privata vårdgivare har redan idag en överenskommelse med landstingen som innebär att landstingen sköter inrapporteringen till patientregistret. Den vårdgivare som har en sådan överenskommelse behöver inte rapportera till Socialstyrelsen. Mer information om rapportering till hälsodataregister finns på Socialstyrelsens webbplats [12].

Huvudmännens ansvar för hälso- och sjukvård

Det kommunala självstyret omfattar ansvar för hälso- och sjukvård för befolkningen inom det egna geografiska området. Huvudmännen finansierar och ansvarar för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. Finansieringen omfattar även privata läkare och fysioterapeuter som verkar enligt nationella taxan. Ersättning till privata läkare och fysioterapeuter regleras i förordningen (FOL) samt (FOF). Regeringen beslutar ersättningsnivåer och belopp som fastslås i ovan nämnda förordningar. Detta innebär att huvudmännen inte kan påverka storleken på kostnaden för vårdgivare inom den nationella taxan. Landstingen kan inte heller styra över inriktning och tillgång till hälso- och sjukvården inom ramen för den nationella taxan. Huvudmännen kan därför inte fullt ut styra och planera tillgången av hälso- och sjukvård för befolkningen. Ansvars- och rollfördelningen mellan stat och huvudmännen avviker därmed från det normala beträffande privata läkare och fysioterapeuter som verkar enligt nationella taxan.

Privata vårdgivare i primärvård i Danmark och Norge

I delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård görs en internationell utblick [13]. Nedan presenteras i korthet hur liknande system fungerar i Danmark respektive Norge.

Danmark

Den danska primärvården är uppbyggd kring ett fastläkarsystem med små privata kliniker som tecknar avtal med regionerna. Regionerna ansvarar för att utforma och driva hälso- och sjukvård. Finansieringen sker genom en kombination av statliga och kommunala skatter. Regionerna tilldelas medel för att bedriva sjukvård.

Under 2017 presenterade den danska regeringen en rapport med 20 förslag på hur primärvården kan stärkas och koordineringen av vården förbättras. Regeringen satsar 200 miljoner DKR under 2018 för etablering av ”vårdcentraler”. Med denna satsning vill regeringen stärka kvaliteten i det nära hälsosystemet. Det är avgörande för de allmänpraktiserande läkarna att de samlar sig kring större enheter där de också kan söka samarbete med andra yrkesgrupper inom vården för att kunna erbjuda patienterna ett brett och kvalitativt hälsoutbud. Fördelarna med samlokaliseringen ger möjlighet till en mer sammanhängande vård för patienterna, en stärkt kunskapsmiljö och kunskapsutbyte mellan de olika professionerna samt ett mer effektivt utnyttjande av administrativa funktioner och utrustning.

Norge

Den norska primärvården är uppbyggd kring den s.k. ”fastlegefordningen” som infördes 2001 och regleras av lagstiftning samt centrala och individuella avtal. Systemet finansiering regleras i egen förordning och revideras årligen

efter förhandlingar mellan läkarföreningen, staten och den norska kommunorganisationen.

Primärvårdsläkarna kan arbeta antingen som egen företagare med individuella avtal med respektive kommun och ersättning enligt en nationell taxa eller som löneanställd av kommunen. De flesta läkare arbetar som egna företagare, hela 95 procent år 2016, men det finns en tendens till ökning av löneanställda läkare.

Systemet bygger på listning av patienter hos primärläkarna som har ansvar för alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk. Enligt förordningen kan kommunerna ålägga läkarna att delta i allmänmedicinska uppgifter och jour. I avtalet med kommunen regleras öppettider, listningstak, lokalisering m.m.

Ett reformarbete av primärvården pågår i Norge med avsikt att samordna hälsotjänster för patienterna, större inslag av förebyggande hälso- och sjukvård m.m.

Socialstyrelsens bedömning av ändamålsenligheten med läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi

Inledningsvis kan konstateras att utformningen av ersättning till privata läkare och fysioterapeuter är komplex eftersom den regleras i förordningen (FOL) samt förordningen (FOF). Regeringen beslutar ersättningsnivåer och belopp som fastslås i ovan nämnda förordningar, från ett gemensamt förhandlat underlag från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna. Vårdgivarna som omfattas av förordningarna får ersättning av landstingen per patientbesök. Att staten beslutar om vilka ersättningsbelopp som landstingen ska utbetala till vårdgivare för utförd sjukvård förekommer inte vid andra vårdformer.

Specialitetsbeteckningar

I förordningen om läkarvårdsersättning listas de specialiteter som omfattas. Socialstyrelsen bedömer att listan på vissa är punkter otydlig, bl.a. definieras inte vad som avses med ”Vissa opererande specialiteter”.

Socialstyrelsen föreslår att specialistindelningen i förordningen av läkarersättning har samma specialistbeteckning som Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring (SOSFS 2015:8) för att undvika missförstånd [14].

Arvodeskategorin normalarvode och ersättningstak

I ovan nämnda förordningar fastslås absoluta ersättningstak som anger maximalt antal kronor per kalenderår som landstingen utbetalar till respektive vårdgivarkategori. Ersättningstaken är olika beroende på läkarens specialisttillhörighet och för fysioterapeuterna gäller att de med assisterande personal, flera behandlingsrum och kvalificerad utrustning (fysioterapeutkategori B) har ett högre ersättningstak än övriga (fysioterapeutkategori A). Det är vanligt att man i ersättningsavtal har ersättningstak, eftersom landstingen behöver ha kontroll över sina totala sjukvårdskostnader och kanske finns det hos de aktuella vårdgivarna ett behov av olika belopp beroende på att man har olika personal- och utrustningsbehov men systemet med totalt 16 ersättningstak är omständligt.

Inom ramen för ovan nämnda ersättningstak fastslås i förordningarna två övergripande ersättningsnivåer per specialitet för läkare och per fysioterapeutkategori benämnda ”Normalarvode” och ”Reducerat normalarvode”. Det reducerade normalarvodet börjar gälla när vårdgivaren uppnått ett visst totalt ersättningsbelopp under kalenderåret och det gäller sedan upp till att vårdgivaren når det absoluta ersättningstaket som har beskrivits ovan. Konstruktionen innebär att man nedanför det absoluta ersättningstaket även har ett

lägre ersättningstak för utbetalning av normalarvode. Liksom för de absoluta ersättningstaken är ersättningstaken för normalarvode olika beroende på läkarens specialisttillhörighet och även olika beroende på fysioterapeutkategori och totalt är det även här 16 olika ersättningstak. Konstruktionen genererar administrativt merarbete och behovet kan ifrågasättas.

Om det finns önskemål att behålla konstruktionen med ”Normalarvode” och ”Reducerat normalarvode” i syfte att upprätthålla kostnadskontroll är det en konstruktion som är lämpad att bestämmas i förhandlingar mellan berörda parter, landsting och privata vårdgivare.

Ersättningssystemet för privata läkare och fysioterapeuter har sammantaget 32 ersättningstak vilket kan betraktas som omständligt och skapar administrativt merarbete. Socialstyrelsen bedömer att systemet går att förenkla.

Konstruktionen med ersättningstak är en funktion lämpad för förhandlingar.

Övriga arvodeskategorier

Utöver arvodeskategorierna ”Normalarvode” och ”Reducerat normalarvode” finns i bägge ovan nämnda förordningar ytterligare ett antal kategorier ; ”Enkelt arvode”, ”Särskilt arvode”/”Reducerat särskilt arvode” och ”Hembesök”. I förordningen som gäller läkare finns dessutom ”Samtalsbehandling”, ”Rådgivning i födelsekontrollerande syfte” och ”Laboratorieundersökning som utförs av Folkhälsomyndigheten” och i förordningen som gäller fysioterapeuter finns ”Gruppbehandling” och ”Telefonkonsultation”.

Enkelt arvode

Kategorin ”Enkelt arvode” för läkare inkluderar rådgivning per telefon, men för övrigt är denna kategori dåligt definierad i bägge förordningarna varför det finns utrymme för subjektiva tolkningar. Kategorin ”Enkelt arvode” är problematisk såvida inte parterna kan enas om en tydlig och odiskutabel definition. Kategorin ”Telefonkonsultation” är begränsande till viss teknik och i andra system för beskrivning av sjukvård används istället termen ”Distanskontakt”.

Särskilt arvode

Kategorierna ”Särskilt arvode” och ”Reducerat särskilt arvode” har samma innehåll, men den reducerade ersättningen gäller när vårdgivarens totala ersättning under kalenderåret uppnått till ersättningstaken för normalarvode som beskrivits ovan. Liksom konstruktionen med uppdelningen i ”Normalarvode” och ”Reducerat normalarvode” genererar uppdelningen i ”Särskilt arvode” och ”Reducerat särskilt arvode” administrativt merarbete.

Under kategorierna ”Särskilt arvode”/”Reducerat särskilt arvode” för läkarna listas ”särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder” i bilaga 1 i förordningen (FOL). Åtgärderna är kodade med en tresiffrig kod enligt ett kodsystem som inte förekommer i några andra beskrivningssystem för sjukvård. I bilagan beskrivs ca 185 ”läkarvårdsåtgärder” varav några är tilläggsersättningar för bilateral operation eller för varje tillkommande åtgärd av samma typ, exempelvis ett tillägg för varje tillkommande finger vid vissa handoperationer. Ersättning för vissa åtgärder lämnas högst en eller två gånger per år

och patient. Vissa åtgärder i bilaga 1 i förordningen är dåligt definierade. Uttryck som t.ex. ”smärre leder” och ”mer betydande omfattning” lämnar utrymme för subjektiva tolkningar. Vi bedömer att praktiskt taget alla åtgärderna i bilaga 1 går att beskriva med en eller flera KVÅ-koder. I några enstaka fall kan Socialstyrelsen behöva inrätta nya KVÅ-koder. En del av åtgärderna i bilaga 1 i förordningen är egentligen paket av specificerade åtgärder, ett koncept som är vanligt förekommande i det nationella beskrivningssystemet NordDRG, se avsnitt ”Alternativ till nationella taxans ersättningssystem”.

I kategorierna ”Särskilt arvode”/”Reducerat särskilt arvode” för fysioterapeuterna är den medicinska beskrivningen inte baserad på specificerade åtgärder utan istället på diagnoskategorier vilka kan bytas ut mot diagnoskoder enligt ICD-10-SE.

Hembesök

Kategorin ”Hembesök” gäller endast för läkare och fysioterapeuter som har sin verksamhet inom ett särskilt stödområde enligt specifikation i förordningen. En nationell kod för hembesök finns redan i KVÅ.

Samtalsbehandling

Kategorin ”Samtalsbehandling” gäller för läkare som också är legitimerad psykoterapeut, men diagnos eller typ av samtalsbehandling är inte specificerad. Om kategorin ska kunna beskrivas enligt vårdens övriga beskrivningssystem behöver Socialstyrelsen komplettera KVÅ-koderna för yrkeskategorier med en kod för legitimerad psykoterapeut. För bättre medicinsk information bör man i kategorin dessutom specificera typen av samtalsbehandling med lämplig befintlig KVÅ-kod.

Rådgivning i födelsekontrollerande syfte

Kategorin ”Rådgivning i födelsekontrollerande syfte” har liksom kategorierna ”Normalarvode” och ”Särskilt arvode” en reducering av arvodet per patientbesök som inträder när vårdgivarens totala ersättning under kalenderåret uppnått till ersättningstaken för normalarvode som beskrivits ovan men här finns inget totalt övre ersättningstak. Konstruktionen med två ersättningsnivåer genererar administrativt merarbete och behovet kan ifrågasättas. Denna kategori utmärker sig också på så sätt att mycket av materialkostnaden ersätts extra. Även denna arvodeskategori går att beskriva med hjälp av diagnoskoder i ICD-10 och KVÅ-koder. Huruvida materialkostnaden ska ingå eller ej i ersättningen är en förhandlingsfråga för parterna.

Laboratorieundersökning som utförs av Folkhälsomyndigheten

Kategorin ”Laboratorieundersökning som utförs av Folkhälsomyndigheten” handlar om ca 200 laboratorieanalyser av mikrobiologiska smittämnen där priset per analys kan uppgå till drygt 11 000 kr och läkaren ersätts med vad analysen faktiskt kostat. Detta är egentligen ingen arvodeskategori utan kan närmast ses som en s.k. fri nyttighet, sannolikt motiverad av att läkaren inte ska ha ekonomiskt incitament för att avstå från att utreda misstänkt allmänfarliga smittsamma sjukdomar.

Gruppbehandling

Kategorin ”Gruppbehandling” för fysioterapeuterna har liksom kategorierna ”Normalarvode”, ”Särskilt arvode” och ”Rådgivning i födelsekontrollerande syfte” en reducering av arvodet per patientbesök som inträder när vårdgivarens totala ersättning under kalenderåret uppnått till ersättningstaken för normalarvode som beskrivits ovan men här finns inget totalt övre ersättningstak. Varför det senare saknas är inte känt. Konstruktionen med två ersättningsnivåer genererar administrativt merarbete och behovet kan ifrågasättas. Nationella koder för gruppträning och gruppbesök finns redan i KVÅ.

Under kategorin ”Gruppbehandling” i förordningen beskrivs också något som benämns ”parallellbehandling” som under vissa betingelser renderar ”Normalarvode” eller ”Reducerat normalarvode”. Om ”parallellbehandling” ska kunna beskrivas enligt vårdens övriga beskrivningssystem behöver Socialstyrelsen komplettera KVÅ-koderna för kontakttypen med en kod för ”parallellbehandling”.

Socialstyrelsens sammanfattande bedömning av arvodeskategorierna

Socialstyrelsen gör bedömningen att de flesta av arvodeskategorierna i förordningarna går redan i nuläget att ersätta med diagnoskoder enligt ICD-10-SE. Myndigheten bedömer att ICD i förekommande fall kan användas i kombination med ICF för bättre beskrivning, eller med åtgärds-koder enligt KVÅ eller med kombinationer av nämnda diagnos- och åtgärds-koder.

Socialstyrelsen menar att oklara och dåligt definierade medicinska beskrivningar kräver fortsatt utveckling, exempelvis genom att respektive specialistförening definierar innehållet. Socialstyrelsen ser också behov av att komplettera med ett antal nya KVÅ-koder utifrån behovet av en enhetlig beskrivning.

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen ingår att undersöka ”möjligheten att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassifikationer”. Den medicinska beskrivningen i de flesta av arvodeskategorierna inom den nationella taxan som beskrivits ovan går redan att ersätta med nationella klassifikationer. I ett mindre antal arvodeskategorier är den medicinska beskrivningen dåligt definierad, vilket ger utrymme för subjektiva tolkningar. Socialstyrelsen bedömer även att dessa arvodeskategorier behöver mer precisa beskrivningar med diagnos- och åtgärds-koder. För beskrivningen av några enstaka arvodeskategorier behövs att Socialstyrelsen inrättar nya KVÅ-koder.

Omställningen till att redovisa vården enligt nationella klassifikationer kan möta på olika svårigheter för läkare och fysioterapeuter. Läkare som är verksamma inom den specialiserade öppenvården har att förhålla sig till Socialstyrelsens föreskrifter om rapportering till hälsodataregister, där uppgiftsskyldigheten till patientregistret (SOSFS 2013:35) är den mest omfattande [11]. För denna grupp bör redovisningen enligt nationella klassifikationer underlätta en rapportering.

För hälso- och sjukvårdens öppenvård där läkarbesök är att betrakta som primärvård saknas lagstöd för rapportering till Socialstyrelsens

hälsodataregister. Lagstöd för rapportering till hälsodataregister saknas även för övriga yrkeskategorier i hälso- och sjukvårdens öppenvård (undantag psykiatri) vilket då också omfattar fysioterapeuter i primärvård. Det finns dock som tidigare nämnts krav på att alla vårdgivare ska följa lagar och föreskrifter om exempelvis kvalitet, patientsäkerhet och journalföring.

Sammantaget innebär en övergång till nationellt fackspråk, det vill säga Socialstyrelsens termbank, nationella klassifikationer samt begreppssystemet Snomed CT, en rad fördelar. Vårdgivare som regleras av nationella taxan följer rekommendationerna att redovisa vården enligt nationella klassifikationer i dokumentationen. Detta skulle bland annat bidra till ökad patientsäkerhet och möjliggöra bättre uppföljning. Landstingen skulle också få ett bättre underlag för sin planering av hälso- och sjukvård utifrån sitt ansvar för befolkningens behov av vård, samt att rapportering till nationella register underlättas.

Tidsgränser

I regeringsuppdraget ingår även att bedöma om förekommande tidsgränser i förordningarna är ändamålsenliga. I förordningarna anges att läkarens respektive fysioterapeutens vårdinsatser i direkt kontakt med patienterna i genomsnitt per kalendermånad ska uppgå till minst ett visst antal minuter för att normalarvode/reducerat normalarvode ska utbetalas. Dessa tidsgränser är olika beroende på läkarspecialitet respektive fysioterapeutkategori. För arvodskategorin samtalsbehandling gäller en särskild tidsgräns. För fysioterapeuterna gäller dessutom vissa tidsgränser för att särskilt arvode/reducerat särskilt arvode ska utbetalas och dessa tidsgränser är också olika beroende på fysioterapeutkategori. Sammanlagt finns det angivet 15 tidsgränser för läkare och fyra för fysioterapeuter. Det finns inte belagt att tidsåtgången för ett läkarbesök har relevans för om vården är ”säker, effektiv, patientcentrerad och evidensbaserad”. Om behov föreligger så finns möjligheter att beskriva tidsåtgång med den nationella klassifikationen KVÅ.

Resekostnader och gemensamma bestämmelser

Resekostnader vid hembesök tas upp som en särskild punkt i både FOL och FOF, men detta bör läggas utanför ersättningssystemet, genom att bestämmas i förhandlingar mellan parterna.

Punkterna under ”Gemensamma bestämmelser om arvode” som innebär ersättningsreduceringar är också förhandlingsfrågor mellan parterna.

Ersättningsnivåer för olika arvoden

Socialstyrelsen kan konstatera att i ersättningssystem är det brukligt att nivåer och belopp bygger på verkliga kostnadsdata. Beträffande nationella taxan enligt FOL och FOF finns inga kostnadsunderlag att tillgå. På nationell nivå finns landstingens kostnadsdatabas (KPP) som administreras av SKL in-

nehåller specialiserad öppenvård i huvudsakligen landstingsdriven vård. Nationella taxans specialistläkare ingår inte här. För primärvård samlas inga kostnadsdata in på nationell nivå. Därmed saknas underlag för bedömning av nivåer och belopp för nationella taxan.

Alternativ till nationella taxans ersättningssystem

Socialstyrelsen har förvaltningsansvar för DRG-systemet NordDRG i Sverige. Myndigheten har kompetens att ta fram ett förslag till ett DRG-liknande system enligt beskrivning nedan.

DRG betyder Diagnosis Related Groups

DRG betyder Diagnosis Related Groups och är ett patientklassificeringssystem. DRG-principen innebär att medicinskt likartade vårdkontakter, som dessutom är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp, dvs. i samma DRG. Grupperingen görs utifrån vad som redan registreras i det patientadministrativa datasystemet, nämligen kod för huvuddiagnos, eventuella bidiagnos- och åtgärds-koder samt ålder och kön och vid slutenvård även utskrivningssätt. Vid öppenvård påverkas grupperingen även av besökstyp och personalkategori. Det behövs således inga extra registreringar för grupperingen.

NordDRG, är ett gemensamt nordiskt DRG-system. NordDRG har i grunden samma grupperingslogik som ett DRG-system utvecklat i USA. Den svenska versionen är anpassad till svensk primärkodning, dvs. diagnoskodning enligt ICD-10 och åtgärds-kodning enligt KVÅ.

Ett av de viktigaste syftena med DRG är att det ska vara ett medicinskt beskrivningssystem som är överskådligt. DRG kan också utgöra debiteringsunderlag för utförd vård. För detta ändamål beräknas DRG-vikter.

DRG-vikt är ett relativt mått på vård- och behandling-kostnaden för en genomsnittspatient i varje DRG-grupp. Högre DRG-vikt indikerar större kostnader. För den somatiska vården beräknas resursåtgången per DRG utifrån KPP (Kostnad Per Patient). KPP är en metod för att beräkna unika kostnader per vårdkontakt och patient. Utifrån den verkliga resursåtgången per vårdtillfälle räknas en genomsnittlig kostnad per DRG fram. Detta genomsnitt jämförs med den genomsnittliga kostnaden för hela databasen och på så sätt får varje DRG en relativ vikt som uttrycker för den genomsnittliga resursåtgången för patienter i den aktuella gruppen. Medelkostnaden för hela databasen vikten =1 anges i kronor och beräknas alltid från den somatiska slutenvården.

Medicinsk beskrivning baserad på DRG är vanligtvis grövre än beskrivning baserad på enstaka diagnos- eller åtgärds-koder eftersom likartade diagnoser och/eller åtgärder aggregeras till större grupper och DRG-vikterna baseras på den genomsnittliga resursförbrukningen för respektive grupp. När DRG används som grund för ekonomisk ersättning innebär detta att vårdgivaren ibland får för lite och ibland för mycket betalt i relation till den faktiska kostnaden men genomsnittligt är tanken att det jämnar ut sig. Denna princip med ”prospective payment” fungerar vid större volymer som vid länsdelssjukhus och större enheter, men vid mindre enheter finns en påtaglig risk för att den genomsnittliga ersättningen blir fel åt endera hållet. Socialstyrelsen bedömer

därför att man i det här sammanhanget bör behålla den grad av ”fee for service” som finns i de nuvarande prislister i förordningarna om läkarvårdersättning och ersättning för fysioterapi. Om patienten exempelvis har flera hudförändringar som ska tas bort och ersättningen till vårdgivaren är densamma oavsett antalet hudexcisioner så finns ett starkt ekonomiskt incitament till att dela upp behandlingen på flera besök. Graden av ”fee for service” påverkar antalet DRG-grupper i systemet och vi bedömer att antalet bör vara ungefär lika stort som antalet nuvarande arvodeskategorier.

En förutsättning för att ett DRG-system ska fungera är att de aktuella vårdgivarna registrerar diagnoskoder och relevanta åtgärds-koder enligt ICD-10-SE respektive KVÅ, vilket faktiskt läkarna enligt lag redan är tvungna att göra. Det är obligatoriskt att lämna uppgifter om vårdkontakter till Socialstyrelsens patientregister. Att byta från ett invariant ersättningssystem till ett nytt kan upplevas som besvärande men det är en övergångsfas och vi ser flera fördelar för båda parter med att övergå till ett DRG-liknande system:

- Underhåll och vidareutveckling av DRG-grupperna i ett nytt system kan i takt med den medicinska utvecklingen skötas av Socialstyrelsen i samband med den ordinarie årliga uppdateringen av ordinarie NordDRG (uppdatering av DRG-vikter undantaget).
- Prislister avseende ersättning per besök, ersättningsreduceringar p.g.a. ålder eller kompetens m.m. samt eventuella ersättningstak kan bli lättare att uppdatera om alla nivåer uttrycks i DRG-vikt.

Slutsatser

Socialstyrelsen slutsatser kan sammanfattas i följande punkter:

- Socialstyrelsen finner inte den nationella taxan ändamålsenlig till alla delar.
- Den nationella taxans nuvarande konstruktion med ersättningsnivåer kan avvecklas på sikt.
- En förutsättning för ett nytt ersättningssystem är att vårdgivarna som regleras enligt nationella taxan börjar tillämpa relevanta nationella klassifikationer och nationell terminologi i dokumentationen av vården.
- Socialstyrelsen har inte kunnat bedöma ersättningsnivåernas ändamålsenlighet då information om kostnadsberäkningar helt saknas.

Av slutsatserna följer Socialstyrelsens förslag:

- Socialstyrelsen föreslår att den medicinska beskrivningen i arvodeskategorierna översätts till nationella klassifikationer och nationell terminologi.
- Läkarvårdsåtgärder enligt Bilaga 1 i förordningen om läkarvårdserättning behöver preciseras av vårdens professionella samt översättas till nationella klassifikationen KVÅ.
- Fysioterapeuternas arvodeskategorier kan utvecklas med beskrivning av det medicinska innehållet.

Diskussion

Ansvarsfördelning

Nationella taxans nuvarande konstruktion bryter ansvars- och rollfördelningen mellan staten och landstingen. Statens roll är att styra hälso- och sjukvårdspolitik strategiskt och övergripande. Men beträffande nationella taxan fattar staten beslut som griper in i landstingens ansvarsområde som omfattar finansiering och ansvar för befolkningens behov av hälso- och sjukvård. I förordningarna (FOL) och (FOF) beslutar staten om takersättning och belopp för vårdgivare som verkar enligt nationella taxan. Den ekonomiska ersättningen till vårdgivarna regleras enbart genom förordning. I de samverkansavtal som egentligen är ett tillståndsavtal och som finns upprättade mellan vårdgivare och landsting regleras inte vårdvolym eller hälso- och sjukvårdens innehåll. Det innebär att landstingen inte kan planera för finansiering eller vilken vård som kommer att utföras av vårdgivare enligt nationella taxan.

Ansvarsfördelningen mellan landstingen och vårdgivare enligt nationella taxan fungerar inte fullt ut. Enligt förordningen om läkarvårdsersättningen (FOL) är läkarna kostnadsansvariga för provtagning och ett fåtal analyser. Provtagning innebär stickkostnaden och är försumbar. I praktiken fungerar det så att vårdgivarna som regleras enligt förordningen inte har något kostnadsansvar för provtagning och analyser överhuvudtaget, det är en fri nytthet som utnyttjas utan begränsning. Det kan utgöra en risk för att icke ändamålsenliga provtagningar och undersökningar beställs och utförs. Det är kostnadsdrivande och innebär att landstingen som har kostnadsansvar inte har någon kontroll på de utgifter som privatläkarna genererar för laboratorieverksamhet.

Konkurrens

I Konkurrensverkets rapport 2010:3 ”Uppföljning av vårdval i primärvården” kommenteras ett antal gränsdragningsproblem som kan uppstå mellan vårdgivare som verkar enligt olika regel- och ersättningssystem inom samma vårdområde [15]. Gränsdragningsproblemen uppstår i det här fallet mellan lagen (2008:962) om vårdvalssystemet (LOV) och nationella taxan [16]. Det berör främst specialistläkare i allmän medicin och fysioterapeuter som utför rehabilitering i de landsting där vårdval finns för dessa områden.

Det finns risker för övervältring av kostnader mellan vårdgivarna inom de olika systemen. Ett exempel är redovisningen av kostnader för medicinsk service. Inom vårdvalssystemet har vårdgivarna kostnadsansvar för denna tjänst men inom nationella taxan är det en fri nytthet.

I vårdvalssystem där landstingen tillämpar kapiteringsersättning har vårdgivarna kostnadsansvar för besök som deras listade patienter gör hos andra vårdgivare. Det avser såväl besök hos vårdgivare inom vårdvalssystemet som vårdgivare inom den nationella taxan. Det innebär en övervältring av kostnader mellan systemen.

Landstingen har att hantera vårdgivare som verkar inom tre olika regelsystem parallellt, upphandling enligt LOU (Lag om offentlig upphandling), ersättning enligt nationella taxan samt valfrihetssystemet enligt LOV (Lag om valfrihetssystem) [17,17]. I Konkurrensverkets rapport 2010:3 framkommer att landstingen helst ser att alla vårdgivare ingick i samma regelsystem [15].

Intressenternas synpunkter

Patientperspektivet

Utredningstiden har varit knapp och tid för inhämtande av patienternas synpunkter på nationella taxan har inte kunnat göras inom ramen av uppdraget. Mona Boströms utredning ”Nationell taxa – slutredovisning av uppdrag” har en redogörelse av patienternas uppfattning om nationella taxan [5]. I utredningen kom patienterna till tals via sina patientföreningar. Där framkom att patienterna inte hade någon uppfattning om hur nationella taxan fungerade. Det som ansågs vara viktigast med nationella taxan för framtiden var att kunna välja vårdgivare och att kunna bedöma kvaliteten i vården.

En förutsättning för att kunna bedöma kvalitet är dokumentation av vården i nationella klassifikationer och terminologi.

Läkarnas och fysioterapeuternas synpunkter

Sveriges Läkarförbund och Fysioterapeuterna har efterfrågat en översyn av systemet med nationella taxan, men de olika utredningar om förändringar som presenterats under åren har inte lett till några resultat.

Företrädare för nationella taxans vårdgivare ser statens roll som en garant för likvärdig ersättning för hela landet, att det ger en trygghet med långt perspektiv som skapar kontinuitet för verksamheterna och patienterna. De menar att det är viktigt för patienterna att få välja läkare, och att det nuvarande systemet garanterar småskalighet för vårdgivarna. Företrädarna för nationella taxan vill att det även i framtiden ska vara en neutral part som sätter villkoren.

Fler alternativ av vårdgivare i vården, är bra både för företagen och för patienterna. Landstingens vårdval är alltför osäkert för nationella taxans vårdgivare. Ersättningsnivåerna kan ändras snabbt i vårdvalen.

Fysioterapeuterna har i ett särskilt medskick ställt samman synpunkter på en framtida förordning om ersättning för fysioterapi [18]. Utgångsläget hämtas från nuvarande förordning med kompletterande tillägg.

Beträffande nationella taxans klassificeringssystem vill man från läkarförbundet se en opartisk genomgång av åtgärderna. En bedömning av vad man faktiskt kan göra i öppenvården, vad kan vara rimligt att göra i öppenvård och vilka åtgärder bör rensas ut ur Bilaga 1 till förordningen (FOL). Bilagan i sin nuvarande form avspeglar inte verkligheten, den är inte patientsäker.

Representanter för Sveriges Läkarförbund och Fysioterapeuterna uttalar sig positivt till att redovisa vården enligt nationella klassifikationer. De är överens om att uppföljning är berättigad både på landstingsnivå och nationellt. Det får inte bli administrativt betungande. Det kan finnas praktiska svårigheter för vissa vårdgivare att leverera information då IT-systemen inte är anpassade.

SKL:s synpunkter

SKL anser att systemet är fastlåst i sina former. Systemet bör göras om från början.

Ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen beträffande nationella taxan är oklar. Företrädare för SKL anser att landstingen tagits ifrån möjligheten att planera för befolkningens behov av hälso- och sjukvård samt kostnadskontroll på vården. Nationella taxan står utom landstingens kontroll av kostnader och utförd vård. Landstingen har ett ansvar för att använda sina skattepengar på ett effektivt sätt.

SKL anser att det är en konstig ordning med trepartsförhandling om nationella taxan, en hantering genom upphandling är en mer demokratisk process. Det blir ett mer enhetligt system för alla vårdgivare, som det nu är stänger nationella taxan ute andra vårdgivare. SKL anser också att landstingen måste kunna välja mellan de olika vårdgivarna.

Möjligheten till uppföljning av vårdgivare under nationella taxan måste bli bättre. Enligt SKL ska vård enligt nationella taxan kunna följa upp på likartat sätt som i LOV och LOU [16,17].

SKLs uppfattning är att visst är kontinuitet viktigt, men att det också kan leda till stagnation av kompetens och utrustning som i sin tur påverkar patientsäkerheten.

Landstingens synpunkter

Socialstyrelsen har haft kontakt med Stockholms läns landsting, SLL, det landsting som har störst andel läkare och fysioterapeuter som verkar enligt nationella taxan i landet. År 2017 var 41 procent läkare och 32 procent av fysioterapeuterna enligt nationella taxan verksamma i SLL.

Landstinget synpunkt på ersättningsnivåerna är att ett ersättningstak räcker och att det jämföras med heltidstjänst.

Enligt landstinget vore det önskvärt med lika regelsystem för likvärdig vård och allra helst en anpassning av vården till vårdvalens system. Det bidrar till ett mer rättvist system mellan vårdgivarna, det ger möjlighet att följa upp vården, ger bättre planeringsförutsättningar för landstinget samt mindre administration.

Det råder olikheter i regelsystemen mellan nationella taxan och vårdval på en rad olika områden;

- Remisskrav gäller inte vård enligt nationella taxan men till vårdval
- Olika ersättningar, prisbildningen är lägre i vårdvalen
- Fri medicinsk service till vårdgivare enligt nationella taxan medan vårdvalen har kostnadsansvar för medicinsk service
- Fysioterapeuter som verkar enligt vårdval måste ange diagnos samt vissa åtgärder för att få ersättning. Det finns inga krav på redovisning för fysioterapeuter som verkar enligt nationella taxan

En sammanhållen sjukvård

Mona Boström tar i utredningen ”Nationell taxa – slutredovisning av uppdrag” upp förhållanden som är mindre bra med nationella taxan. Ett stort problem är att systemet i sig inte understödjer samverkan i vårdprocesser och teamarbete. Hittills har lagen krävt att vårdgivarna varit ”heltidsanställda i taxesystemet vilket motverkat utbytet mellan öppen och slutenvård, offentlig och privat verksamhet samt utbildning och forskning”. I och med kommande lagförslag i departementspromemoria Ds 2018:31 föreslås att kravet på heltidsanställning upphävs för vårdgivare inom ramen för nationella taxan [18]. Det kan eventuellt öppna upp för möjligheter till ökat samarbete med andra vårdgivare.

Utredningen ”God och nära vård – En primärvårdsreform” (SOU 2018:39) har ambitionen att ta ett samlat grepp kring primärvården [13]. En stor del av vårdgivarna som verkar enligt nationella taxan utför primärvårdstjänster, det är läkare med specialiteten allmän medicin samt samtliga fysioterapeuter. I utredningen beskrivs primärvårdsuppdraget kunna fullgöras genom vårdval, upphandling enligt LOU eller i egen regi (landstinget). Utredningen omfattar alltså inte primärt något förslag om hur den del av primärvården som faller under nationella taxan ska tas om hand. I ett tilläggsuppdrag till utredningen om god och nära vård har regeringen beslutat att utreda och föreslå hur läkare och fysioterapeuter som får ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning, respektive lagen om ersättning för fysioterapi, ska kunna integreras i samklang med övriga förändringar i den ordinarie primärvården.

Ord och uttryck

- DRG-** Diagnosis Related Groups
- FOF-** Förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapeuter
- FOL-** Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning
- HSL-** Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
- ICD-10-SE-** Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, Svensk version
- ICF-** Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa
- IVO-** Inspektionen för vård och omsorg
- KVÅ-** Klassifikation av vårdåtgärder
- LOF-** Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi
- LOL-** Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning
- LOU-** Lag (2016:1145) om offentlig upphandling
- LOV-** Lag (2008:962) om valfrihetssystem
- Nationella taxan-** Vanlig benämning av verksamhet som bedrivs enligt Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi och Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning
- PSL-** Patientsäkerhetslag (2010:659)
- SKL-** Sveriges Kommuner och Landsting
- Snomed CT-** Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms

Referenser

1. Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning
2. Förordning (1994:112) om läkarvårdsersättning
3. SKL Hämtad 2018-10-10 från <https://skl.se/download/18.49f0902a162d5414b69a223b/1524570295156/Privata-lakare-fysioterapeuter.pdf>
4. Regler för etablering av vårdgivare. Slutbetänkande (SOU 2009:84).
5. Boström M Nationella taxan – slutredovisning av uppdrag. Stockholm. Mona Boström AB.
6. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting, Fördjupad uppföljning Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2016.
7. Hälso- och sjukvårdsavdelningen Landstinget i Uppsala län, Fördjupad uppföljning av sjukgymnaster/fysioterapeuter verksamma enligt nationella taxan – Slutrapport. Uppsala: Uppsala läns landsting; 2016
8. SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
9. Patientdatalag (2008:355)
10. HSLF-FS 2016:40 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården
11. SOSFS 2013:35 Uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister
12. Socialstyrelsen. Hämtad 2018-10-10 från <http://www.socialstyrelsen.se/register/halsodataregister/patientregistret>
13. God och nära vård – En primärvårdsreform. Delbetänkande (SOU 2018:39).
14. SOSFS 2015:8. Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om läkarnas specialiseringstjänstgöring
15. Uppföljning av vårdval i primärvården. Konkurrensverket. 2010:3
16. Lag (2008:962) Om vårdvalssystemet
17. Lag (2016:1145) Om offentlig upphandling
18. Fysioterapeuterna. Fysioterapeuternas syn på framtidens Förordning om ersättning för fysioterapi- SFS 1994:1120. 2018-06-21.
19. Departementspromemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31).

