

God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, SOU 2020:19

Detta är en sammanfattning av huvudbetänkandet från utredningen ”God och nära vård” som leds av Anna Nergårdh. Vi vill ge dig som medlem, och aktiv i förbundet, möjlighet att ta del av utredningens förslag på en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem. Vi vill betona hur viktigt det är att vara väl insatt i denna utredning, som tar sats för att förnya hälso- och sjukvården i grunden under de närmaste 10 åren. Fundera gärna över hur det påverkar dig som fysioterapeut och hur patienterna ska få tillgång till god behandling, rehabilitering och preventiva insatser i framtiden.

Syftet med sammanfattningen är att ge en översikt av vad som har hänt under utredningens gång och de förslag som redan har tagits vidare efter föregående betänkanden. Vi sammanfattar även de förslag som läggs fram i huvudbetänkandet. Vi har valt att så långt det går ta texter direkt från betänkandet för att inte lägga in egna tolkningar. Hela betänkandet sammanfattas men med fokus på de delar som framförallt berör fysioterapeuter. Vissa delar är tagna direkt från utredningens sammanfattning medan andra har utökats med områden vi tror har betydelse för fysioterapeuter.

Huvudbetänkandet berör i huvudsak fem delar:

- Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården
- Patientkontrakt
- Utbildning och forskning i den nära vården
- Nationella taxan
- Begreppen sluten och öppen vård

Vad händer nu?

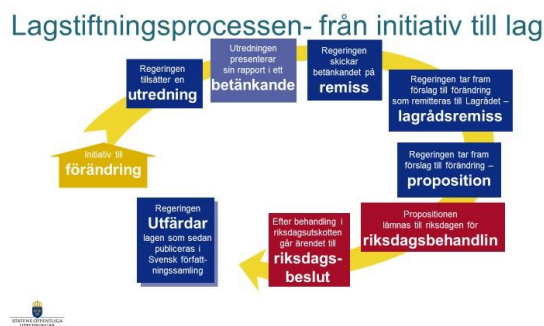
Fysioterapeuterna ska skicka in remissvar med synpunkter på huvudbetänkandet i slutet av augusti 2020. Innan dess vill vi gärna samla in tankar och synpunkter från så många som möjligt i förbundet. Därefter kommer remissvar att skrivas och förbundsstyrelsen tar beslut om detta vid FS- mötet den 24 augusti. För att kunna sammanfatta alla synpunkter och skriva remissvaret behöver vi era synpunkter senast den **26 juni**. Skicka in dina/era synpunkter till: cecilia.friden@fysioterapeuterna.se.

Vill du fördjupa dig ytterligare rekommenderar vi dig att läsa hela huvudbetänkandet alternativt utredningens egen sammanfattning. Huvudbetänkandet hittar du här: http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2017/08/SOU_2020_19_webb.pdf

Utredningen går sedan in i sin sista fas med tilläggsdirektivet kring lättare psykisk ohälsa. Detta tilläggsdirektiv skall redovisas i **januari 2021**. Förbundet ingår i utredningens referensgrupp även fortsättningsvis. Vi kommer att återkomma med information och även samla in era synpunkter på de dialogfrågor kring lättare psykisk ohälsa som finns med i huvudbetänkandet. Vi återkommer med en plan för detta arbete.

Från utredning till beslut

Processen kring en statlig utredning och hur förslag tas vidare från betänkande till riksdagsbeslut och lag är väl beskriven i en blogg av huvudsekreteraren Louis Andersson. <http://www.sou.gov.se/godochnaravard/blogg/> se bloggen 200424 *Remiss och process*. Nedan finns en bild som översiktligt visar processen.



Bilden är hämtad från bloggen av Louise Andersson.

Vad har hänt sedan första delbetänkandet?

Utredningen startade i mars 2017 och det första delbetänkandet *God och nära vård. En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)* presenterades i juni 2017. I det betänkandet presenterades bland annat en målbild och färdplan som utgår från ett personcentrerat arbetssätt där medarbetarperspektivet lyfts tydligt. Kompetensförsörjningen betonas och digitaliseringen med en tydlig koppling till Vision e-hälsa 2025. Utifrån förslagen i det första delbetänkandet fattade riksdagen beslut om propositionen 2017/18:83, *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti*. Lagen om behovsstyrd vårdgaranti trädde i kraft den 1 januari 2019. Den nya vårdgarantin innebär att en patient har rätt att inom tre dagar få en bedömning av den legitimerade profession som den har behov av. I huvudbetänkandet finns en rapport kring väntetider till olika professioner presenterad (sid 85-86).

Det andra delbetänkandet *God och nära vård. En primärvårdsreform (SOU 2018:39)* lämnades över i juni 2018 och förslagen från det andra delbetänkandet bereds just nu i Regeringskansliet:

<https://www.regeringen.se/497da4/contentassets/ceebc29edc2342729860d245a499cd2f/iriktningen-for-en-nara-och-tillganglig-varld--en-primarvardsreform.pdf>

Det tredje delbetänkandet *God och nära vård. Vård i samverkan (SOU 2019:29)* lämnades i juni 2019. Detta delbetänkande innehöll inga förslag utan enbart bakgrundstexter till huvudbetänkandet och en rapport kring hur arbetet fortskrider. Delbetänkandet innehöll dialogfrågor som vi skickade ut till förbundets olika delar. Vi sammanställde svaren på dialogfrågorna och skickade till utredningen.

https://www.fysioterapeuterna.se/globalassets/om_forbundet/remissvar/2019/dialogfragor-remissvar-god-och-nara-varld.pdf

Sammanfattning av huvudbetänkandet

Kapitel 4. Samverkansstrukturer för hälso- och sjukvården

Utredningen har i uppdrag att utreda och lämna förslag på hur samverkan av hälso- och sjukvård i regional och kommunal regi kan underlättas och ge förutsättningar för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar samt förtydliga samverkan och ansvarsfördelning för medarbetare. I detta ingår även att skapa förutsättningar för en god arbetsmiljö och skapa ett begripligt hälso- och sjukvårdssystem för invånare, patienter och anhöriga. Uppdraget inkluderar även att se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner.

Kommuner som huvudman

Primärvård är en vårdnivå med såväl region som kommun som huvudman. Kommunerna ansvarar enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för hälso- och sjukvård i särskilda boendeformer, dagverksamheter och, i de fall man har avtal med regionen, även för hemsjukvård i ordinärt boende, det vill säga patientens privata bostad. Detta gäller med undantag för läkarinsatser som regionen ska stå för. När det gäller hemsjukvård ligger det primära ansvaret på regionerna även om kommunerna har fått befogenheter att erbjuda dem som vistas i kommunen hemsjukvård. Regionen har även möjlighet att, genom en överenskommelse med en kommun, överlåta skyldigheten att erbjuda hemsjukvård. I dag har alla regioner utom Region Stockholm ingått sådana överenskommelser.

Begreppet hemsjukvård används sedan länge i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Allt mer hälso- och sjukvård utförs i hemmet och har blivit mer avancerad med samma höga krav på kvalitet, utrustning och kompetensbehov som i övrig hälso- och sjukvård.

Lagstiftningen föreskriver att funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ska finnas i alla kommuner. För verksamheter som jobbar med rehabilitering kan det i stället finnas en arbetsterapeut, fysioterapeut eller sjukgymnast som är medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Denna funktion är frivillig.

Utredningens förslag

För att tydliggöra att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd övrig vård föreslår utredningen att begreppet hemsjukvård ersätts med begreppet *hälso- och sjukvård i hemmet* och att det enda som särskiljer den är platsen vården utförs på. Detta medför ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och i tandvårdslagen. Detta tydliggör att kvalitetskraven är likvärdiga övrig hälso- och sjukvård vilket anses öka samarbetet och kompetensöverföring mellan huvudmännen. Det ställer även högre krav på kompetensförsörjning och kompetenskrav på vårdens medarbetare.

Samverkan mellan kommun och region

Den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för utgör primärvård men kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och sjukvård som regionerna är ansvariga för. All hälso- och sjukvård som utförs i hemmet räknas som öppen vård eftersom slutna vård kräver intag på vårdinrättning. Insatser i hemmet kan dock ges både på primärvårdsnivå och som öppen specialiserad vård. Den vård som kommunen ansvarar för är alltid på primärvårdsnivå. Detta gör att samverkan mellan huvudmän är avgörande för en god sammanhållen vård i hemmet. I gällande lagstiftning finns inget som hindrar samverkan och att kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal utför insatser som den regionalfinansierade hälso- och sjukvården har ansvar för om huvudmännen enas om förutsättningarna för detta. Utredningen bedömer att gällande rätt är relativt väl reglerad med undantag för förutsättningarna på utförarnivå.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår därför att för att tydliggöra kraven på samverkan ska regioners och kommuners särskilda samverkansansvar vid planering och utveckling av hälso- och sjukvård förtydligas. Utredningen föreslår även att regioner och kommuner ska upprätta en övergripande gemensam plan för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå och det ska finnas förutsättningar för samverkan även på utförarnivå. Förslagen medför ändrade bestämmelser i HSL. Dessa förslag läggs för att säkerställa att patienten får en sammanhängande, god och jämlik hälso- och sjukvård oavsett huvudman.

Planeringsverktyg

Regionen ska tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan när en enskild har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten. Planen ska upprättas om regionen eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och om den enskilde samtycker till det. En förutsättning för att kravet på upprättande av en individuell plan enligt ovan ska aktualiseras är att den enskilde har behov av insatser från både regionfinansierad hälso- och sjukvård och från socialtjänsten. Det ansvar från kommunens sida som kommer till uttryck i aktuella bestämmelser om individuell plan avser således endast kommunens socialtjänstinsatser. Kommunen i sin egenskap av huvudman för hälso- och sjukvård omfattas inte av bestämmelserna. Den kommunala hälso- och sjukvården är med andra ord exkluderad från kravet i HSL och Socialtjänstlagen (SoL) på upprättande av en individuell plan.

I de dialogfrågor som skickades ut i samband med det tredje delbetänkandet var det många aktörer (bl a Fysioterapeuterna) som beskrev en otydlighet i vilket planverktyg som ska användas i en specifik insats och vilka planverktyg som finns. En kartläggning som utredningen genomfört visade att det finns 18 författningsreglerade planer varav fyra gäller generellt för hälso- och sjukvården. Det råder med andra ord en stor begreppsförvirring i olika verksamheter gällande individuell plan och samordnad individuell plan (SIP).

Utredningens förslag

Regleringen av individuell plan i HSL och SoL ska harmonieras med regleringen i lagen om utskrivning från slutenvård (LUS) så att den kommunala hälso- och sjukvården inte bara omfattas när den individuella planen initieras vid utskrivning från slutenvård (LUS). Dessutom ska patienter som inte får socialtjänst men har behov av stöd i samordningen i vårdprocesser som inbegriper flera olika vårdgivare omfattas av möjligheten att få en individuell plan. Utredningen föreslår vidare att den individuella planen ska regleras i HSL och SoL och att också den enskildes önskemål om att få en individuell plan upprättad ska beaktas.

Vidare bedömer utredningen att en fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. Samordningen för den enskilde patienten ska ske med utgångspunkt i den individuella planen för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Utredningen föreslår också att i den individuella planen ska målet med insatserna för den enskilde framgå.

Slutligen föreslår utredningen när det gäller den individuella planen att det ska framgå vilka förebyggande och rehabiliterande insatser som behövs. Att stärka innehållskraven i den individuella planen avseende hälsofrämjande insatser, kombinerat med förslaget om att fler patienter ska få möjlighet att få en individuell plan, är ett sätt att säkerställa att insatser för att främja hälsa och förhindra återinsjuknande planeras och följs upp för fler patienter än i dag.

Elevhälsa

Flerårliga referensgrupper har tagit upp elevhälsans viktiga roll för att stödja hälsa. Utredningen menar att förslaget att utöka bestämmelsen om individuell plan i HSL även innefattar de delar av elevhälsan som utförs av hälso- och sjukvårdspersonal. Samverkan mellan olika professioner inom elevhälsan blir dock avgörande för att även professioner i skolan som inte verkar inom ramen för HSL ska kunna initiera en individuell plan.

Utredningens förslag

Inga specifika förslag har lagts för elevhälsan förutom att den inkluderas i förslagen kring individuell plan.

Kapitel 5 Patientkontrakt

Utredningen har i uppdrag se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman. De har också i uppdrag att klargöra hur patientkontraktet bör förhålla sig till samordnad individuell plan, så kallad SIP.

En personcentrerad vård förutsätter jämlik samverkan mellan patienten och hälso- och sjukvårdens medarbetare. För att möjliggöra detta har ett arbete med sk patientkontrakt pågått och pilottestats i tre regioner. Patientkontraktet består av flera delar:

- en överenskommelse mellan hälso- och sjukvården och patienten som innehåller information och kontaktuppgifter till fast(a) vårdkontakt(er)
- en sammanhållen plan
- att tiderna i planen är bokade i samråd med patienten.

Utredningens förslag

Utredningen föreslår att det i patientlagen (PL) ska regleras att varje patient ska ha möjlighet till ett patientkontrakt som på ett sammanhållet sätt, utifrån den enskildas behov och preferenser, presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade. Det ska också framgå vem/vilka som utgör patientens fasta vårdkontakt(er).

Patientkontraktet behöver kunna anpassas efter mottagaren och måste göras i olika former, t.ex digitalt, muntligt eller skriftligt utlämnat, för att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet. Tillhandahållandet av ett patientkontrakt kommer enligt förslaget att initieras av att en patient efterfrågar ett sådant, och att region respektive kommun som huvudman för hälso- och sjukvården åläggs att tillhandahålla ett. Patientens fasta vårdkontakt ansvarar då för att ett sådant upprättas. Förslaget bedöms få positiva effekter på samhället på sikt. Upplevelsen av delaktighet och trygghet förväntas bidra till att minska behovet av många vårdbehov och akuta besök till slutenvården.

Kapitel 6 Utbildning och forskning i den nära vården

Forskning, utveckling och utbildning (FoUU) är enligt utredningen ett av de perspektiv som nogsamt måste beaktas i omställningen till den nära vården, när hälso- och sjukvården skiftar fokus från den traditionella akutsjukhusmiljön till mer vård utanför sjukhuset och i förlängningen också i allt större utsträckning till vård i hemmet. Detta innebär att det måste etableras förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet även utanför de traditionella miljöerna och hos hälso- och sjukvårdens båda huvudmän, regioner och kommuner.

Verksamhetsförlagd utbildning (VFU)

Hälso- och sjukvården har ett stort utbildningsuppdrag, men förutom regionernas ansvar för läkarutbildningen, är kommuners och regioners ansvar att medverka i VFU inte reglerat i HSL. I stället sker samverkan i utbildningsfrågan med stöd av den s.k. principöverenskommelsen och genom avtal. För läkarutbildningen finns ett centralt avtal genom det nationella ALF-avtalet som reglerar samarbete om utbildning och klinisk forskning. För annan hälso- och sjukvårdsutbildning har huvudmän och olika lärosäten ingått olika typer av avtal i syfte att reglera övergripande principer för VFU.

Utredningens förslag

För att säkra framtidens kompetensförsörjning måste alla aktörer ta ett aktivt ansvar och finnas med vad gäller utbildningsinsatser på olika nivåer. Därför föreslår utredningen att det uppdrag som i dag genom överenskommelser och andra avtal åligger regioner och kommuner att medverka i utbildning och tillse att behovet av platser för verksamhetsförlagd utbildning tillgodoses, ska tydliggöras genom ett i lag reglerat ansvar. I den nya bestämmelsen ska anges att regioner och kommuner ska säkerställa att utbildning sker i den hälso- och sjukvård de ansvarar för. Bestämmelsen införs i syfte att synliggöra utbildningens betydelse för kompetensförsörjning och för att möjliggöra att fler aktörer i hälso- och sjukvården medverkar i utbildningsfrågan. Vidare föreslår utredningen att det ska ingå i primärvårdens grunduppdrag att medverka till utbildning av de professioner som förekommer i primärvården.

Specialistutbildning

I utredningen beskrivs även kompetensutveckling för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Läkares och sjuksköterskors specialistutbildning regleras av staten men bedrivs på olika sätt där läkarnas specialistutbildning sker genom en handledd tjänstgöring medan sjuksköterskornas utbildning ligger på högskolan. Regionerna är ansvariga för att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd AT- och ST-tjänstgöring för läkare, vilket är reglerat i lag. Läkares skyldighet att handleda läkarstuderande är också reglerat i lag.

Även vissa andra yrkesgrupper än läkare och sjuksköterskor har identifierat ett behov av specialiserad kompetens inom sitt yrkesområde. De har därför, på initiativ av sitt fack- eller yrkesförbund, tagit fram egna ordningar för specialisering. Sådana specialiseringsordningar finns t.ex. avseende fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister och psykologer. Dessa yrkesgrupper bestämmer själva, genom sina förbund, förutsättningarna och kraven för specialisering. Bland annat för att undvika stora skillnader i förutsättningarna att specialisera sig inom sitt yrkesområde och med motiveringen att en oskyddad specialisttitel äventyrar patientsäkerheten, driver professionerna frågan om att specialiseringen ska bli reglerad i lag. En sådan reglering av specialiseringsordningen anses möjliggöra för fler yrkesverksamma att vidareutbilda sig inom ramen för sin tjänst. Även om nu nämnda specialiseringsordningar inte är rättsligt reglerade, efterfrågas specialisering som kompetens i formella sammanhang. Inom Region Stockholm finns t.ex. ett särskilt vårdval inom specialiserad fysioterapi. Med specialisering avses då den ordning för specialisering som yrkesförbundet Fysioterapeuterna har tagit fram.

Utredningens förslag

Utredningen lägger inga direkta förslag angående kompetensutveckling eller specialistutbildning.

Forskning

Vad gäller forskning har utredningen redan tidigare belyst utmaningarna vad gäller resursöverföring från sjukhusbaserad verksamhet till nära vård på längre sikt, inte bara i ekonomiska termer, utan också vad gäller kultur och kompetensförsörjning. I detta betänkande redogörs för inspel på dialogfrågor i det föregående betänkandet, och lyfter särskilt ett inspel på finansiering av forskning inom primärvård och specifikt på det allmänmedicinska området. Andra frågor som lyfts är behov av forskning även i den kommunala hälso- och sjukvården och behov av kombinerade tjänster i såväl kommun som region. Interprofessionell forskning och forskning kring hälsofrämjande och preventiva insatser är andra frågor som tagits upp i samband med svaren på dialogfrågorna.

Utredningens förslag

Inga direkta förslag läggs kring forskning i huvudbetänkandet.

Kapitel 7, Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om fysioterapi

Utredningen har i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om Fysioterapi (LOF) kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård.

Kritik har under lång tid framförts mot LOL och LOF, både från vårdgivare och huvudmän. Vårdgivarna har framfört att lagen behöver moderniseras och att ersättningssystemet inte är utformat och anpassat efter dagens vårdbehov eller hur till vården idag bedrivs. Regionerna å sin sida riktar kritik mot att lagen försvårar deras planeringsansvar, då de inte kan påverka var vårdgivarna etablerar sig samt vårdens innehåll. Regionerna menar även att de har bristande insyn och möjlighet till kontroll av den vård som bedrivs i verksamheterna.

Det har också ifrågasatts om avtalstidens längd med livslånga avtal är förenligt med EU:s rättsordning.

Utredningens utgångspunkter för en ny ordning:

- *En god hälsa och vård på lika villkor:* endast vårdbehov ska avgöra vårdinsatsernas omfattning och karaktär, hinder i form av geografiska, sociala, ekonomiska eller liknande måste undanröjas
- *Personcentrerad vård:* en viktig del i omställningen till en modern och jämlik hälso-och sjukvård
- *Regionens fortsatta planeringsansvar:* regionerna ska i möjligaste mån kunna styra över och planera vårdutbudet inom sitt ansvarsområde

- *Kompetensförsörjning i hela landet:* en utgångspunkt för jämlik vård är att i möjligaste mån främja tillgång till vård i hela landet
- *Möjlighet att verka i offentligt finansierad vård på olika sätt:* varav eget företagande ska vara ett av dem.
- *Goda förutsättningar för en integrerad hälso- och sjukvård med teamarbete:* för att uppnå detta behöver huvudmännen kunna ställa motsvarande villkor på alla offentligt finansierade verksamheter

Utredningens förslag

Utredningen presenterar två alternativa scenarier

Utredningen framhåller att vilket av de två förslagen man föredrar beror på vilka perspektiv, värdegrunder och mål för hälso- och sjukvården som prioriteras.

Obligatoriskt vårdval i Fysioterapi

Skälet till utredningens förslag om ett obligatoriskt vårdval i Fysioterapi grundar sig i att man vill säkerställa möjligheten till framtida fortsatt småskaligt företagande för fysioterapeuter utifrån den tillitsproblematik som rått mellan regionerna och utförarna på Nationella taxan. I ett vårdvalssystem har alla vårdgivare som uppfyller auktorisationskraven möjlighet att etablera sig.

Utformningen av vårdvalet, såväl auktorisationsvillkor som ersättningsmodell, får regionen som huvudman och utifrån sitt planeringsansvar för Hälso- och sjukvården, svara för utifrån lokala förutsättningar. Det kan vara som en utbruten del av primärvården i övrigt eller utgöras av annan öppen specialiserad vård. Utredningen pekar på möjligheten att i enlighet med förslag från utredningen om Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) tillämpa olika vårdvalssystem med olika uppdrag och ersättningssystem inom olika delar av regionen, t ex för tätort respektive glesbygd. Man pekar också på möjligheten att inte all fysioterapi i regionen behöver omfattas av vårdvalet.

Ett nytt kompletterande system i syfte att främja hälso- och sjukvård i hela landet.

Utredningen anser att det behövs ett kompletterande sätt att bedriva hälso- och sjukvård. Detta system kan användas för att främja jämlik vård och hälsa där inte tillräckligt god tillgång på vårdgivare finns och kan användas för fler professioner än fysioterapeuter och läkare. Genom detta förslag menar utredaren att det ges bättre förutsättningar för mindre hälso- och sjukvårdsaktörer att etablera sig och verka i glesbygd.

En ny lag föreslås införas, lagen om främjande av Hälso- och sjukvård i hela landet.

Tanken är att införa ett nytt nationellt system som kan användas när regioner ser behov av att upphandla vård, främst i glesbygd, här definierat som mindre än 300 invånare/km². Denna definition innebär att det finns områden i alla regioner som kan vara aktuella för denna upphandling. Det föreslås även finnas restriktioner att etablering endast får ske på platser som är belägna minst 30 min med bil från tätort med

10 000 invånare eller mer, eller om etableringen sker i tätort får denna ha högst 6000 invånare om övriga förutsättningar är uppfyllda.

Det är regionen som initierar behovet av upphandling och staten tillskjuter 50% av kostnaden, vilket kan vara ett incitament att använda systemet.

Ersättningssystemet föreslås vara nationellt utformat för att säkerställa en viss nivå på ersättningen, och för att skapa förutsebarhet och incitament för vårdgivarna. Socialstyrelsen föreslås ges i uppdrag att tillsammans med professionsföreningarna och SKR utforma detta ersättningssystem. Upphandlingstiden föreslås bli upp till 7 år för långsiktigt stabila villkor så företag vill etablera sig.

Båda förslagen innebär att LOF upphävs vid utgången av 2022.

Efter detta kan etableringarna ej längre säljas.

Övergångsregler föreslås gälla till 2028

Observeras bör också att regeringen ännu inte lämnat besked om man avser att gå vidare med den Departementsskrivelse DS 2018:31 som följde av tidigare utredning och endast föreslog mindre förändringar av Nationella taxan.

Konsekvenser för professionen av utredningens förslag

Utredaren menar att de fysioterapeuter som nu är aktiva kommer att behöva anpassa sin verksamhet för att kunna fortsätta att bedriva sin verksamhet genom anslutning till LOU (lag om offentlig upphandling) eller LOV (Lag om Valfrihetssystem). Då det överlag föreligger brist på fysioterapeuter, ser man att risk för arbetsbrist inte är överhängande.

Utredningen framhåller också möjligheten till att regioner kan teckna avtal som inte omfattar heltid, vilket också kan medföra fördelar för enskilda fysioterapeuter vad gäller möjlighet till förenade tjänster/avtal mellan kommun och region eller region och akademi etc.

Kapitel 8 En ändamålsenlig struktur för styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen har i enlighet med direktiven att analysera om vårdens uppdelning i öppen vård och sluten vård fortfarande är ändamålsenlig, med utgångspunkten att vården ska organiseras och bedrivas effektivt med god kvalitet och utifrån den enskildes vårdbehov. Analysen ska göras utifrån ett patientperspektiv i relation till utredningens övriga förslag. Kort sammanfattat fyller, sedan ikraftträdandet av 1982 års hälso- och sjukvårdslag, inte dagens begreppsindelning i öppen och sluten vård någon organisatorisk funktion i lagstiftningen. Indelningen i dessa vårdformer utgör därmed endast en lagteknisk lösning. Att regioner även efter 1982 valt att organisera sina verksamheter utifrån dessa begrepp regleras alltså inte av lagstiftning.

Utredningen menar att det råder enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Nya behandlingsalternativ och nya sätt att organisera vården har lett till att vård som tidigare krävde intagning på sjukhus, numera kan utföras och utförs på andra platser än på sjukhus och därmed förflyttas till den öppna vårdformen. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta premiera sluten vård, vilket medför att sådan förflyttning inte sker i önskad utsträckning. Intresset för frågan om ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård ser delvis annorlunda ut jämfört med utredningens övriga frågor; för den som ansvarar för och arbetar med systemnivån vad gäller styrning och ledning, beskrivningssystem och det ekonomiska perspektivet är den intressant utifrån sin faktiska legala utformning och därpå följande konsekvenser. För många andra är den mer principiellt intressant utifrån hur väl den underlättar den omställning av hälso- och sjukvården som genomförs. Utredningen är medvetna om, och har under utredningens gång flera gånger uppmärksammat på, att förändringar i de grundläggande begreppen öppen och sluten vård är stora ingrepp i strukturen för det rådande systemet. Det råder olika uppfattning om hur viktiga sådana förändringar är att göra för att möjliggöra och underlätta omställningen till nära vård, och i vilken utsträckning de är bärare av en traditionell kultur som behöver förändras för att uppnå en modern hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag

Utredningen gör bedömningen att en uppdelning i vårdformer är fortsatt ändamålsenlig. De gör bedömningen att de beskrivningssystem som i dag används inte är ändamålsenliga för styrningen och uppföljningen av dagens och framtidens hälso- och sjukvård, och presenterar därför förslag om att de behöver utredas och anpassas. Till följd av de stora förändringar som en ändrad definition innebär, och med tanke på de därav följande svårigheterna att med säkerhet beskriva konsekvenserna av en sådan förändring, väljer utredningen att presentera detta som en bedömning. Utredningen presenterar i kapitel 8 ett möjligt sätt att utforma en sådan ny definition, benämnd särskild vård.

Kapitel 9. Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

I detta kapitel lyfter utredningen olika former av stödstrukturer som de ser som avgörande att den nationella nivån tillhandahåller till huvudmännen och övriga berörda aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet. De gör bedömningen att staten, under den återstående omställningsperioden, 2021–2027, bör samla flera av de ekonomiska satsningar som regleras i överenskommelser mellan regeringen och SKR i en övergripande överenskommelse för omställningen. Överenskommelsen bör bestå av två delar. En del med ett övergripande omställningsbidrag som fördelas till regioner och kommuner efter fördelningsnyckel och vars storlek ligger fast under överenskommelsens tid. En del där de övergripande ingående områdena slås fast från start, men där inriktning och storlek under de olika områdena kan variera från år till år och mellan olika huvudmän, utifrån behov.