

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

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har erbjudits möjlighet att yttra sig över förslagen i huvudbetänkandet SOU 2020:19, God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.

SKR delar i stor utsträckning den bild av svensk hälso- och sjukvård som beskrivs av utredningen, och instämmer i flertalet av förslagen som presenteras. Förslagen är i linje med målbilden för en nära vård och stödjer den fokusförskjutning som är nödvändig. En förflyttning där nyckelorden är person och relation, aktivt medskapande, hälsofrämjande, proaktivitet och att hålla samman utifrån personens behov.

Förbundet har valt att i första hand kommentera de delar av betänkandet som innebär viktigare författningsförändringar eller på annat sätt bedöms vara av mer strategiskt intresse för SKR:s medlemmar.

Nedan finns en sammanfattning av SKR:s uppfattning.

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Regioner:

- Delar utredningens övergripande problembeskrivning och den inriktningsbeskrivning till en nära vård som ges. Denna förändring bedöms som helt nödvändig för att hälso- sjukvårdens och omsorgens utmaningar ska kunna säkerställas med hög kvalitet och bidra till en jämlik hälsa.
- Delar utredningens bedömning att omställningen och utvecklingen behöver en integrerad och personcentrerad ansats när hälso- och sjukvårdssystem utvecklas.
- Delar utredningens bedömning att primärvården ska utgöra navet i den nära vården, med både kommun och region som huvudmän, men att omställningen handlar om en omställning av hela det svenska hälso- och sjukvårdssystemet.
- Tillstyrker förslaget om förtydligande av kravet att regioner och kommuner ska samverka vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården.
- Tillstyrker förslaget om att regioner och kommuner ska upprätta en övergripande gemensam plan för utformningen av hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå.
- Tillstyrker förslaget om att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas förutsättning för samverkan.
- Anser att det krävs ändringar i såväl kommunallagen som hälso- och sjukvårdslagen som möjliggör avtalssamverkan mellan kommun och region.

- Anser att det krävs förbättrade legala möjligheter till informationsutbyte mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.
- Instämmer i att kommunalt finansierad hälso- och sjukvård är på primärvårdsnivå.
- Saknar förslag som reglerar kommunens hälso- och sjukvårdsansvar i HSL för personer som får stöd och insatser enligt LSS.
- Saknar resonemang om och förtydligande av begreppet egenvård.
- Saknar resonemang och förslag kring samverkan mellan tandvården och koppling till nära vård.
- Delar i stort utredningens förslag kring individuell plan och patientkontrakt men ser behov av att i den fortsatta beredningsprocessen harmonisera berörda lagar exempelvis SOL och HSL.
- Tillstyrker att hälso- och sjukvårdens utbildningsuppdrag lyfts fram och befästs i HSL samt i primärvårdens grunduppdrag.
- SKR välkomnar, att utredningens föreslag innebär att den nationella taxan avvecklas. SKR avstyrker utredningens scenario 1 och tillstyrker scenario 2.
- Delar uppfattningen om behovet av långsiktiga ekonomiska satsningar för omställningen till Nära vård och att dessa satsningar också måste omfatta kommunerna.

Generella synpunkter

SKR delar utredningens övergripande problembeskrivning och den inriktningsbeskrivning till en god och nära vård som ges. Denna förändring bedöms som helt nödvändig för att hälso- sjukvårdens och omsorgens utmaningar ska kunna säkerställas med hög kvalitet och bidra till en jämlik hälsa.

Det personcentrade förhållningssättet, det hälsofrämjande arbetet, rehabilitering och habilitering måste stödjas och utvecklas i alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet, i samskapande med bland annat socialtjänst, Försäkringskassa och civilsamhälle. SKR delar bedömningen att det är avgörande att såväl hälso- och sjukvården som övriga delar av samhället främjar hälsa, och inte bara förebygger sjukdom. Det är en förutsättning för att klara framtidens hälsoutmaning och vårdbehov i befolkningen. Genom att öka insatserna som bygger funktionsförmåga kan vården och omsorgen bidra till att minska lidande för den enskilde och till att gemensamma resurser används effektivt.

SKR delar utredningens syn på digitalisering som en möjliggörare för omställningen till en mer nära vård och för förflyttningen från en reaktiv verksamhetslogik till en mer proaktiv, där människor får stöd i att bibehålla och stärka hälsa i vardagen. Samtidigt saknar SKR en djupare analys över den digitala utvecklingens påverkan bl.a. på arbetssätt, innehåll i arbete, kompetensbehov, nya partnerskap, investeringsbehov, utsuddade gränser mellan olika nivåer, organisationer, professioner och välfärdsområden – och vilken betydelse detta har för såväl regioner, kommuner

och privata utförare samt den statliga nivån. SKR vill därför understryka vikten av att i det fortsatta arbetet tydligare inkludera de möjligheter, risker, hinder och behov som den digitala utvecklingen för med sig.

Samverkan mellan kommun och region behöver stödjas och utvecklas, och förslagen kring samverkan och gemensam utvecklingsplan är en ambitionshöjning och viktiga steg i rätt riktning. Men SKR anser att det också behövs ändringar i kommunallagen som möjliggör avtalssamverkan mellan region och kommun. Se särskilt yttrande.

För att både kommuner och regioner ska klara omställningen utifrån den målbild som presenterats måste staten ta sitt ansvar. Det är en förutsättning för att denna omställning ska få den kraft den behöver. Flera av författningsförslagen är steg i rätt riktning, men behöver kompletteras med andra insatser. Statens ansvar finns i flera områden bland annat normer för kompetenskrav och innehåll i utbildningar som leder till yrken i hälso- och sjukvård och socialtjänst, men också inom andra politikområden exempel vis utbildnings- och arbetsmarknadspolitiken, forskningspolitiken, jämställdhetspolitiken, folkhälsopolitiken och politik för digital infrastruktur.

Trots ambitionen att harmonisera skrivningarna i de lagar som reglerar individuell plan så kan SKR konstatera att de förslag som nu föreligger inte innebär likalydande skrivningar i HSL och SOL och andra relevanta lagar. SKR utgår ifrån att harmonisering sker i den fortsatta beredningsprocessen, samt att hänsyn tas till elevhälsans förutsättningar, och att tandvården inkluderas.

SKR konstaterar att huvudbetänkandet saknar beskrivningar av tandvårdens roll i den nära vården. I Socialstyrelsen kartläggning om hinder för en ändamålsenlig samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård konstaterar myndigheten bland annat att strukturer för samverkan i stor utsträckning saknas. Tandvården arbetar sjukdomsförebyggande och behandlande, vilket påverkar vilken typ av vård och insatser som behövs i övrigt. Tandvården bör därför vara en del av individuell plan och patientkontrakt. Genom undersökningar av käkar och tänder har tandvården en viktig roll i upptäckandet av psykisk ohälsa och våld i nära relationer. Tandvårdens roll bör därför beaktas även i uppdraget om lättare psykisk ohälsa.

SKR saknar resonemang om egenvårdens betydelse i omställningen. I en personcentrerad nära vård är det grundläggande att patientens förmågor och resurser tas tillvara och att främja självständighet. Den närmsta vården är egenvården. Mot bakgrund av en alltmer digitaliserad vård, exempelvis genom egenmonitorering där patienten själv ges möjlighet att bidra på ett helt annat sätt, efterlyser SKR förslag som stödjer såväl individens rätt som förutsättningar för huvudmännen att utveckla egenvården. Detta skulle underlätta en mer jämlik vård och bidra till jämlik hälsa.

När strukturförändring sker i vården behöver forsknings- och utbildningsfrågor alltid beaktas, forskning måste kunna bedrivas i den kontext där kunskapen ska användas

och där patienter och brukare finns. När patientströmmarna förändras behöver forskningen följa med för att kunskapen ska vara relevant i den nya kontexten.

Den samlade primärvården behöver därför resurser för att kunna bygga upp forsknings- och utbildningsmiljöer, men också stöd för innovations- och utvecklingsarbete.

SKR vill återigen påpeka behovet av en mer relevant uppdelning av utgiftsområdena i den statliga budgeten. Dagens uppdelning bidrar till en cementering av befintliga strukturer, och stödjer inte den samsyn och samverkan som måste till för att säkra omställningen. Såväl regionerna som kommunerna behöver finansiellt utvecklings-/omställningsstöd för att klara omställningen enligt den tidplan som målbilden anger.

SKR vill än en gång framhålla vikten av en nationell strategi och en fördjupad samverkan mellan staten, regionerna och kommunerna för att möjliggöra omställningen enligt målbilden.

Kapitel 3 Framgångsfaktorer och hinder

Utredningen inleder med att redogöra för sin bedömning av framgångsfaktorer och hinder för omställningen till nära vård. Exempel på framgångsfaktorer är personcentrering och involvering, interprofessionellt lärande och salutogent förhållningssätt. Kompetensförsörjning, logistik och infrastruktur lyfts också fram liksom forskning och undervisning samt digitalisering.

Exempel på hinder är bristande uthållighet, brist på helhetssyn, olika tolkning av regelverk och ekonomiska utmaningar, inklusive omfattande investeringar i byggnader. Bristen på aggregerade data på primärvårdsnivå betonas och ledarskapets betydelse poängteras. Risken med att konstruera system som minskar tillgängligheten och blir exkluderande.

SKR delar utredningens bedömningar.

SKR vill samtidigt betona vikten av de just nu pågående statliga utredningar som kommer att påverka och beröra omställningen till en god och nära vård. Några exempel är

- Samsjuklighetsutredningen (S 2020:08)
- Utredningen om främjande av fysisk aktivitet (S 2020:06)
- Utredningen om stärkt assistans (S 2020:01)
- Utredningen om sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05)
- Utredningen om sammanhållen information inom vård och omsorg (S 2019:01)
- Tillsammans för en välfungerande sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess (SOU 2020:24)

Dessa utredningar är exempel på att omställningen av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet också påverkar andra delar av välfärden än det som nära vårdutredningen hade att utreda. Det är viktigt att förslagen i den fortsatta beredningsprocessen tar höjd för en hållbar omställning som kommer att pågå under lång tid.

Statens roll är också viktig i den fortsatta omställningen av hälso- och sjukvården, och handlar exempelvis om styrningen de egna myndigheterna som på olika sätt kan bidra till en hållbar omställning.

Om regioner och kommuner ska kunna driva omställningen gemensamt krävs det att staten säkerställer att det stöd som ges kan nyttjas på ett sätt som främjar det gemensamma arbetet.

I den fortsatta beredningen ser SKR gärna förslag på aktiviteter som också inkluderar statens ansvar för hälsa. Det handlar bland annat om kunskapsmyndigheternas nationella riktlinjer för att stödja ett främjande, förebyggande och proaktivt arbetssätt som också kan utföras med digital teknik. Men också hur myndigheter som Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen kan bidra till ett hållbart arbetsliv. Ett annat exempel är utbildningarnas innehåll.

Kapitel 4 Samverkansstrukturer för hälso-och sjukvården

Utredningen anser att utifrån kommunernas ökade åtagande som huvudman för hälso- och sjukvård måste samverkan mellan huvudmännen stärkas. För att tydliggöra kraven på samverkan föreslår utredningen att regioners och kommuners särskilda samverkansansvar med varandra vid planering och utveckling av hälso- och sjukvården förtydligas i lagstiftningen. Utredningen föreslår dessutom att regioner och kommuner ska upprätta en gemensam plan för hälso- och sjukvård på den gemensamma vårdnivån primärvård i länet.

Utredningen föreslår också att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas de förutsättningar för samverkan som behövs för att en god vård ska kunna ges.

SKR instämmer i beskrivningen och stödjer ovanstående förslag.

Det finns dock fortfarande oklarheter. Både regionfinansierad och kommunfinansierad hälso- och sjukvård gör insatser i en patients hem, det gäller såväl vård på primärvårdsnivå som specialistnivå. Kommunallagen säger att avtal kan tecknas mellan kommun och kommun men inte mellan region och kommun. SKR anser att en ändring i kommunallagen skulle ytterligare gynna samverkan mellan kommun och region men utredningen har inte lagt något sådant förslag.

Vidare saknas helt tandvårdens roll i samverkansstrukturerna med primärvården. Tandvården bör lyftas fram som en aktör i huvudmännens samverkansansvar, främst

den tandvård som ges på uppdrag av regionen i form av uppsökande verksamhet till patienter i eget boende och särskilt boende.

4.2.1. Kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå

SKR anser att det är glädjande att utredningen tydligt markerar kommunernas avgörande roll i omställningen till Nära vård, och att kommunens ansvar förtydligas inom flera områden, exempelvis utbildningsansvaret och samverkan. Kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar omfattar i de flesta fall personer med komplexa behov, där samsjuklighet, multisjuklighet medför stor påverkan på individens funktionsförmåga och självständighet.

SKR delar utredningens bedömning att det kommunala ansvaret för hälso- och sjukvård är på primärvårdsnivå, men SKR menar att detta måste framgå i HSL. Kommunalt anställd hälso- och sjukvårdspersonal kan medverka i hälso- och sjukvård som regionen ansvarar för att erbjuda, om regionen och kommunen är överens om förutsättningarna för detta. Detta skulle med fördel kunna överenskommas i form av avtalssamverkan som SKR menar behöver regleras.

SKR beklagar att utredningen inte lämnat en fullständig redovisning av det kommunala hälso- och sjukvårdsuppdraget genom att utelämna hälso- och sjukvården inom LSS-verksamheten. Det finns inga förslag om förtydliganden och förbättringar i denna verksamhet när det gäller gränssnittet mellan huvudmännen.

SKR föreslår att bestämmelsen i 12 kap. 1 § HSL ändras så att kommunernas ansvar för den hälso- och sjukvård de redan bedriver för personer som beviljats insatser enligt 9 § 8-10 LSS (bostad med särskild service för barn och ungdomar, bostad med särskild service för vuxna och daglig verksamhet) framgår av lagtexten. Utredningen Stärkt personlig assistans (dir. 2020:3) bör få i uppdrag att förtydliga det kommunala hälso- och sjukvårdsansvaret i 12 kap. 1 § HSL samt föreslå en reglering av en befogenhet för kommunerna att bedriva hälso- och sjukvård även på korttidshem (9 § 6 LSS).

4.2.2 Läkarbemanning i kommunalt finansierad primärvård

Kontinuitet är grundläggande i den nära vården, inte minst för dem som är i behov av i insatser från både region och kommun, och som ofta har flera samtida behov. SKR anser att bristande läkarmedverkan i kommunalt finansierad primärvård är ett problem som måste åtgärdas och arbetar intensivt tillsammans med kommuner och regioner med frågan. Det är också ett område som har förbättrats under rådande pandemi.

SKR delar utredningens bedömning att bristerna i läkarbemanning inte bäst löses genom att kommunerna själva anställer läkare. Istället behöver lösningarna ske i samverkan i den lokala kontexten och områden som SKR ser som särskilt viktiga handlar om bättre tillgänglighet, att avsätta tillräcklig med tid för läkarmedverkan, att säkra fast läarkontakt och kontinuitet och ett utvecklat teamarbete.

SKR anser att nuvarande lagstiftning inte ger kommunerna rätt att anställa läkare. Enligt hälso- och sjukvårdslagen är det regionens ansvar att tillhandahålla läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare, se 16 kap. 1 § tredje stycket HSL. Kommunen som skolhuvudman ansvarar för tillgång till skolläkare – och kan anställa läkare inom detta område – och detta är särskilt reglerat i skollagen (2 kap. 25 §) och har ingen koppling till den kommunala hälso- och sjukvården som regleras i HSL.

4.2.3. Begreppet hemsjukvård ersätts i lagstiftningen med ”hälso- och sjukvård i hemmet”

SKR konstaterar liksom utredningen, att den hälso- och sjukvård som utförs i hemmet är likställd med övrig vård och att det enda som särskiljer den är platsen den utförs på. Det är en central grundbult för att bygga ett hälso- och sjukvårdssystem som anpassas utifrån befolkningens behov. Utredningens förslag till lagändring, att begreppet hemsjukvård tas bort, innebär inte någon reell förändring och det krävs ett medvetet arbete för att förslaget ska få tänkt effekt. SKR vill också betona att hemmet kan vara platsen för såväl primärvårdsinsatser som specialiserad vård och ges av såväl kommun som region, att hälso- och sjukvård i hemmet därmed inte alltid har kommunen som huvudman. Omställningen till Nära vård kommer dessutom sannolikt innebära ytterligare mobila arbetssätt och digitala lösningar som möjliggör att insatser i hemmiljö kan erbjudas på nya sätt.

För att på bästa sätt och på olika vårdnivåer, kunna tillgodose behov av hälso- och sjukvårdsåtgärder i hemmet behövs konkreta lagförslag som underlättar avtalssamverkan mellan region och kommun. De hinder som finns i hälso- och sjukvårdslagen och kommunallagen måste undanröjas så att gränssnittet mellan sjukvårdshuvudmännen blir mer flexibelt. Se särskilt yttrande till huvudbetänkandet. Det är också helt nödvändigt att regeringen går vidare med lagstiftningsförändringar som möjliggör ett bättre informationsutbyte mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

4.4 Planeringsverktyg till stöd för en samordnad vård

SKR välkomnar ambitionen att harmonisera lagstiftningen och regelverken kring individuell plan. Men kan konstatera att förslagen kring individuell plan i utredningen Hållbar socialtjänst – En ny socialtjänstlag (SOU 2020:47) inte överensstämmer med förslagen i huvudbetänkandet. Det är helt nödvändigt med likalydande betydelse i HSL och SOL och andra relevanta lagar. SKR utgår ifrån att harmonisering sker i den fortsatta beredningsprocessen, att hänsyn tas elevhälsans förutsättningar, samt att tandvården inkluderas.

SKR välkomnar förslaget att den kommunala hälso- och sjukvården också inkluderas och kan ta initiativ till individuell plan. Patienter inom den kommunala hälso- och

sjukvården har ofta komplexa behov där insatser från flera aktörer behöver samordnas, och stöd och insatser kan pågå under lång tid.

Utredningen föreslår att också de patienter som inte har insatser från socialtjänsten, men har behov av samordning i vårdprocesser som inbegriper flera vårdgivare ska omfattas av möjligheten att få en individuell plan. En fast vårdkontakt ska ansvara för att den individuella planen är aktuell och uppdaterad. SKR välkomnar intentionen i detta. Men eftersom vårdgivare i många fall är en hel region eller kommun kommer utredningens förslag sakna betydelse för ett stort antal patienter som har många insatser från olika verksamheter men inom samma vårdgivare, exempelvis samma region. I den fortsatta beredningsprocessen måste förslaget omformuleras så att bestämmelserna om individuell plan omfattar vårdprocesser som inbegriper flera olika verksamheter såväl inom samma vårdgivare som mellan olika vårdgivare.

Utredningen föreslår att målet med insatserna för den enskilde ska framgå i den individuella planen och att målen ska formuleras utifrån den enskildes perspektiv, samt att förebyggande och rehabiliterande insatser ska ingå. SKR instämmer i detta, och att detta kommer att påverka och ge förutsättningar för mer personcentrerade och teambaserade arbetsätt. För personer i arbetsför ålder behöver planen också innehålla bedömning av arbetslivsinriktad rehabilitering och kontakter med arbetsgivare och Försäkringskassa. Ett gemensamt mål utifrån den enskildes perspektiv ställer krav på en ökad personcentring, att man verkligen utgår från den enskildes behov och förutsättningar. SKR välkomnar förslaget som möjliggör att den enskilde också kan ta initiativ till en individuell plan.

SKR tillstyrker att innehållskraven i den individuella planen stärks och att de hälsofrämjande insatserna lyfts fram. SKR delar uppfattningen att detta är ett sätt att främja hälsa, förebygga återinsjuknande och stärka bästa möjliga funktionsförmåga.

Elevhälsa

Elevhälsans roll för att stödja hälsa är central och elevhälsan har en viktig roll i den nära vården. SKR kan dock konstatera att redogörelsen för elevhälsan i huvudbetänkandet har vissa brister. Det är till exempel enbart hos fristående skolhuvudmän som elevhälsan finansieras med grundbelopp enligt skollagen.

SKR anser också att utredningens lagförslag om individuell plan i förhållande till elevhälsans roll och uppdrag behöver analyseras vidare. Här finns viktiga kopplingar till utredningen om sammanhållen god och nära vård för barn och unga (S 2019:05).

Kapitel 5 Patientkontrakt – patientens stöd för en sammanhållen vård

Personcentrade arbetssätt och medskapande med patienter och brukare förbättrar kvaliteten och bidrar till ökad effektivitet i välfärdstjänsterna. En sammanhängande hälso- och sjukvård måste utgå från varje patients behov, förutsättningar och preferenser och förutsätter att samtliga aktörer som är inblandade i insatserna, inklusive patienten själv, har samsyn om hur vårdprocessen ska se ut.

5.2.1 Varje patient ska ha en möjlighet till ett patientkontrakt

Förslaget om patientkontrakt regleras i HSL och PL och riktar sig enbart till hälso- och sjukvården – inte socialtjänsten. Både region och kommun föreslås få en skyldighet att erbjuda patientkontrakt. Patientkontraktet ska vara en ”sammanställning av uppgifter om patientens fasta vårdkontakt och individuella plan”. Bestämmelserna om individuell plan riktar sig däremot till både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det finns en risk att det uppstår oklarheter i praktiken. SKR vill därför se vissa förtydliganden om vilken typ av uppgifter i den individuella planen som ska synas i patientkontraktet. Antingen bör bestämmelsen om patientkontrakt förtydligas så att det framgår att det enbart är planerade insatser inom hälso- och sjukvården som ska sammanställas, eller så bör en bestämmelse om patientkontrakt även införas i socialtjänstlagen. Benämningen *patientkontrakt* framstår i så fall som mindre lämplig.

Utredningen skriver i författningsförslaget att Patientkontraktet presenterar patientens individuella plan med de aktiviteter och insatser som är planerade, såväl insatser inom hälso- och sjukvården som socialtjänsten. I motiven skriver man att det så kallade patientkontraktet handlar om att skapa ett sammanhang ur patientens perspektiv av de olika bitar som i stora delar redan finns i olika planverktyg. SKR vill göra tydligt att det i patientkontraktet även ska kunna ingå aktiviteter i vårdprocesser som inte finns med i en individuell plan. För personer i arbetsför ålder är det också viktigt att väga in arbetslivsriktad rehabilitering, och andra aktörer som exempelvis arbetsgivare och Försäkringskassan.

Utredningen skriver i författningsförslaget att varje patient ska ha möjlighet att initiera en individuell plan respektive ett patientkontrakt. SKR anser att det även ska regleras att vårdgivaren vid behov ska initiera upprättandet av en individuell plan respektive ett patientkontrakt

Sammanhållen planering på 1177

SKR instämmer i den ambition som utredningen uttrycker när det gäller patientens delaktighet i hälso- och sjukvården, och behovet av verktyg som ger en överblick och som också synliggör olika professioners insatser för samma patient. Att säkerställa att alla patienter har samma möjligheter att tillgodogöra sig innehållet i sitt patientkontrakt är en utmaning, med många dimensioner. Det innebär att verktyget

måste klara av olika språk, bilder, pictogram och sannolikt måste tillgängliggöras i olika format bland annat ljud. Detta är ett utvecklingsarbete som kommer att kräva uthållighet och utvecklingskraft under en överskådlig tid.

Utredningen lyfter fram Ineras målbild om en sammanhållen planering på 1177 och att den är väsentlig för att införandet av patientkontrakt ska bli lyckosamt. Utvecklingskostnaden för detta beräknas till 185 miljoner kr fördelat över en treårsperiod, samt därefter en kostnad för förvaltning om 30 miljoner kr årligen. Detta omfattar inte regioners och kommuners kostnader för utveckling av sina lokala system för att hantera uppgifter för överföringen till 1177. Regioner och kommuner har idag inte möjlighet att själva prioritera den gemensamma visualiseringen och funktionaliteten på 1177.

SKR vill betona vikten av utredningens förslag om att ett riktat statsbidrag är nödvändigt för att realisera den sammanhållna planeringen på 1177, såväl utvecklingskostnaden som kostnaden för förvaltningen.

Målbilden är en vy som sammanställer planerade insatser hos flera vårdgivare/verksamheter och av patienten själv och dess närstående. Den sammanhållna planeringen ska vara tillgänglig för såväl patienten, anhöriga som fasta vårdkontakter och personal. Att information kan delas är en central förutsättning, särskilt när flera olika huvudmän, vårdgivare och verksamheter ger insatser till en och samma patient.

SKR saknar förslag som stödjer möjligheten att dela information kopplat till en individs patientkontrakt. Det krävs förändringar i lagstiftningen för att kunna realisera målbilden för patientkontrakt med sammanhållen planering. Idag finns det juridiska hinder för att ge en patient, och dess anhöriga tillgång till informationen i ett patientkontrakt och för att patienten själv ska kunna tillföra uppgifter inklusive egenvård. SKR vill särskilt lyfta fram behovet av att information kan följa patienter och brukare oavsett vård eller omsorgsgivare. I det fortsatta utvecklingsarbetet på nationell nivå är det viktigt att utvecklingen av digitala ytor för samverkan mellan olika aktörer som bidrar med olika stöd till invånaren (hälso- och sjukvård, socialtjänst, Försäkringskassa med flera) samordnas där det är möjligt.

Fast vårdkontakt och individuell plan

Bestämmelserna om fast vårdkontakt, när och av vem den ska utses av och dess ansvar för koordinering och samordning regleras i HSL och Patientlagen. Socialstyrelsen har förtydligat verksamhetschefens ansvar för detta så att patientens behov av kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Den fasta vårdkontakten ska bistå patienten och utgå från patientens behov, samordna, informera, förmedla kontakter, vara kontaktperson. Utredningen föreslår att den fasta vårdkontakten ska ansvara för att en individuell plan upprättas, är aktuell och uppdaterad.

SKR anser att detta stämmer väl med de föreskrifter som reglerar den fasta vårdkontaktens ansvar och att den individuella planen blir ett viktigt verktyg för att fullgöra uppgiften. Mot bakgrund av detta är det väsentligt att författningen gäller vårdprocesser som inbegriper flera verksamheter, inte bara vårdgivare, enligt utredningens förslag.

Den fasta vårdkontakten ska ansvara för att patientkontraktet är koordinerat, aktuellt och uppdaterat samt utgår från patientens behov och mål. Fast vårdkontakt kan finnas även inom den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

SKR vill uppmärksamma behovet av att tydliggöra vilken av de fasta vårdkontakterna, om en patient har flera, som ska ha huvudansvaret för patientkontraktet.

SKR anser att det är mycket väsentligt att patientkontraktet inte endast ska omfatta författningsreglerade planer utan även andra aktiviteter och insatser i patientens vårdprocesser som är en del av patientens helhet.

Kapitel 6 Utbildningens och forskningens roll i omställningen till en god och nära vård

6.2.1 Regioners och kommuners ansvar för medverkan i utbildning tydliggörs

SKR instämmer i utredningens bedömning att förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet måste etableras även utanför de traditionella miljöerna, hos båda huvudmännen, regioner och kommuner.

SKR tillstyrker att hälso- och sjukvårdens utbildningsuppdrag lyfts fram och befästs i Hälso- och sjukvårdslagen samt i primärvårdens grunduppdrag.

De verksamhetsintegrerade lärmiljöer som är nödvändiga för utbildningar inom hälso- och sjukvård och omsorg måste dock tillkomma i gott och nära samarbete mellan utbildningsanordnarna och verksamheterna. Utformningen av VFU-placeringar och kraven på handledarresurser kan inte ensidigt utformas utifrån högskolans önskemål, hänsyn måste också tas till verksamheternas förutsättningar och utveckling. Utbildningsanordnarna måste vara beredda att utforma utbildningarna så att de är relevanta i sitt innehåll och stödjer och speglar de förändringar som sker i hälso- och sjukvården.

En förskjutning av utbildningsuppdraget, från universitetssjukhus och slutenvård i stora enheter till primärvård och bland annat äldreomsorg, är nödvändig. Men denna förändring kräver både långsiktiga investeringar och en acceptans för verksamheternas villkor. Kapaciteten för utbildning och forskning i dessa verksamheter behöver stärkas och den akademiska närvaron behöver öka. Samtidigt är det viktigt att påpeka att universitetens interna meriteringssystem inte kan utgöra den enda måttstocken för kompetens och kvalitet i primärvårdens och omsorgens lärandemiljöer.

Under de 20 år som har gått sedan de statliga högskolorna formellt tog över huvudmannaskapet för vårdutbildningarna har stora förändringar skett både på utbildningssidan och i hälso- och sjukvården. Både sjukvård och utbildning bedrivs idag i stor utsträckning i andra miljöer än tidigare, och på andra sätt. Utbildningar som förändras i samklang med utvecklingen kan stödja systemförändringar och bidra till att möta de förändrade behoven. Kompetensförsörjningen kan då fungera som ett medel för utveckling av hälso- och sjukvård och omsorg. Mot den bakgrunden är det dock bekymmersamt att SKR i en egeninitierad undersökning bland studenter kan konstatera att endast 16 procent av studenterna upplever att utbildningen förbereder dem för att arbeta med stöd av digitala lösningar. Och bland läkarstudenterna är det endast 1 av 10 som uppger att utbildningen förbereder dem för ett arbete i en mer modern och digitaliserad hälso- och sjukvård. Det vilar ett stort ansvar på staten att utveckla utbildningarna så att de rustar och förbereder studenter för ett arbetsliv i vård och omsorg.

De ekonomiska och personella resurserna för forskning, utveckling och utbildning har dock inte flyttat ut från universitet och universitetssjukhus i samma utsträckning som patienter och studenter. I takt med att utbildningarna har akademiserats och högskolepedagogiken har professionaliserats, ställs allt mer specifika krav på den verksamhetsförlagda utbildningen och på formell kompetens hos handledarna. Verksamhetens kostnader för att ta emot studenter är ofta avsevärt högre än den ersättning som följer med studenten. I flera fall förutsätter utbildningsanordnarna till och med att kommuner och regioner ska erbjuda handledning och verksamhetsförlagd utbildning utan någon ersättning. Utöver de kostnader som mottagandet och handledningen av de enskilda studenterna medför behövs också en finansiering för att bygga upp och upprätthålla de stödstrukturer som behövs för att tillhandahålla goda lärandemiljöer.

När strukturförändringar sker i vården behöver forsknings- och utbildningsfrågor alltid beaktas. Forskning måste kunna bedrivas i den kontext där kunskapen ska användas och där patienter och brukare finns. När patientströmmarna förändras behöver forskningen följa med för att kunskapen ska vara relevant i den nya kontexten. FoU-miljöer för den kommunala hälso- och sjukvården finns inom de samverkans- och stödstrukturer (RSS), som är en del av kunskapsstyrningen för socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård. Även dessa FoU-miljöer behöver stöd för att bidra till forskning som stödjer omställningen. Den samlade primärvården behöver resurser för att kunna bygga upp forsknings- och utbildningsmiljöer, men också stöd för innovations- och utvecklingsarbete.

Det ALF-avtal som reglerar samverkan och statlig finansiering för läkarutbildningens verksamhetsförlagda delar, för klinisk forskning och den samverkansorganisation som är kopplat till avtalet, utgör en viktig plattform för de lärosäten och regioner som ingår. För övriga lärosäten och regioner saknas en långsiktig finansiering av verksamhetsnära forskning och för funktioner som till exempel studierektorer och

olika former av adjungeringar och förenade tjänster, som utgör viktiga stöd för utbildningsuppdraget.

SKR vill betona att en uppbyggnad av utbildnings- och forskningskapaciteten i primärvården, hos båda huvudmännen, inte kan ske med finansiering enbart från kommuner och regioner. Utöver ett eventuellt statligt stöd till de initiala kostnader som uppstår i kommuner och regioner i samband med själva omställningen till nära vård, måste också forsknings- och utbildningspolitiken långsiktigt styra resurser mot dessa tidigare underfinansierade områden. Regeringen, forskningsfinansiärerna och lärosätena behöver i större utsträckning styra sina resurser till dessa områden. Det gäller såväl medicinsk- och omvårdnadsforskning som forskning inom generella områden såsom samhällsvetenskapliga discipliner med koppling till vård och omsorg.

Dagens finansieringsmodell är inte tillräcklig för att skapa de förutsättningar för livskraftig och uthållig forsknings- och utbildningsverksamhet som utredaren efterlyser. I betänkandet *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter* (SOU 2018:77) föreslås ett VULF-avtal för specialistsjuksköterskeutbildning och vårdvetenskaplig forskning, som en motsvarighet till ALF-avtalet. SKR efterfrågar en bred översyn och en fördjupad diskussion om finansieringen av verksamhetsintegrerat lärande och verksamhetsnära forskning inom hälso- och sjukvård och omsorg i såväl regioner som kommuner.

SKR efterlyser också en översyn av regelverket för förenade anställningar mellan akademien och hälso- och sjukvården. Formuleringarna i högskolelagen (3 kap. §8) och högskoleförordningen (4 kap. §2) är delvis föråldrade och de avtalslösningar för exempelvis pensionsfrågan som finns för tandläkare och läkare saknas för andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården får inte glömmas bort i en eventuell översyn. Allt fler adjungerade kliniska adjunkter finns i den kommunala hälso- och sjukvården, de behöver synliggöras och bli fler.

6.2.2 Att medverka till utbildning ska vara en del av primärvårdens grunduppdrag

SKR tillstyrker att utbildningsuppdraget tydliggörs i primärvårdens grunduppdrag. SKR vill påpeka att begreppet profession kan ges olika betydelse. Traditionellt anses bara vissa yrkesgrupper med akademisk utbildning och vissa andra kännetecken utgöra professioner. Av utredningens text framgår att begreppet här används i en bredare bemärkelse, och att alla yrkesgrupper i primärvården avses. SKR instämmer i att det ska ingå i primärvårdens uppdrag att medverka i utbildning av de yrkesgrupper som arbetar i primärvården, på såväl gymnasial som eftergymnasial nivå.

Kapitel 7 Verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

SKR delar i stora drag utredningens beskrivning av bristerna i dagens system.

SKR ser med tillfredsställelse, och som en given utgångspunkt, att båda de scenarier utredningen föreslår innebär att den nationella taxan avvecklas. SKR ser en del brister och oklarheter i båda scenarierna men avstyrker scenario 1 och tillstyrker scenario 2.

SKR delar utredningens syn på vikten av att utgå från en personcentrerad och behovsstyrd vård.

SKR delar också utredningens syn på att hälso- och sjukvårdssystemet och alla dess ingående delar, behöver vara integrerade med varandra. Systemet måste vara uppbyggt så att det understödjer och ger incitament för samverkan mellan vårdprocesserna, och mellan olika professioner. Systemet med den nationella taxan har alldeles för länge förhindrat en utveckling till ökad samordning, samverkan, breddinförande av nationella e-hälsolösningar och en integrerad hälso- och sjukvård.

Det finns idag en osäkerhet kring huruvida allmänläkare kan verka som liten aktör inom ramen för det befintliga primärvårdsvårdvalet. Tidigare delbetänkande från denna utredning samt även SOU 2019:42 Digifysiskt vårdval har föreslagit förtydliganden avseende detta. SKR menar att denna möjlighet redan finns idag genom att gå in som underleverantör eller att själv anlita underleverantörer men att detta kan behöva tydliggöras.

Utredningen säger att den departementspromemoria (Ds 2018:31) som togs fram år 2018 kan ses som en tredje väg framåt, utöver de två scenarier som presenteras. SKR vidhåller de ståndpunkter som gavs i remissvaret till Ds 2018:31. Förbundet ser förslaget som en oacceptabel öppning och avstyrker det bestämt.

Scenario 1 - Fler obligatoriska vårdval

SKR anser att scenario 1 är ett allt för stort ingrepp i det kommunala självstyret då man föreslår ett obligatoriskt vårdval. Att välja ut enstaka specialiteter för obligatoriska vårdval framstår inte som ändamålsenligt eller logiskt, detta gäller särskilt förslaget om obligatoriskt vårdval inom psykiatri.

SKR delar utredningens bild att allmänläkare är en del av basen för primärvårdsvårdvalet och därmed inte lämpliga för ett separat vårdval. Det finns en viss risk att man tappar helhetsperspektivet med en uppsplittring av primärvården i tre eller flera system. Vidare finns en risk att utbudet av vårdgivare, framförallt psykiatriker, i de delar av regionerna som har rekryterings- och kompetensförsörjningsproblem blir för litet för att kunna tillskapa ett välfungerande vårdvalssystem. Ett vårdval inom delar av fysioterapin har bättre förutsättningar att utveckla ett fungerande system. Samtidigt innehåller, i många regioner, det obligatoriska vårdvalet inom primärvården redan fysioterapi. Ett kompletterande system för fysioterapi vid sidan av vårdval primärvård kan innebära utmaningar för samverkan mellan professioner och en sammanhållen vårdkedja för patienten.

Med hänvisning till ovanstående anser inte SKR att scenario 1 i nuvarande utformning kan genomföras, varför detta avstyrks.

Scenario 2 - Mindre etableringar som kompletterande kompetensförsörjning i glesbygd

SKR bedömer att utredningens förslag i scenario 2 får positiva effekter för möjligheten att planera och organisera hälso- och sjukvårdsutbudet efter befolkningens behov, istället för som idag – efter vårdgivarnas önskemål. SKR välkomnar utredningens förslag att minska det statliga inslaget i styrningen av hälso- och sjukvården och att regionernas rådighet över utformningen och omfattningen av vården inom sitt ansvarsområde stärks.

SKR ser positivt på utredningens intention med förslaget; att ta avstamp i att främja en adekvat kompetensförsörjning där behoven är som störst och att underlätta etablering i glesbygd.

SKR välkomnar därför att det utformas ett system som möjliggör glesbygdssatsningar med statlig medfinansiering i regionerna. SKR avstyrker dock förslaget om att ett nytt system för ersättning ska tas fram av en statlig myndighet som också ska reglera ersättningsnivån i en föreskrift. Detta skulle innebära ett ingrepp i det kommunala självstyret. Då uppdragets omfattning och innehåll ska fastställas av regionen blir det, enligt SKR, också omöjligt att fastställa ersättning på nationell nivå.

SKR välkomnar också att det blir frivilligt för regionerna att använda den nya lagen. Det finns dock en del otydligheter i förslagen och det behöver därför, i den fortsatta beredningen av ärendet, tydliggöras att regionerna själva styr över ersättningsmodell, geografiskt utbud, medicinsk inriktning, antal vårdgivare m.m.

Allmänläkarna utgör en viktig yrkesgrupp även i glesbygd. SKR anser att det faktum att allmänläkarna ingår i vårdval primärvård inte bör utgöra ett hinder för dem att också kunna delta i detta system. Förbundet ifrågasätter därför att läkare med specialistkompetens i allmänmedicin undantas från lagens tillämpningsområde genom skrivningen i 2 § förordningen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet. Allmänläkarnas bidrag i glesbygd behöver beaktas i den fortsatta beredningen av ärendet.

Som beskrivits ovan finns ett antal brister och oklarheter i förslaget. SKR bidrar gärna till att, i dialog med regeringskansliet och de två förbunden utveckla och tydliggöra modellen. Med dessa förbehåll och med tanke på den pågående omställningen mot en god och nära vård och ett starkt behov av god tillgänglighet i hela landet tillstyrker SKR detta scenario.

Ikraftträdande, upphävande och övergångsregler

Utredningen föreslår att de vårdgivare som genom ett upphävande av Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) och Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) inte längre kommer ha möjlighet att bedriva verksamhet med offentlig finansiering, ska ges förutsättningar att i god tid före ett upphävande, kunna avveckla eller ställa om sin verksamhet.

LOF och LOL med tillhörande förordningar föreslås därför under en övergångsperiod gälla till och med första halvåret 2028 (förutom avseende bestämmelserna om ersättningsetablering), för de läkare och fysioterapeuter som i dag ger vård eller fysioterapeutisk behandling med stöd av dessa lagar.

Scenario 1 föreslås med anledning av detta träda i kraft först år 2028 med motiveringen att ge regionerna tid att utveckla valfrihetssystemet, och att ett nytt obligatoriskt vårdval inte bör införas parallellt med det existerande taxesystemet.

Scenario 2 det vill säga Lagen om främjande av hälso- och sjukvård i hela landet, föreslås ”träda i kraft så snart som möjligt”. Samtidigt anger utredningen den 1 januari 2023 som en rimlig utgångspunkt utifrån det utvecklingsarbete som kommer att behövas. Detta innebär att ett nytt system för glesbygd kommer att löpa parallellt med nationella taxan under 5,5 år.

SKR bedömer att regionernas administrativa börda ökar ytterligare genom att tillåta nya system att löpa parallellt med gamla. Det finns också risker med att incitament och engagemang avtar för att förvalta ett system som är under avveckling och följa upp vårdgivare vars verksamhet ska upphöra (i dess nuvarande form), vilket kan få konsekvenser för bland annat patientsäkerhet.

SKR anser, oaktat vårdgivarnas behov av en längre omställningsperiod, att en övergångsperiod till år 2028 är orimligt lång. SKR avstyrker scenario 1 men vill ändå påtala att utredningens bedömning av tidsbehov för utveckling av nya vårdvalssystem är överdriven. Som jämförelse kan nämnas att många av regionerna utvecklade valfrihetssystemen i primärvården på mindre än 1 år. Här handlar det om betydligt mer avgränsade system som ska utvecklas. Som tidigare nämnts ser SKR vissa behov av utveckling och förtydliganden vad gäller scenario 2 och därför, kan SKR tänka sig att både startdatum för ett nytt system och datum för övergångsperioden flyttas till den första januari 2024. På så sätt skulle de nu verk samma vårdgivarna medges en viss avvecklings- och omställningsperiod samtidigt som ett nytt system kan sjösättas utan parallella system. Denna period skulle då kunna nyttjas av regioner, SKR, Fysioterapeuterna, Sveriges läkarförbund och Socialdepartementet till att gemensamt försöka utveckla ett modernt och hållbart system. En central fråga och en förutsättning för ett sådant utvecklingsarbete är, enligt SKR, att beslut om avveckling av nuvarande system fattas nu och ligger fast oavsett om arbetet leder fram till ett system som kan accepteras av alla parter eller ej. Motiven till ett absolut krav på avveckling av nuvarande system har framförts av SKR många gånger och i olika sammanhang. Senast i [God och nära vård Vård i samverkan \(2019:29\)](#), sid 175-177. SKR:s grundläggande kritik av systemet handlar framförallt om bristande planeringsförutsättningar för regionerna, brister vad gäller jämlik vård och bristande möjligheter till konkurrensutsättning.

Om en avveckling behöver genomföras utan att ett nytt system inrättas bedömer SKR att regionerna ändå kommer att efterfråga dessa, i de allra flesta fall, erfarna och

kompetenta vårdgivares tjänster. Detta arbetskraftsutbud kan integreras i befintlig primärvård och annan öppenvård utan kompletterande nya system. Föreligger behov av vårdgivarnas kompetens kan denna tillvaratas genom anställning hos regionerna eller som underleverantör hos någon av regionernas kontrakterade externa utförare. Alternativt kan de gå in som leverantörer godkända enligt LOV eller upphandlade enligt LOU.

Utredaren ger inga förslag på vem och på vilket sätt nuvarande taxe-system ska administreras under övergångsperioden. Detta måste klargöras i den fortsatta beredningen av ärendet.

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

Det råder enighet om att nuvarande struktur och vårdformsindelning utgör en bidragande orsak till ineffektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Digitalisering, 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 och därmed har allt mer hälso- och sjukvård förflyttats till öppna vårdformer. Det befintliga styrsystemet uppfattas dock ofta premiera sluten vård, vilket medför att förflyttning och omställning inte sker i önskad och möjlig utsträckning.

Utredningen gör bedömningen att de beskrivningssystem som används idag inte är ändamålsenliga, och de föreslår att Socialstyrelsen ska få uppdrag att utreda detta. Utredningen anser också att definitionen av sluten vård behöver moderniseras till namn och innehåll och utredningen för ett resonemang om begreppet särskild vård. Utredningen väljer dock att inte lägga något förslag om detta.

SKR delar utredningens bedömning att beskrivningssystemen behöver ses över så de på ett ändamålsenligt sätt fångar dagens och morgondagens vård och omsorg samt att det utifrån dess resultat vid behov görs en översyn av begrepp, termer och klassifikationer.

SKR delar dock inte utredningens uppfattning att läkemedelslagstiftningen inte begränsas av begreppen öppen- respektive slutenvård, och därmed inte skulle påverkas av förslaget att ersätta eller omdefiniera begreppet *sluten vård*. SKR anser att kopplingen mellan läkemedelsförsörjning och sjukhusbegreppet i dagens lagstiftning i praktiken utgör hinder för att läkemedel ska kunna tillhandahållas utifrån intentionerna med den nära vården. Gällande regelverk är inte anpassat för den utveckling som en omställning av hela hälso- och sjukvårdssystemet innebär. SKR vill till exempel se en öppning så att regionerna via det som idag är sjukhusapoteksfunktionerna, i vissa fall även tillåts försörja den öppna vården genom rekvisition. Det gäller exempelvis patienter som ordinerats läkemedel utanför

förmånssystemet och patienter med viss avancerad och kostsam eller riskfylld läkemedelsbehandling. Det ska inte heller finnas några hinder för att läkemedel som ska ges till patienten av vårdpersonal rekvireras och tillhandahålls av vården.

SKR föreslår därför att Läkemedelsverket ges ett uppdrag föreslå förändringar i regelverket för att stödja en personcentrerad läkemedelsförsörjning, baserad på Socialstyrelsens rapport *Beskrivning och analys av hur regelverket för läkemedelsförsörjningen tillämpas utifrån dagens hälso- och sjukvård*.

Kapitel 9 Att skapa förutsättningar för det fortsatta omställningsarbetet

För att uppnå målet med en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården räcker det inte att göra förändringar enbart i dagens primärvård. Omställningsarbetet omfattar och påverkar hela den svenska hälso- och sjukvården, både regioner och kommuner som huvudmän. Att genomföra en samordnad utveckling mot det gemensamma målet är därmed en betydande utmaning. En utmaning som kommer innebära en långsiktig stegvis process och kräva stor uthållighet från alla. Det kommer att behövas beslut på alla politiska nivåer, och en bred politisk förankring som gör att beslut och inriktning står sig över en längre tid.

Dagens hälso- och sjukvårdssystem är inte organiserat för att ta hand om personer med kroniska sjukdomar, komplexa behov och flera sjukdomar samtidigt. Det finns drivkrafter som motverkar en god och personcentrerad vård till dessa grupper. För att klara omställningen enligt föreslagen målbild krävs ett omfattande utvecklingsarbete som kommer beröra alla delar av systemet. Det kan exempelvis handla om utveckling av nya ersättningsmodeller, förädling och utveckling av välfärdstjänster till invånarna och samskapande av nya lärmiljöer för den nära vården. Det kan också handla om att utveckla nya hälsotjänster till befolkningen, där kompetenser från såväl hälsa och sjukvård, socialtjänst, men också civilsamhälle, verksamhet inom utbildning och forskning kan bidra på nya sätt. Här har staten såväl som regioner, kommuner, andra utförare och civilsamhället en möjlighet att säkerställa men också bidra till den fortsatta utvecklingen.

Utredningen bedömer 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 annan 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 och behov.

SKR delar uppfattningen om behovet av långsiktiga ekonomiska satsningar för omställningen till Nära vård och att dessa satsningar också måste omfatta kommunerna. Den kommunala hälso- och sjukvården har en avgörande roll för att realisera omställningen till nära vård, vilket också måste avspeglas i fördelningen av framtida statsbidrag. SKR vill återigen påpeka behovet av en mer relevant uppdelning av utgiftsområdena i den statliga budgeten. Dagens uppdelning bidrar till en cementering av befintliga strukturer, och stödjer inte den samsyn och samverkan som måste till för att säkra omställningen. När det gäller fördelning av dessa omställningsmedel bör man i den fortsatta processen fundera över en ändamålsenlig fördelningsnyckel, som också tar hänsyn till glest befolkade delar i landet.

SKR delar uppfattningen att det behövs en nationell stödstruktur för omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet. SKR anser att en nationell strategi och en fördjupad samverkan mellan staten, regionerna och kommunerna är vägen för att möjliggöra omställningen.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Knape
Ordförande