

Digifysiskt vårdval

Tillgänglig primärvård baserad
på behov och kontinuitet

*Slutbetänkande av utredningen
Styrning för en mer jämlik vård*

Stockholm 2019



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2019:42

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2019

ISBN 978-91-38-24965-9

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att uppdra till en särskild utredare att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård (dir. 2017:128). Analysen ska omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, landstingens ersättningssystem, vårdvalssystemen, användandet av inhyrd personal, tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården samt socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Enligt direktiven ska uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Docenten Göran Stiernstedt förordnades den 1 januari 2018 som särskild utredare. Utredningen har antagit namnet Styrning för en mer jämlik vård.

Regeringen beslutade den 1 mars 2018 om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2018:14) med uppdraget att analysera ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer. Regeringen beslutade den 17 maj 2018 om tilläggsdirektiv till utredningen där tiden för utredningens slutredovisning förlängdes till senast den 30 juni 2019 (dir. 2018:40). Regeringen beslutade den 5 juni 2019 om tilläggsdirektiv till utredningen där tiden för utredningens slutredovisning förlängdes till senast den 30 augusti 2019 (dir. 2019:28).

Den 28 mars 2018 förordnades följande personer som experter att bistå utredningen: verkställande direktören och ordföranden Eva Domanders, Kompetensföretagen, vice ordföranden Rose-Marie Fredrikson, Bröstcancerförbundet, projektdirektören Nils Janlöv, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, vice förbundsordföranden Ragnhild Karlsson, Vårdförbundet, näringspolitiske experten Karin Liljebäck, Vårdföretagarna, utredaren Unni Mannerheim, Inspek-

tionen för vård och omsorg, handläggaren Olle Olsson, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingsdirektören Anders Sylvan, Västerbottens läns landsting, ordföranden Sven Söderberg, Privatläkarföreningen, enhetschefen Lars Söderdahl, Socialstyrelsen samt sjukhuschefen Jan-Åke Zetterström, Ersta sjukhus. Samma dag förordnades som sakkunniga i utredningen departementssekreterarna Fredrik Friberg, Finansdepartementet, Lisa Ståhlberg, Finansdepartementet och Anne Wisten, Socialdepartementet.

Den 29 augusti 2018 entledigades Lisa Ståhlberg och ersattes av departementssekreteraren Elin Sundberg, Finansdepartementet. Den 18 februari 2019 entledigades Fredrik Friberg och ersattes av departementssekreteraren Daniel Olai, Finansdepartementet. Den 10 maj 2019 entledigades Elin Sundberg och ersattes av departementssekreteraren Elin Persson, Finansdepartementet. Den 27 augusti 2019 entledigades Daniel Olai och ersattes av departementssekreteraren Jessika Yin, Finansdepartementet.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 februari 2018 juristen Daniel Zetterberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 19 februari 2018 statsvetaren Annika Stjernquist. Som sekreterare i utredningen anställdes den 1 oktober 2018 juristen Caroline-Olivia Elgán. Som assistent i utredningen anställdes layoutaren Liselotte Larsson från den 1 september till den 30 november 2018.

Den 15 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*.

Utredningen överlämnar härmed slutbetänkandet *Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42).

Till betänkandet fogas särskilda yttranden av experterna Eva Domanders, Karin Liljeblad och Sven Söderberg.

Uppdraget är härmed slutfört.

Stockholm i oktober 2019

Göran Stiernstedt

/Daniel Zetterberg
Annika Stjernquist
Caroline-Olivia Elgán

Innehåll

Sammanfattning	19
Summary	35
1 Författningsförslag.....	51
1.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	51
1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	53
1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)	55
2 Uppdraget och genomförande	57
2.1 Utredningens direktiv.....	57
2.2 Utredningens arbete	58
2.2.1 Hearingar, studiebesök och möten	59
2.2.2 Datainsamling	61
2.2.3 Delbetänkande	62
2.3 Utredningens kommentarer till uppdraget	62
2.3.1 Avgränsningar.....	66
2.4 Betänkandets struktur	72
3 Målen för hälso- och sjukvården.....	73
3.1 Målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen.....	73
3.2 Målet om att den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården	75

3.3	Övriga mål för hälso- och sjukvården	77
4	Gällande rätt	81
4.1	Patientsäkerhet	81
4.1.1	Patientsäkerhetslagen (2010:659)	81
4.2	Vårdvalssystem och valfrihetssystem	84
4.2.1	Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen	84
4.2.2	Valfrihetssystem enligt LOV	86
4.2.3	Valfrihet för patienten enligt patientlagen	93
4.2.4	Ansvar för tillsynen över valfrihetssystem enligt LOV	95
4.3	Vård utanför hemlandstinget – utomlänsvård	96
4.4	Andra sätt än LOV för att upphandla eller organisera hälso- och sjukvård	98
4.4.1	Lag om offentlig upphandling	98
4.4.2	Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning	102
4.5	Bestämmelser av betydelse för bemanning och inhyrning av personal	106
4.5.1	Lag (2012:854) om uthyrning av arbetstagare	108
4.5.2	Lag (1993:440) om privat arbetsförmedling	110
4.6	Skatterättsliga bestämmelser kopplade till bemanning inom hälso- och sjukvården	111
4.6.1	Mervärdesskattelagen (1994:200)	111
4.7	Bestämmelser om arbetsmiljö	117
4.7.1	Arbetsmiljölagen (1977:1160)	118
4.8	Bestämmelser om bisysslor	120
4.8.1	Lag (1994:260) om offentlig anställning	121
4.9	Kort analys av begreppen i olika regelverk	124
5	Vårdval i primärvården	129
5.1	Kort historik om primärvård och valfrihet	129
5.2	Vårdvalsreformens kärna var valfrihet och etablering	134

5.2.1	Syfte och mål	134
5.2.2	Överväganden inför reformen	135
5.2.3	Behovet av omprövning	137
5.3	Tidigare överväganden avseende vårdvalssystemen och LOV.....	138
5.3.1	Förslag till avskaffande av det obligatoriska vårdvalet 2015	138
5.3.2	Förslag till en ny lag om valfrihetssystem.....	140
5.3.3	Förslag till Vårdval primärvård och ett nationellt grunduppdrag för primärvården	141
5.4	Kartläggning av styrningen av primärvården.....	143
5.4.1	Uppdragen	145
5.4.2	Kostnadsansvaret	147
5.4.3	Ersättningsmodellen.....	148
5.4.4	Ersättningsnivån	151
5.4.5	Uppföljningen.....	153
5.5	Kartläggning av måluppfyllelse i primärvården kopplat till vårdvalsreformens mål	154
5.5.1	Etablering och mångfald	154
5.5.2	Valfrihet	159
5.5.3	Tillgänglighet	165
5.5.4	Kvalitet (kvalitetskonkurrens)	172
5.6	Kartläggning av måluppfyllelse i primärvården utöver vårdvalsreformens mål	176
5.6.1	Jämlik och behovsbaserad vård.....	176
5.6.2	Kontinuitet.....	181
5.6.3	Effektivitet	183
5.7	Vårdvalssystemen i en europeisk jämförelse	189
5.8	Kort jämförelse med skolan	194
6	Analys och överväganden om vårdvalssystemen i primärvården	197
6.1	Primärvården behöver reformeras	197
6.1.1	Utmaningarna i primärvården går utöver brister i vårdvalssystemen	197

6.1.2	Utredningens utgångspunkter för att nå målbilden om primärvårdens del i framtidens hälso- och sjukvård	198
6.1.3	Ökad systemeffektivitet med en starkare primärvård kräver tydlig horisontell prioritering	200
6.2	Bristande förutsättningar för fungerande vårdvalssystem	205
6.2.1	Den svenska primärvårdens underkapacitet är ett hinder för vårdvalssystemen	205
6.2.2	Olika mål har inte tillräckligt balanserats mot varandra.....	206
6.2.3	Vårdvalsreformen har i varierande grad bidragit till måluppfyllelse	209
6.2.4	Valfrihetens nuvarande utformning medför svårigheter.....	211
6.2.5	Vårdvalssystemen riskerar bidra till ökad fragmentering i vården.....	216
6.2.6	Kvalitetskonkurrens i primärvården är svårt att förverkliga	217
6.2.7	Vårdvalet som form för att organisera primärvården är inte alltid relevant	219
6.2.8	Det behövs en mer långtgående styrning för ett behovsbaserat utbud.....	220
6.3	Vårdvalet behöver reformeras som en del i en primärvårdsreform.....	224
6.3.1	Alternativa vägar framåt för ett reformerat vårdval.....	225
6.4	Valfriheten behöver ges en ny form som främjar kontinuitet	229
6.4.1	Det behövs ett mer personcentrerat system som utgår från behov och bygger på kontinuitet och tillgänglighet.....	229
6.4.2	Valfrihet i en ny form som främjar kontinuitet ..	238
6.5	Det behövs ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig och vad utförarens åtagande är.....	240

6.6	Det behövs ett mer nationellt system med tydligare ramar för styrningen av primärvården	245
6.6.1	Behovet av ändringar i ersättningssystemen	247
6.6.2	Behovet av ökad jämlikhet i patientavgifter.....	248
7	Utomlänsvård inom primärvården	253
7.1	Utvidgad valfrihet genom patientlagen	253
7.2	Utvecklingen av utomlänsvården i primärvården	256
8	Analys och överväganden om utomlänsvården	259
8.1	Utomlänsvården och den utökade valfriheten har inte bidragit till måluppfyllelse	259
8.1.1	Utomlänsvården i dess nuvarande form bidrar till ett fragmenterat system	259
8.1.2	Med patientlagen tilläts patienter att röra sig fritt, men inte deras information	263
8.1.3	Utomlänsvården försvårar för landstingen att fullgöra sitt uppdrag.....	264
8.2	Utomlänsvården bör inte fortsatt vara ett eget spår inom primärvården.....	265
9	Digitala vårdtjänster inom den offentligt finansierade primärvården	269
9.1	Kort historik.....	269
9.2	Riksavtalet för utomlänsvård	271
9.3	Leverantörer och utförare	274
9.3.1	Privata utförare	274
9.3.2	Plattformsleverantörer	278
9.3.3	Landstingen och egenregiverksamhet	280
9.4	Konsumtion av digitala vårdtjänster	284
9.4.1	Digitala besök i Region Jönköping.....	284
9.4.2	Konsumtionsstudier	289

9.5	Internationella erfarenheter	291
9.5.1	Norge	291
9.5.2	England	294
10	Analys och överväganden om utvecklingen av digitala vårdtjänster inom primärvården	301
10.1	Krock mellan decentraliserat system och nationell digital vård.....	301
10.1.1	Digitala verktyg är en tillgång för såväl patienter och professioner som för hela systemet	302
10.1.2	Tillgängligheten främjas men vårdkonsumtionen är ojämnt fördelad.....	303
10.1.3	Det pågår en integration av fysisk och digital vård men den är inte tillräcklig	307
10.1.4	Debatten om nätläkare bygger till viss del på förenklingar men kunskapsläget är lågt	309
10.1.5	Oklar tolkning av patientlagen.....	311
10.1.6	Den särskilda ersättningen för digital utomlänsvård visar att systemet inte är anpassat för digitalt vårdutförande	314
10.1.7	Konsekvensanalys av att inte vidta några åtgärder (nollalternativet).....	319
10.2	Vården behöver bli digifysisk	323
10.2.1	Utredningens överväganden om alternativa system	324
10.2.2	Utredningens bedömning är att digitala verktyg ska integreras i all vård	329
10.2.3	Landstingen har möjlighet att agera.....	335
10.2.4	Förbättrade möjligheter att utbyta information.....	338

11	Tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården	341
11.1	Tillståndsplikt, anmälan och annan prövning av verksamheter i hälso- och sjukvården i dag	341
11.1.1	Statens kontroll utövas främst genom anmälan av verksamhet, beslut om legitimation och tillsyn.....	341
11.1.2	Huvudmännens prövning av verksamheter i hälso- och sjukvården.....	347
11.2	Tidigare förslag och överväganden på andra områden.....	347
11.2.1	Nya regler om tillstånd i skola, socialtjänst och LSS 2019	347
11.2.2	Tillståndsplikt i hälso- och sjukvården?	350
12	Analys och överväganden om tillståndsprövning	351
12.1	Olika typer av tillståndsprövning	351
12.2	Det finns inte behov av tillståndsplikt i hälso- och sjukvården	353
12.3	Förutsättningarna för landstingens prövning och uteslutning av leverantörer	357
13	Inhyrd personal på svensk arbetsmarknad	359
13.1	Svensk hälso- och sjukvård brister vad gäller personkontinuitet	359
13.2	Bemanning är en del i kompetensförsörjningen	359
13.2.1	Utbildning.....	360
13.2.2	Fortbildning.....	361
13.2.3	Bemanning och inhyrning.....	363
13.2.4	Arbetsuppgifter och arbetsfördelning.....	363
13.3	Arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdens personal	364
13.4	Inhyrd personal på den svenska arbetsmarknaden	364
13.4.1	Inhyrd personal inom hälso- och sjukvården – en bransch för sig.....	366
13.4.2	Att hyra in personal.....	367
13.4.3	Att arbeta som inhyrd	370

13.5	Tidigare förslag vad gäller reglering av marknaden	372
13.6	Reglering	373
14	Kartläggning av användande av inhyrd personal i vården	375
14.1	Arbetsmiljö, mindre attraktiva orter och obalans mellan utbud och efterfrågan	375
14.2	Kostnader för inhyrd personal.....	376
14.2.1	Landstingens kostnader	376
14.3	Egenföretagare allt vanligare	379
14.4	Bemanningsbranschen.....	382
14.5	Kritik mot landstingens upphandlingsförfaranden	385
14.6	Vårdcentraler i glesbygd har större problem att fylla läkarvakanser.....	388
14.6.1	Större andel tillsvidareanställda i storstäder	390
14.6.2	Förekomst av tillfälliga läkare varierar.....	392
14.6.3	Även ST-tjänsterna är ojämnt geografiskt fördelade	393
14.7	Landstingens rutiner för patientsäkerhet brister vid personalomsättning	393
15	Pågående arbete för att minska beroendet	397
15.1	Landstingens och SKL:s projekt Oberoende av inhyrd personal	397
15.1.1	Bakgrund och målsättning med det gemensamma arbetet.....	398
15.1.2	Privata aktörer och momsfrågan	400
15.2	Arbete inom landstingen.....	401
15.2.1	Landstingen har olika förutsättningar	404
15.2.2	Vad tycks ge resultat?	406
15.3	Statligt arbete med frågor relaterade till kompetensförsörjning	409
15.3.1	Professionsmiljarden.....	409

15.3.2	Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet.....	410
15.3.3	Statliga utredningar om kompetensförsörjning...	411
15.4	Internationellt	412
15.4.1	Införandet av pristak inom NHS England.....	412
16	Analys och överväganden om oberoende av inhyrd personal	415
16.1	Samband mellan vården som attraktiv arbetsgivare och god vård, kontinuitet samt effektivitet.....	415
16.1.1	Brister i kontinuitet beror på mycket mer än inhyrning av personal	417
16.1.2	Norm- och kulturförändring på flera nivåer.....	418
16.1.3	Ekonomiska incitament styr	419
16.1.4	Gott ledarskap och chefskap behöver främjas och belönas.....	419
16.2	Landstingens arbete ser olika ut.....	420
16.2.1	Landstingen samarbetar i liten utsträckning.....	420
16.3	Det finns många aktörer på hyrmarknaden.....	422
16.3.1	Otydlighet i ansvarsförhållanden.....	423
16.3.2	Landstingen måste skärpa efterfrågan.....	424
16.4	Statens roll är inte självklar.....	424
16.4.1	Utbildningsfrågan är central	424
16.4.2	Staten kan ge landstingen mer stöd i tillämpningen av lagstiftningen.....	425
16.4.3	Samband mellan god arbetsmiljö och god vård för patienter	426
16.5	I dagsläget finns ingen nationell samverkan kring vård i glesbygd.....	427
16.6	Sammanfattande kommentar kring behovet av åtgärder (nollalternativet)	429

16.7	Utredningens överväganden om alternativa vägar.....	431
16.7.1	Förbud, statlig auktorisation eller annan form av marknadskontroll	431
16.7.2	Statsbidrag till vårdcentraler belägna i glesbygd	432
17	Förslag och rekommendationer	437
17.1	Reform av vårdvalet i primärvården	437
17.1.1	Målbild och framtidsscenario för reformerad valfrihet och stärkt tillgänglighet	437
17.1.2	Listning på utförare ska bli grunden för valfrihet i ett system baserat på kontinuitet	443
17.1.3	Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal.....	451
17.1.4	Utföraren där patienten är listad bör ha hög tillgänglighet och vara patientens första kontakt med primärvården	456
17.1.5	Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år	457
17.1.6	Begränsningar av listan ska vara tillåtna.....	460
17.1.7	Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad	465
17.1.8	Patienter som inte gör ett aktivt val tilldelas en utförare nära bostaden	468
17.1.9	Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård	469
17.2	Patientens val av utförare i annat landsting	471
17.2.1	Val i primärvården ska ske genom listning oavsett var patient och utförare befinner sig.....	471
17.2.2	Ingen geografisk avgränsning vid val av utförare i primärvården	474
17.3	Tydligare styrning av utförare i primärvården	475
17.3.1	Tydligare reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig.....	475
17.3.2	Landstingen bör ställa tydligare krav på utförare i primärvården	480

17.3.3	Landstingen bör enas om en nationell policy för marknadsföring.....	482
17.3.4	Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem	484
17.3.5	Den framtida funktionen för 1177	488
17.4	Ett mer nationellt primärvårdssystem	489
17.4.1	Det behövs övergripande åtgärder för att genom styrning öka jämlikheten i vården.....	489
17.4.2	En nationellt reglerad patientavgift i primärvården.....	490
17.4.3	Nationella ersättningsprinciper för primärvården.....	493
17.4.4	Behov av översyn av riksavtalet och ersättningsnivåer i vissa fall.....	501
17.4.5	Konkurrensneutralitet.....	502
17.4.6	En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården.....	503
17.5	Nationell tillståndsprovning och förutsättningar för provning av utförare	503
17.5.1	Nationell tillståndsprovning inom hälso- och sjukvården bör inte införas	503
17.5.2	Vägledning för landstingens provning av utförare.....	504
17.5.3	Nationellt register över provade utförare	505
17.6	Minskat beroende av inhyrd personal.....	506
17.6.1	Bättre upphandling och marknadskontroll.....	506
17.6.2	Ökad patientsäkerhet	510
17.6.3	Nationellt arbete med planering och dimensionering av kompetensförsörjning	511
17.6.4	Ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd.....	513
17.7	Övriga förslag.....	516
17.7.1	Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården	516
17.7.2	Uppföljning av den föreslagna reformen av vårdvalet i primärvården	519

18	Ikraftträdande	521
19	Konsekvenser av utredningens förslag	523
19.1	Problembeskrivning och behovet av åtgärder.....	524
19.2	Har alternativa förslag övervägts?	525
19.3	Konsekvenser för samhället, samhällsekonomin och de aktörer som berörs av förslagen	526
19.3.1	Reformerat vårdval och patientens val av utförare i annat landsting	526
19.3.2	Tydligare styrning av utförare inom primärvården.....	539
19.3.3	Ett mer nationellt primärvårdssystem	542
19.3.4	En mer enhetlig prövning av utförare och nationell tillståndsprövning.....	546
19.3.5	Minskat beroende av inhyrd personal.....	547
19.3.6	Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården	550
19.3.7	Uppföljning av vårdvalsreformen	552
19.4	Ekonomiska konsekvenser	552
19.4.1	Kostnader eller intäkter för staten	552
19.4.2	Kostnader eller intäkter för kommuner och landsting	554
19.4.3	Kostnader eller intäkter för företag eller andra enskilda	567
19.4.4	Förslag till finansiering.....	570
19.5	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	572
19.6	Konsekvenser för enskilda och små företag	576
19.7	Konsekvenser för jämställdhet, de integrationspolitiska målen samt för barn och unga.....	578
19.8	Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service.....	578
19.9	Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet	579

19.10	Konsekvenser för miljön	579
19.11	Konsekvenser för EU-rätten.....	579
20	Författningskommentar	581
20.1	Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	581
20.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	585
20.3	Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30)	588
	Särskilda yttranden	591
	Referenser	605
	Bilagor	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2017:128	619
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2018:14	633
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2018:40	635
Bilaga 4	Kommittédirektiv 2019:28	637
Bilaga 5	Metodbeskrivning.....	639
Bilaga 6	Kartläggning av lanstingens förfrågningsunderlag för vårdvalssystem	657

Sammanfattning

Uppdraget

Enligt direktiven ska utredningen lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Vidare betonas att det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Mer specifikt ska utredningen se över lagen om valfrihets-system (LOV) och med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning överväga vilka styrsystem som bäst främjar måluppfyllelse, inklusive behovet av förändringar i ersättnings- och finansieringsmodeller. I ett tilläggsdirektiv fick utredningen i uppgift att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för s.k. nätläkare kan skapas.

Utredningen ska också kartlägga användandet av inhyrd personal i vården och lämna förslag på hur en mer kontinuitetsbaserad vård kan främjas genom att användandet av inhyrd personal minskas, samt överväga för- och nackdelar med att införa tillståndsprövning för att bedriva hälso- och sjukvård.

I ett delbetänkande har utredningen redovisat skillnader i vårdutnyttjande mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar samt utgångspunkter för bättre styrning (SOU 2018:55).

Utredningens arbete har bedrivits med stor öppenhet där mycket tid har lagts på att lyssna in olika intressenters tankar och idéer vid möten och hearingar.

Vårdvalet behöver reformeras mot ett digifysiskt vårdval

Centralt i utredningens uppdrag är frågor om måluppfyllelse enligt hälso- och sjukvårdslagen och särskilt målen om en vård på lika villkor för befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Att stärka förutsättningarna

för måluppfyllelse har genomsyrat utredningens arbete. Översynen av vårdalet och analysen av de s.k. nätläkarna har gjort att utredningens arbete främst har rört sig inom landstingens ansvarsområde avseende primärvården.

Vi ställer oss bakom bedömningen från flera andra utredningar att det behövs en omställning av hälso- och sjukvårdssystemet mot en mer resursstark nära vård. Som utgångspunkt för utredningens analys ser vi att ett antal komponenter är särskilt viktiga i denna omställning:

- *Patient- och invånarperspektivet* behöver stärkas, med en mer personcentrerad vård som i ökad utsträckning utgår från individers olika behov.
- *Kontinuitet* behöver genomsyra styrning och organisering av vården, vilket bl.a. ökar patientsäkerhet och effektivitet. Kontinuitet ökar dessutom invånarnas förtroende för vården.
- *Transparensen och långsiktigheten* i systemet behöver öka, med ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig av vården och vad utförarens åtagande är.
- *Den digitala revolutionen* behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård.
- *Ett mer nationellt system* behövs, med minskade skillnader i landstingens styrning.
- *Systemeffektiviteten* för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka. En central del i detta är en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård.

Utredningens analys visar på brister i vårdvalssystemen

Den s.k. vårdvalsreformen i primärvården genomfördes 2010. Kärnan i reformen var en ny reglering av s.k. vårdvalssystem, vilket innebär att landstingen ska organisera primärvården så att patienten har valfrihet mellan alla utförare i primärvården, samt att privata utförare som möter de av landstinget uppställda kraven har etableringsfrihet. Utredningen har i enlighet med uppdraget gjort en översyn av vårdvalssystemen i primärvården, utomlänsvården i primärvården och framväxten av digitalt profilerade vårdgivare framför allt inom utomlänsvården. Alla tre

delarna hänger tätt samman och utredningens arbete har hanterat delarna integrerat.

I utredningens analys har bl.a. framkommit att ett grundläggande problem är primärvårdens underkapacitet, vilken försvårar ett fungerande vårdval. Vårdvalsreformen har i låg grad bidragit till en mer jämlik och behovsbaserad vård. Den nuvarande regleringen och tillämpningen i vissa delar innebär svårigheter att stärka måluppfyllelsen.

Valets utformning skiljer sig i Sverige jämfört med andra länder genom att valet enligt lag görs genom kontakt eller besök (konsumtion av vård) och inte på förhand (exempelvis genom listning). Lagens utformning och landstingens styrning drar åt olika håll och skapar en spänning mellan en efterfrågestyrd och en behovsstyrd vård. Det ger bl.a. sämre förutsättningar för kontinuitet, effektivitet och god arbetsmiljö. Informationen till invånarna är bristfällig när det gäller t.ex. tillgänglighet och kontinuitet.

Det finns ett behov av ökad styrning av vårdgivare inom vårdvalet, samt ökad styrning av etablering inom primärvården. I tillämpningen ges ofta ingen möjlighet för utförare att begränsa antalet patienter per utförare eller per profession. Det finns inte heller någon reglering av antalet omlistningar. I kombination med primärvårdens resursbrist och andra inslag i styrningen blir effekten att utförarna har svårt att planera verksamheten, vilket i sin tur kan medföra risker för patientsäkerheten, dålig tillgänglighet och en ohållbar arbetsmiljö för professionerna.

Genom tillkomsten av patientlagen 2015 utvidgades patienternas valfrihet för öppen vård till att omfatta samtliga landsting (s.k. utomlänsvård). Detta minskade ytterligare förutsättningarna för utförare att planera verksamheten.

Dagens styrning, bl.a. i form av ersättningssystemen, har ett flertal brister. Det gäller bl.a. den svaga samordningen, de frekventa ändringarna av utförarnas uppdrag och ersättningar och en alltför hög detaljeringsgrad, vilket inte signalerar tillit. Detta försvårar för utförare att planera långsiktigt. Mångfalden av snedvridande incitament i styrningen skapar risker för att vården inte ges efter behov, inte minst när det gäller utomlänsvården.

Styrningen skiljer sig mellan huvudmännen, samtidigt som delar av systemet blir mer nationellt. Utredningen bedömer att fler delar behöver bli mer nationellt likriktade, men med möjlighet till lokal anpassning.

Särskilt om så kallade nätläkare

De s.k. nätläkarnas utveckling av digitala verktyg och arbetssätt har medfört en innovation med potential att bli en stor tillgång för patienter, professioner och för systemets effektivitet. Digitaliseringen skapar möjlighet att åtgärda ett av primärvårdens huvudproblem – tillgängligheten – t.ex. genom att vara oberoende av geografi samt möjliggörandet av asynkrona kontakter. Digitala arbetssätt skapar bättre förutsättningar för att ge vårdens professioner ökad flexibilitet i arbetet, vilket är av stort värde för attraktiviteten i vårdrutinaerna.

De s.k. nätläkarna är en del av den offentligt finansierade vården genom tillämpningen av vårdvalssystemen i primärvården och utomlänsvården. Detta har inneburit en krock mellan ett decentraliserat vårdvalssystem och ett nationellt system för digital vård. Landstingens särskilda ersättningssystem för digital utomlänsvård ges inte på lika villkor för utförare med avtal och underleverantörer. Detta är av många olika skäl i längden ohållbart.

Utredningen bedömer att det inte bör skapas ett särskilt nationellt system eller en egen vårdnivå för de s.k. nätläkartjänsterna. Hälso- och sjukvårdens stora utmaning för att uppnå effektivitet och patientcentrering är fungerande samverkan och koordinering. Att i detta läge splittra primärvårdens uppdrag på ett separat digitalt system (inkl. s.k. nätläkare) som hanteras av vissa utförare och annan vård som hanteras av andra utförare ter sig kontraproduktivt. Skärningen bör inte gå vid val av teknik eller arbetssätt. Den typ av enkla behov som nätläkarbesöken hittills ofta handlat om löses inte heller alltid digitalt – primärvården behöver därför förbättra sin tillgänglighet även för enkla behov som kräver fysisk vård.

Förutsättningarna för att bedriva vård är sämre i glesbygd

Förutsättningarna för att bedriva vård i glesbebyggda områden är ofta särskilt svåra. Möjligheterna att rekrytera personal är ofta sämre, vilket resulterar i större beroende av inhyrd personal. Samtidigt bidrar vissa landsting med omfattande glesbygd stort till utbildning av personal eftersom de vet att många sedan flyttar därifrån. Förutsättningarna för utförare inom vårdvalssystemen är ofta också sämre, bl.a. eftersom där finns ett mindre potentiellt patientunderlag, samtidigt

som uppdraget kan vara mer krävande. Vårdcentraler i glesbygd går också ofta med underskott.

Vid vårdvalsreformens införande gjordes ingen analys om vården i glesbygd, trots att glesbygd är ojämlikt fördelat mellan landsting, och trots att det borde vara en uppenbar slutsats att det är svårare att hitta ”affärsmässiga” förutsättningar att bedriva vård på orter där det inte bor mycket folk.

Det bereds förslag om kommunal utjämning där glesbygd spelar roll, men eftersom hela primärvården är underfinansierad är det tveksamt att det är en tillräcklig åtgärd. Utredningen lägger några förslag inom detta område, men ser framför allt att frågan måste hanteras inom ramen för ett bredare fokus där statens roll och ansvar är tydligt och där ställningstagande till hela välfärden och dess långsiktiga finansiering och närvaro i glesbygd behandlas.

Förslag för en integrerad digifysisk vårdvalsreform

Utredningen lägger en rad förslag till regeringen samt riktar rekommendationer till landstingen. Sammantaget benämns detta reformpaket en integrerad digifysisk vårdvalsreform. Med dessa förslag tar vi också efter hur styrningen ser ut i andra länder med valfrihet, såsom Norge och Danmark, samtidigt som vi månar om det som idag är unikt och välfungerande i det svenska systemet. Att kontinuitet blir utgångspunkt för valfrihet och organisering av primärvården, kommer vara en viktig del i omställningen till en mer nära vård.

Nya grunder för valfriheten i primärvårdens vårdvalssystem

Utredningen lägger att antal förslag för att göra vårdvalssystemet mer i linje med övriga valfrihetssystem och vårdval i andra länder. Med detta ökar förutsättningarna för att fylla vårdvalet med ett värde för patienten.

- Begreppet listning används genomgående av landstingen men existerar inte som begrepp i dagens lagstiftning. Utredningen föreslår att *begreppet listning införs i lagstiftningen och utgör grunden för patientens valfrihet av utförare*. Listning syftar till att invånare och patienter på förhand ska välja utförare. Förslaget innebär en kodi-

fiering av det sätt som landstingen redan arbetar med att administrera valfrihetssystemen och kan även jämföras med andra valfrihetssystem, samt patientval i andra länder.

- Även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) föreslås ske genom listning. Den nuvarande möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad bedöms begränsas genom förslaget.
- Utredningen föreslår att listningen ska ske på utförarnivå, dvs. vårdcentral eller motsvarande. Utredningen bedömer att detta ger tillräcklig flexibilitet för en diversifierad vård och är den lösning som bäst tar vara på styrkorna i dagens svenska primärvård – multiprofessionaliteten och teamarbetet. Utförarnivån är också den juridiska avtalsparten, vilket skiljer Sverige från många länder som har listning på läkare och där läkaren är avtalspart.
- Nuvarande reglering i LOV om att landsting skall tillhandahålla ett ickevalsalternativ för den som inte vill eller kan välja bibehålls. Grunden för ickevalsalternativ bör vara närhetsprincipen.

Tydligare krav på utförare

Utredningen anser att det krävs förändringar i de krav som ställs på utförare, i syfte att göra vården mer tillgänglig och integrerad.

- Utredningen bedömer att det viktigt att skapa personlig kontinuitet genom att patienten knyts till en namngiven läkare och gärna ett namngivet vårdteam. Landstingen rekommenderas att ställa krav på och stimulera kontinuitet och att patienten ges möjlighet välja.
- Utredningen föreslår att val genom listning endast kan ske hos den utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som är godkänd och har ett kontrakt enligt lagen om valfrihetssystem eller har motsvarande kontrakt enligt lagen om offentlig upphandling.
- Primärvård som erbjuds av underleverantör till en utförare ska fortsatt kunna erbjudas patienter *inom ramen* för utförarens uppdrag.

- Landstingen rekommenderas att ställa krav på samtliga utförare att tillhandahålla såväl digital som fysisk tillgänglighet, så kallat digi-fysisk vård. Landstingen behöver tydligt ange i förfrågningsunderlaget för vårdvalssystemet vilka mer specifika krav som ställs på utförare avseende såväl digital som fysisk tillgänglighet.

Vårdens åtagande ska bli tydligare för patienten

Flera av utredningens förslag och rekommendationer syftar till att tydliggöra fördelarna för patienten med att vända sig till samma utförare.

- Informationen till patienter föreslås stärkas avseende vad patienten kan välja mellan, tillgängligheten, hur valet går till samt i övrigt vad patienten kan förvänta sig av vården, t.ex. när det gäller möjligheten att välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad.
- Utredningen rekommenderar att landstingen stärker informationen till de patienter som inte gör ett aktivt val och därmed listas passivt på ett ickevalsalternativ.
- Utredningen rekommenderar landstingen att tillämpa olika avgifter för patienter som besöker sin valda utförare, respektive en annan utförare. Patientavgiften bör vara lägre där patienten är listad.
- Utredningen föreslår att vårdgarantin i primärvården ska gälla hos patientens valda utförare i primärvården. Vårdgarantin för listade patienter bör på sikt skärpas ytterligare.

Planeringsbar verksamhet för utförare

Utredningen anser att vissa förändringar i vårdvalet är nödvändiga för att skapa bättre förutsättningar för patientsäkerhet, planeringsbarhet och god arbetsmiljö.

- Utredningen föreslår att landstinget ska få besluta om att begränsa det antal patienter som får lista sig hos en utförare, efter samråd mellan landstinget och utföraren. En utförare ska ha rimliga planeringsförutsättningar för att bedriva en verksamhet med god kvalitet och patientsäkerhet och som ett led i detta kan listans storlek behöva begränsas.
- Utredningen bedömer att landstinget utifrån sitt övergripande planeringsansvar, har skyldighet att se till att primärvården är tillräckligt dimensionerad för att kunna erbjuda plats på utförares lista åt befolkningen.
- Utredningen föreslår att patienter ska kunna välja att lista om sig två gånger per år, om det inte finns skäl för annat. Förslaget ger ökad patientsäkerhet och effektivitet.

Ett mer nationellt system med möjlighet till lokal anpassning

Utredningen bedömer att det behövs flera åtgärder för att uppnå mer nationell jämlikhet samt öka transparensen i vårdvalssystemen.

- Utredningen föreslår en nationellt reglerad patientavgift i vårdvalssystemen i primärvården med samma besöksavgift i samtliga landsting. Avgiften ska uppgå till 100 kronor.
- Utredningen föreslår att landstingen ska tillhandahålla en listningstjänst. Genom tjänsten ska patienter göra sitt val av utförare och få information om samtliga listningsbara utförare samt om deras tillgänglighet för listning. Landstingen rekommenderas att gemensamt ta ansvar för att listningstjänsten blir en del av en nationell portal som innehåller mer vårdvalsinformation riktad till patienten. Landstingen bör gemensamt arbeta vidare med denna fråga.
- Utredningen rekommenderar landstingen att enas om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel för att utföra vård.
- Utredningen bedömer att konkurrensneutraliteten påverkas positivt av ett mer nationellt system. Flera frågor behöver dock utredas vidare.

- Utredningen rekommenderar landstingen att fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare.
- Utredningen rekommenderar landstingen att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bör gälla: långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande, årlig uppräknings av ersättningen, fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning, riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov, minskad detaljstyrning, kontinuitet och tillgänglighet prioriteras och belönas, i ökad utsträckning göra medicinsk service och läkemedel till en s.k. fri nytthet för utförare inom primärvården. Landstingen bör undvika olika behandling av utförare, snedvridande incitament och särbehandling av kontaktform, som t.ex. besök hos annan vårdgivare än där man är listad eller utomlänsbesök.
- Regeringen bör följa utvecklingen på området. Om principerna inte tillämpas efter två år bör ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.
- Utredningen rekommenderar landstingen att ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet. Denna översyn bör inkludera en bedömning av särskilda insatser för orter med periodvis mycket stor andel utomlänspatienter, t.ex. Åre och Visby.
- Utredningen rekommenderar landstingen att gemensamt och tillsammans med staten utreda den framtida utformningen och funktionen för 1177.

Tydligare styrning av etableringar

Genom ökad styrning kan landstingen säkra en mer behovsbaserad och jämlik etablering av utförare.

- Utredningen föreslår ett förtydligande i lagstiftningen av möjligheten att dela in vårdvalssystemet i ett landsting i olika geografiska områden. Detta bör användas för att tydligt och transparent på förhand skapa möjligheter till andra uppdrag i glesbygd eller andra områden. Förslaget påverkar inte patientens valfrihet.

- Utredningen rekommenderar landstingen att i ökad utsträckning styra genom ersättningssystemet för att göra det mer attraktivt att etablera sig på vissa orter. Landstingen bör även enas om principer för denna styrning för att skapa ökad enhetlighet och transparens i styrningen.
- Landstingen rekommenderas att använda sig av möjligheten att komplettera vårdvalsupphandlingar (LOV) med upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), och därvid erbjuda mer förmånliga villkor, för platser där det saknas ett utbud.

Vad innebär förslaget för dagens så kallade nätläkare?

Utredningens förslag syftar till att skapa ett integrerat digifysiskt vårdval i primärvården, där patienten vänder sig till samma aktör oavsett om det görs via digital väg eller via besök. Detta kommer att få konsekvenser för aktörer som i dag verkar inom framförallt utomlänsvården och enbart främst erbjuder vård i digitala former.

- Dagens s.k. nätläkarbolag kan med utredningens förslag behöva ansöka om etablering i samtliga landsting. Företagen behöver kunna tillhandahålla möjlighet till fysisk vård antingen genom egen försorg eller genom avtal med underleverantör. Efter etablering kan patienterna lista sig hos utföraren, som på så sätt får tillgång till den kapitering som följer med listningen. Kapiteringen ska i så fall också bidra till patientens fysiska vård.
- Företagen kan också ansluta sig som underleverantör av digital vård till utförare som i dag huvudsakligen levererar traditionell vård med fysiska besök men behöver då medverka till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag för att fortsatt ersättas med offentliga medel. I dessa fall får företaget i fråga sluta avtal med huvudleverantören – ett avtal som bl.a. ska reglera den ekonomiska ersättningen.
- Dagens möjlighet att som underleverantör till en vårdcentral i ett landsting erbjuda besök nationellt begränsas.

Utredningen föreslår ingen nationell tillståndsprovning

Utredningen har övervägt för- och nackdelar med en nationell tillståndsprovning samt analyserat inom vilka områden en sådan provning kan vara lämplig. Utredningens slutsats är att det för närvarande inte finns skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade.

- Utredningen föreslår att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för provning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering. Vägledningen riktar sig till huvudmän för hälso- och sjukvård.
- Utredningen rekommenderar att förutsättningarna för ett nationellt register över utförare som har deltagit i någon process för provning inom hälso- och sjukvård utreds.

Åtgärder för att minska beroendet av inhyrd personal

Utredningen har i enlighet med uppdraget kartlagt användningen av inhyrd personal. Kostnaden för inhyrd personal i förhållande till egen personal ligger i dag på cirka 4 procent (SKL 2018) med en variation mellan landsting på 2–14 procent. Landsting med omfattande glesbygd ligger genomgående högre. Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor ökar i dag i mycket snabbare takt än den för läkare. I den statistik som redovisas anges dock inte den beräknade *merkostnaden* för inhyrd personal utan den faktiska kostnaden. Personal har självklart en kostnad oavsett om den är inhyrd eller anställd. Utifrån beräkningar gjorda i region Örebro kan man uppskatta att merkostnaden för att ha inhyrd personal är cirka 40 procent av den faktiska kostnaden.

Hög personalomsättning är en välkänd faktor som ofta bidrar till minskad effektivitet, och i många fall en sämre upplevelse för patienten. Hälso- och sjukvården är beroende av att attrahera och behålla personal för att en god vård ska kunna utföras. Liksom de flesta andra organisationer strävar man efter en rimlig omsättning på personal, bl.a. eftersom hög personalomsättning är förenat med kostnader för introduktion och administration. Personal som är långsiktigt närvarande på

en vårdcentral eller en klinik bidrar också till bättre förutsättningar för att uppnå bättre kontinuitet i vården.

Utredningens analys visar på brister i kompetensförsörjningen, arbetsmiljön, patientsäkerheten och samordningen av upphandlingar

Som redan påpekats av flera andra utredningar är det uppenbart att dagens decentraliserade modell för utbildningsdimensionering inte håller måttet. Resultatet är bl.a. en uttalad brist på allmänläkare och sjuksköterskor, inte minst specialistsjuksköterskor, vilket är en av orsakerna till det ökade behovet av inhyrning. Kompetensförsörjningen behöver hållas ihop på nationell nivå och staten behöver ta ett tydligare grepp kring både kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården. Det är en förutsättning för att landsting och andra utförare inom vården ska lyckas med kompetensförsörjningen.

En god arbetsmiljö är viktig både för att långsiktigt attrahera människor till sektorn och behålla de som redan sökt sig dit. Det är också viktigt för patientsäkerheten. Att utveckla en god arbetsmiljö ligger alltså i såväl huvudmannens, som vårdgivarens, arbetstagarnas, och patienternas intresse. Landstingen har inom ramen för SKL:s projekt *Oberoende av inhyrd personal* bedrivit ett gemensamt arbete som bl.a. haft förbättrad arbetsmiljö som inriktning. Det är ett arbete som behöver fortgå. Det är angeläget att landstingen även fortsättningsvis har denna möjlighet till erfarenhetsutbyte och lärande.

Risken för minskad patientsäkerhet är högre vid arbetsplatser där personalomsättningen är hög. Dessutom blir ansvarsförhållandena lätt oklara när det inte finns ett tydligt traditionellt anställningsförhållande mellan två parter. I samband med inhyrning av personal kan så många som fyra parter vara inblandade. Förutom vårdgivaren och arbetstagaren kan bemanningsbolaget och arbetstagarens egna bolag vara involverade.

Marknaden är i dag inte välfungerande. Landstingen ter sig vid en samlad bedömning som relativt svaga i genomförandet av upphandlingar och använder sig inte av hela det handlingsutrymme som potentiellt finns att tillgå. Genom bristande samarbete ges möjlighet för bemanningsbolagen att spela ut landstingen mot varandra. Utredningen bedömer att det finns en stor förbättringspotential i upphandlingsarbetet.

Regeringen bör fortsatt bevaka området och om de förslag som utredningen lägger inte har avsedd effekt bör regeringen överväga andra åtgärder.

Förslag som rör inhyrd personal

Patientsäkerheten behöver säkras

Det finns behov av att tydliggöra ansvarsförhållanden vid hög personalomsättning och skapa bättre förutsättningar för patientsäkerhet.

- Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att ta fram checklista och riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom vården och omsorgen. Utredningen föreslår dessutom att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållanden vid upphandling av personal och vid olika anställningsförhållanden.

Kvaliteten i upphandlingarna måste förbättras

Landstingen behöver bli bättre på att ta kontroll över marknaden genom hur de efterfrågar bemanningstjänster.

- Landstingen rekommenderas att samverka bättre vad gäller frågor kring bemanning. Bland annat bör de gå samman, nationellt alternativt sjukvårdsregionsvis, för att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster.
- SKL rekommenderas att kartlägga landstingens modeller för upphandlingar för att möjliggöra lärande.
- Utredningen föreslår att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att ta fram specifik vägledning för bättre upphandling av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Upphandlingsmyndigheten ska också ta fram en vägledning för samordnade eller gemensamma upphandlingar inom området.

Beroende av inhyrd personal är större i glesbygdslandsting

Frågor om närvaro av sjukvård i glesbygd behöver hanteras med ett bredare grepp där hela välfärden behandlas, dessutom behöver kunskapen på området öka.

- Utredningen föreslår att den aviserade Valfärdscommissionen får i uppdrag att särskilt se över kompetensförsörjning, finansiering och närvaro av välfärd i glesbygd.
- Utredningen föreslår att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys får i uppdrag att undersöka dels vilken typ av närvaro av hälso- och sjukvård som patienter och medborgare bosatta i glesbebyggda områden förväntar sig och värdesätter, dels vad som krävs för att vårdpersonal ska vilja långsiktigt arbeta i glesbygd. Vårdanalys ska också kartlägga hur andra länder styr, ersätter och i övrigt stimulerar närvaro av särskilt primärvård i glesbygd.

Statens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

Statens styrning inom hälso- och sjukvården behöver bli mer långsiktig och strategisk. Utredningen har identifierat två områden som behöver ges särskild prioritet.

- En utredning föreslås genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar i konsumtion av vård, bl.a. med hänsyn till balansen mellan efterfrågan och behov.
- En utredning föreslås utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras samt om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Utredningen ser att dessa två frågor bör beredas inom parlamentariska kommittéer. Detta eftersom det skapar bättre förutsättningar för att uppnå resultat och långsiktighet i styrningen.

Reformen behöver följas upp

Slutligen föreslår utredningen att regeringen ska uppdra åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa den föreslagna reformen av vårdvalssystemen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.

Summary

Remit

Under the terms of reference, the Inquiry is to present proposals aimed at achieving the objectives of the Health and Medical Services Act in an effective and efficient manner. In addition, it is emphasised that the overall purpose is to safeguard the possibilities for equitable care, given the existing division of responsibilities for health care. More specifically, the Inquiry is to review the patient choice systems and, in accordance with trust-based governance, consider which management systems best promote objectives fulfilment, including the need for changes to payment models. Supplementary terms of reference task the Inquiry with analysing how a long-term sustainable system for ‘Online Doctors’ (providers that mainly offer digital health services – so called digital health service providers) can be created.

The Inquiry is also to survey the use of temporary employees in health care and present proposals for how a more continuity-based health care system can be promoted by reducing the use of temporary staff, and consider the advantages and disadvantages of introducing a permit requirement to conduct health care.

The Inquiry has described in an interim report the differences in health care consumption by patient groups with different socio-economic backgrounds and starting points for better governance (SOU 2018:55).

The Inquiry’s work has been conducted very openly and a lot of time has been invested in listening to the thoughts and ideas of various stakeholders at meetings and hearings.

The patient choice scheme needs to become digi-physical

A central issue in the Inquiry's task is the fulfilment of objectives under the Health and Medical Services Act and in particular the objectives regarding health care on equal terms for the whole population and that those with the greatest need of health care must be given priority. Strengthening the conditions for objective attainment has permeated the Inquiry's work. The review of the patient choice system and the analysis of the digital health service providers has meant that the Inquiry's work has primarily been focused on primary care.

We support the assessment made by several other inquiries that the health care system needs to be reorganised in a way that ensures primary care has adequate resources. The starting point for the Inquiry's analysis is that a number of components are particularly important in this reorganisation:

- *The patient and citizen perspective* needs to be strengthened, with a more person-centred care that is to a greater extent based on the different needs of individual people.
- *Continuity* needs to pervade the governance and organization of health care, as this will help increase patient safety and efficiency. Continuity also increases citizens' confidence in the health care system.
- *Transparency and long-term thinking* in the system need to be increased, with greater clarity regarding what patients can expect from health care and what obligations providers have.
- *The digital revolution* needs to have a broad impact on health care and become a more integrated part of all health care.
- *A more national system* is required, with fewer differences in governance between the county councils.
- *System efficiency* needs to be increased throughout the public-financed health care system. A key aspect is strengthening the resources and competence in primary care.

The Inquiry's analysis shows shortcomings in the care choice system

The care choice reform was implemented in 2010. The core of this reform was the regulation of a mandatory 'patient choice system' in every county council. The regulation dictates that each county council has to organise primary care, so that the patient has freedom of choice between all of the providers in primary care, and that any private provider who meets the requirements set by the county council have the right of establishment. In accordance with its remit, the Inquiry has conducted a review of the patient choice systems in primary care, as well as the 'care in another county' regime and the emergence of digital health service providers. All three aspects are closely linked and the work of the Inquiry has dealt with these aspects in an integrated manner.

The Inquiry's analysis has shown, for instance, that a basic problem is the undercapacity in primary care, which makes it difficult for the patient choice systems to function. The patient choice reform has only to a small degree contributed to a more equal and needs-based care. The current regulation and implementation in some areas entail difficulties in improving objective attainment.

The way the choice of primary care provider is designed in Sweden differs from other countries, in that by law the choice is made through contact or visit (consumption of care) and not in advance (for instance, by being registered with a provider). However, the wording of the act and the governance of the county councils pull in different directions and create a tension between demand-driven and needs-driven care. The conditions for continuity, efficiency and a good working environment are negatively affected by this. Information to citizens is inadequate with regard to accessibility and continuity.

There is a need for increased governance of primary care providers within the patient choice system, and for increased governance of establishment in primary care. Application of the law often leaves no scope for primary care providers to limit the number of patients per provider or per profession. Nor is there any regulation of the number of re-registrations with providers. Combined with the shortage of resources in primary care and other elements in the governance, the effect is that providers have difficulty planning their activities, which can in turn entail risks for patient safety, poor

accessibility and an untenable working environment for the professionals.

The adoption of the Patients Act in 2015 extended patients' freedom of choice regarding outpatient care to cover all county councils. This further reduced the scope for care providers to plan their actions.

Current governance, including the payment system, is inadequate. The lacking coordination, the frequent changes in contracts and payments and a high level of detail, does not signal trust. This makes it difficult for primary care providers to plan long-term and various distorting incentives in the governance entail risks with regard to needs-based care, particularly with regard to care in other counties.

Governance differs between the responsible authorities, while parts of the system are becoming more national. The Inquiry considers that there is a need for a more national system, but with the opportunity for local adjustments.

Specific comments on digital health service providers

The so-called 'Online doctors' development of digital tools and working methods has entailed an innovation with the potential to be a major asset to patients, the medical profession and the efficiency of the system. Digitalization creates the opportunity to remedy one of the main problems of primary care – accessibility – e.g. by being independent of geography and enabling asynchronous contacts. Digital working methods create better conditions for giving medical professionals greater flexibility in their work which is very valuable to the attractiveness of the caring professions.

With the current system, the digital health service providers come into the system via the external county reimbursement, which has caused a clash between a decentralised patient choice system and a national system for digital care. The county council's special payment system for digital care in another county (higher fee-for-service when the patient resides in another county) is not provided on equal terms for providers with contracts and sub-contractors. This is not sustainable in the long run for many different reasons.

The Inquiry considers that a special national system or a new level within primary care should not be proposed for the digital health

services. The major challenge for health care in attaining efficiency and patient centeredness is to achieve smoothly-functioning cooperation and coordination. Dividing the primary care remit in this situation into a separate digital system (including digital health service providers) that is managed by certain care providers, and other care that is managed by other providers, will be counterproductive. The divide should not be made according to the choice of technology or working method. The type of simple need that the digital health service providers have so far usually dealt with are not always resolved entirely online – primary care therefore needs to improve its accessibility for simple care needs that require physical care.

The conditions for health care providers and patients' access to health care are poorer in sparsely populated areas

The conditions for providing care in sparsely populated areas are often particularly challenging. It is often more difficult to recruit staff, which results in a greater dependency on temporary staff. At the same time, some county councils with a lot of sparsely populated areas contribute a lot to training staff as they know that many of them will then move away. The conditions for providers in the patient choice system are often poorer, partly because there is a smaller potential patient base, while the remit may be more demanding. Primary care centres in sparsely populated areas often run at a loss, too.

When the patient choice reform was introduced, no analysis was made regarding care in sparsely populated areas, despite these areas being unevenly distributed between county councils and despite the fact that it should be an obvious conclusion that it is more difficult to find 'market-like' conditions for providing care in areas where there are few residents.

A proposal is being drafted regarding reforming the local government equalisation system, where sparsely populated areas play a role, but as the entire primary care system is underfinanced, it is doubtful that this measure will be sufficient. The Inquiry presents some proposals in this field, but mostly envisages that the question must be managed within the framework of a broader focus, where the role and responsibilities of the state are clear and where a stance is taken on welfare as a whole and its long-term funding and presence in sparsely populated areas.

Proposal for an integrated digi-physical choice reform

The Inquiry puts forward a number of proposals and makes recommendations to the county councils. Overall this reform package is termed an integrated digi-physical choice reform. These proposals also take into account how governance is conducted in other countries with patient choice, such as Norway and Denmark, while also safeguarding the unique and well-functioning parts of the Swedish system. This shift towards continuity as the starting point for patient choice and organization of services, will be an important part in the change-over to a strengthened primary care.

New basis for patient choice in primary care

The Inquiry puts forward a number of proposals to bring the patient choice system more in line with other choice systems and with patient choice systems in other countries. This increases the prospects for giving the patient choice value for the patient.

- The concept of registration with a care provider is used consistently by the county councils but does not exist as a concept in the current legislation. The Inquiry proposes that the *concept of registration is introduced into the legislation and forms the basis for the patient's choice of primary care provider*. Registration aims to ensure that citizens and patients choose their care provider in advance. The proposal entails a codification of the way that the county council already works in administering the patient choice systems and can also be compared with other such systems, and with patient choice systems in other countries.
- The choice of primary care provider in another county council is proposed to be made via registration. The current possibility of consumption of primary care in another county in the form of temporary visits to a primary care provider other than the one where the patient is registered will be limited by this proposal.
- The Inquiry proposes that registration take place at provider level, that is, at a primary care centre or equivalent. The Inquiry assesses that this will give sufficient flexibility for diversified care and it is the solution that best takes into account the strengths of

today's primary care system in Sweden – multiprofessionalism and team work. The primary care provider is also the legal contracting party, which is something that distinguishes Sweden from many other countries that have registration with doctors and where the doctor is the contracting party.

- The current regulation in the Act on System of Choice in the Public Sector (LOV) that the county council must supply a non-choice alternative for those who are not willing or able to make a choice will be retained. The basis for the non-choice alternative should be the principle of proximity.

Clearer requirements for primary care providers

The Inquiry considers that changes are needed to the requirements made of care providers, to make care more accessible and integrated.

- In the Inquiry's assessment, it is important to create personal continuity by the patient being connected to a named doctor and preferably a named care team. It is recommended that county councils set requirements regarding continuity and give patients the opportunity to choose.
- The Inquiry proposes that choice through registration can only take place with providers of primary care services that are accredited according to the Act on System of Choice in the Public Sector (LOV) or have the corresponding contract according to the Public Procurement Act.
- Primary care offered by sub-contractors to a care provider should still be offered to patients *within the framework* of the care provider's remit.
- It is recommended that the county councils require that all primary care providers ensure both digital and physical accessibility (digi-physical care). The county councils need to state clearly in the contract documents for the patient choice system which specific requirements are made of care providers with regard to both digital and physical accessibility.

Primary care providers' obligations must be made clearer to the patient

Several of the Inquiry's proposals and recommendations aims to clarify for the patient the advantages of turning to the same care provider.

- The information given to patients should be reinforced with regard to what choices the patient has, accessibility, how to make the choice and in general what the patient can expect from the primary care system.
- It is also recommended that the duty to provide information is reinforced for patients who do not make an active choice and are therefore passively registered at a non-choice alternative.
- It is recommended that the county councils apply different fees for patients visiting their chosen care provider as opposed to when they visit another provider. The patient's fee should be lower at the provider where they are registered.
- The Inquiry proposes that the *health care guarantee* in primary care apply at the patient's chosen primary care provider. The health care guarantee for registered patients should in the long run be further strengthened.

Plannable operations for primary care providers

The Inquiry considers that some changes in the patient choice system are necessary to create better conditions for patient safety, planning and a good working environment.

- The Inquiry proposes that the county councils should be allowed to decide to limit the number of patients that can register with a primary care provider, after consultation between the county council and the provider. A primary care provider must have reasonable conditions for planning so as to conduct operations of high quality and with good patient safety, and this may entail having to limit the number of patients registered.
- The county council has an obligation, on the basis of its overall responsibility for planning, to ensure that primary care has re-

sources to support an adequate number of providers that meet needs of the population.

- The Inquiry proposes that patients should be able to re-register twice a year, within the scope of the reformed patient choice system, unless there are reasons otherwise. This proposal will provide increased patient safety and efficiency.

A more national system with the possibility for local adaptations

The Inquiry considers that action is needed to attain greater national equality and increase transparency in the patient choice system.

- The Inquiry proposes a nationally-regulated patient fee in the patient choice systems in primary care, with the same appointment fee in all county councils. The fee should be SEK 100.
- The Inquiry proposes that the county councils offer a registration service. This service will enable patients to make their choice of care provider and receive information on all providers they are able to register with and the provider's availability for registration. It is recommended that the county councils take joint responsibility for making the registration service part of a national portal that contains more patient choice information aimed at the patient. The county councils should jointly work on this question.
- The Inquiry recommends that the county councils agree on a national marketing and information policy that is aimed at care providers who receive public funding to provide care.
- The Inquiry's assessment is that competitive neutrality will be positively affected by a more national system. However, several questions require further investigation.
- The Inquiry recommends that the county councils continue to focus on dialogue-based follow-up of care providers.
- The Inquiry recommends that, in connection with the introduction of a nationally-regulated basic remit, the county councils also apply common payment principles for primary care. The following principles should apply: long-term approach, stability and innovation-promotion, annual adjustment of payment, fixed

payment (capitation) for registered patients as main payment, risk adjustment in capitation to steer towards those with the greatest need, less micro-management, continuity and accessibility are prioritised and rewarded, make medical service and pharmaceuticals a 'free utility' for providers of primary care to a greater extent. The county councils should avoid treating care providers differently, distorting incentives and treating different forms of contact differently (such as visits to a care provider other than the one where the patient is registered or within another county).

- The Government should follow developments in the field. If the principles are not applied after two years, further measures should be considered, in the form of regulation of the principles.
- The Inquiry recommends that the county councils initiate a fundamental review of the national contract for outpatient payment. This review should include an assessment of special measures for areas with periodically large burdens from other counties, such as Åre and Visby.
- The Inquiry recommends that the county councils jointly, and together with the central government, investigate the future design and function of 1177.

Governance of localisation of primary care centres

Increased governance can enable the county councils to ensure more needs-based and equitable establishment of providers.

- The Inquiry proposes a clarification in the legislation regarding the possibility to divide the patient choice system in one county council into different geographical areas. The Inquiry's assessment is that this should be done to clearly and transparently create opportunities for other assignments in advance in sparsely populated or other types of areas. The proposal does not limit patient choice.
- In addition, the county councils are recommended to increasingly adjust the payment system to make it more attractive for providers to establish primary care centres in certain areas. This is done by all county councils today and the Inquiry recommends

that the county councils use this to an increased extent. The county councils should also agree on principles for this governance to create increased uniformity and transparency in governance.

- The Inquiry recommends that the county councils use the opportunity to supplement accreditation according to the Act on System of Choice in the Public Sector with procurement pursuant to the Public Procurement Act and in those cases offer more advantageous terms for places where not enough providers establish primary care services.

What does the proposal entail for today's digital health service providers?

The Inquiry's proposals are aimed at creating an integrated digital-physical patient choice, where the patient can turn to the same primary care provider regardless of whether they do so digitally or via an appointment. This will have consequences for providers who today operate within the patient choice system in another county regime, primarily the digital health service providers.

- Today's digital health service providers may need to apply for establishment in all county council areas under the Inquiry's proposal. These providers would need to offer in-person health care, either themselves or by using sub-contractors. After establishment, patients can register with the primary care provider, who will then have access to the capitation that follows from registration. The capitation would also contribute to the patient's physical care.
- These companies may also be hired as digital care sub-contractors by primary care providers who currently supply mainly traditional primary care with in-person appointments. In these cases the company in question can sign an agreement with the main supplier – an agreement that also regulates the financial payment.
- The current possibility for a sub-contractor to a primary care centre in one county council area to offer appointments nationally reimbursed as fee-for-service will not be retained.

The Inquiry does not propose a national permit requirement

The Inquiry has considered the advantages and disadvantages of a national permit requirement and has analysed which areas would be appropriate for this kind of requirement. The conclusion is that there is no reason at present to introduce any form of permit requirement in health care, apart from the situations that are already regulated.

- The Inquiry proposes that the National Agency for Public Procurement is tasked with analysing the need for updated national guidance for examination and requirements pursuant to the Act on System of Choice in the Public Sector and the Public Procurement Act, and if necessary produce an updated version. The guidance document is aimed at the responsible entities in health care.
- The Inquiry recommends a further investigation into the conditions for a national register of health care providers that have taken part in a procurement process within health care.

Measures to reduce dependence on temporary staff

The Inquiry has, in accordance with its remit, surveyed the use of temporary staff. The cost of using temporary staff instead of own staff is currently around 4 per cent of the total costs for employment (SKL 2018), with a variation between county councils of 2–14 per cent. County councils with extensive sparsely populated areas have consistently higher levels. The cost of temporary nurses is currently increasing at a much faster rate than the cost of physicians. However, the statistics reported do not state the estimated *additional cost* for temporary staff, only the actual cost. Of course, staff entail a cost regardless of whether they are temporary or employed. Based on the calculations made in Örebro region, it can be estimated that the additional cost for having temporary staff is around 40 per cent of the actual cost.

A high staff turnover is a well-known factor that often contributes to a reduction in efficiency, and in many cases a poorer experience for the patient. Health care is dependent on attracting and retaining staff to be able to provide good care. Like most other

organisations, they strive to attain a reasonable staff turnover, partly because a high staff turnover is associated with costs for introduction and administration. Staff who stay at a primary care centre or a clinic for a longer period of time also contribute to better conditions for continuity of care.

The Inquiry's analysis shows shortcomings in skills supply, the working environment, patient safety and the coordination of public procurements

As already pointed out by several other inquiries, it is evident that the current decentralised model for dimensioning training is not adequate. The result is an explicit shortage of general practitioners (GPs) and qualified nurses, not least specialist nurses. This is one of the causes of the increased need of temporary staff. The skills supply needs to be maintained at a national level and the central government needs to take a clearer approach to both short-term and long-term skills supply in health care. This is a prerequisite if county councils and other care providers are to succeed in maintaining the skills supply.

A good working environment is important both to attract people to this sector in the long term and to retain those in it. It is also important for patient safety. Developing a good working environment is thus in the interests of responsible authorities, care providers, employees and patients. The county councils have had an improved working environment as one of the aims within the Swedish Association of Local Authorities and Regions' project *Independence from temporary staff*. This work needs to be continued. It is essential that the county councils continue to have this opportunity for exchange of experience and learning.

The risk of a decline in patient safety is higher in workplaces with a high staff turnover. Moreover, the division of responsibility can easily become unclear when there is no traditional employment relationship between two parties. When hiring temporary staff, as many as four parties can be involved. In addition to the care provider and the employee, the temporary agency and the employee's own company may be involved.

The market does not function well at present. Overall, the county councils appear to be relatively weak purchasers and they do not use

the entire scope for negotiation that is potentially available to them. Inadequate cooperation gives temporary staff agencies the opportunity to play the county councils off against one another. The Inquiry considers that there is considerable scope for improvement in public procurement work.

The Government should continue to monitor this area, and if the proposals the Inquiry makes do not have the intended effect, the Government should consider other measures.

Proposals affecting the use of temporary staff

Patient safety must be ensured

There is a need to clarify the division of responsibilities and create better conditions for patient safety in the event of a high staff turnover.

- The Inquiry proposes that the National Board of Health and Welfare is tasked with producing a checklist and guidelines for using temporary staff within health care. The Inquiry further proposes that the National Agency for Public Procurement is tasked with conducting a survey to clarify the division of responsibilities when procuring staff and in different types of employment relationships.

The quality of public procurements must be improved

The county councils need to become better at taking control over the market in the way that they request temporary staff services.

- It is recommended that the county councils cooperate better on staffing issues. For instance, they should collaborate either nationally or according to health care region to undertake joint public procurements of temporary staffing services.
- It is recommended that the Swedish Association of Local Authorities and Regions chart and analyse the county councils' models for procurements to enable learning.

- The Inquiry proposes that the National Agency for Public Procurement is tasked with producing specific guidance for better procurement of temporary staff in health care. The National Agency for Public Procurement should also produce guidance for coordinated or joint procurements in the field.

Dependence on temporary staff is greater in sparsely-populated areas

Questions regarding the presence of health care in sparsely populated areas need to be dealt with in a broader perspective, where welfare as a whole is taken into account, and knowledge in this field needs to be increased.

- The Inquiry proposes that the by the Government notified Welfare commission is tasked with specifically reviewing the skills supply, financing and existence of welfare in sparsely populated areas.
- The Inquiry proposes that the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis is tasked with investigating both which type of health care presence patients and citizens resident in sparsely populated areas expect and value, and what is required for health care professionals to choose to work long term in sparsely populated areas. The Agency should also survey how other countries steer, remunerate and otherwise stimulate the presence of primary care, particularly in sparsely populated areas.

Central government governance needs to be more long-term and strategic

Central government governance in the health care sector needs to become more long-term and strategic. The Inquiry has identified two areas that need to be given special priority.

- It is proposed that one inquiry implement an open and broad debate on the conditions for setting priorities in health care and investigates the need to take greater social responsibility with regard to consumption of health care. The background to this is that the reforms in recent years – for instance, the patient choice

system – have also led to a shift in how health care needs are determined. There is a tendency for health care to be given on demand rather than according to an assessed need.

- It is proposed that another inquiry investigate how existing proposals with regard to information management within and between health care and social services can be implemented promptly, and whether it is appropriate for the central government to take over responsibility for the infrastructure regarding information in health care and social services.

The Inquiry considers that these two questions should be prepared by all-party committees. This is to create better conditions for attaining results and a long-term approach in governance.

The reform needs to be followed up

Finally, the Inquiry proposes that the Swedish Agency for Health and Care Services Analysis is tasked with following up the proposed reform of the patient choice systems and evaluating the need to amend legislation or change the county councils' application of the systems.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
dels att 3 kap. 2 § och 6 kap. 3 § ska ha följande lydelse,
dels att det i 9 kap. ska införas två nya bestämmelser, 2–3 §§, med följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, *fast läkarkontakt* samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

3. vårdgarantin, och

4. möjligheten att hos försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Euro-

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. *möjligheten att få välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad,*

3. *den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten,*

4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

5. vårdgarantin, och

6. möjligheten att hos försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Euro-

peiska ekonomiska samarbets-
området (EES) eller i Schweiz.

peiska ekonomiska samarbets-
området (EES) eller i Schweiz.

6 kap.

3 §

Patienten ska få möjlighet att
välja en fast läkarkontakt inom
primärvården.

Patienten ska få möjlighet att
välja en fast läkarkontakt *hos den
utförare inom primärvården där
patienten är listad.*

9 kap.

2 §

*Patientens val av utförare inom
primärvården ska ske genom att
patienten listar sig hos utföraren.
Listning kan ske hos utförare i
landstingets egna regi eller hos ut-
förare som är godkänd och har ett
kontrakt enligt 1 kap. 1 § andra
stycket lagen (2008:962) om val-
frihetssystem eller därmed jäm-
förligt kontrakt enligt lagen
(2016:1145) om offentlig upphand-
ling.*

3 §

*Omval av utförare får ske två
gångar under ett år, om det inte
finns skäl för annat.*

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2021.

1.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 7 kap. 3 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 17 kap. 1 a §, med följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap. 3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska tillhandahålla en listningstjänst för patientens val av utförare. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om listningstjänstens innehåll.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. Landstinget

får besluta om begränsning av det antal patienter som enligt första stycket får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

17 kap.

1 a §

Avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2021.

1.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80)

dels att 6 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 3 §, med följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),

3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin enligt 1 § 1 och 2 gäller, med undantag för vad som sägs i 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), hos den utförare där patienten är listad.

7 kap.**3 §**

Listningstjänsten i 7 kap. 3 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska utgöra en tjänst som för patienten möjliggör genomförande av listning och som informerar patienten om samtliga listningsbara utförare och deras tillgänglighet för listning.

Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om drift och administration av denna listningstjänst.

Denna förordning träder i kraft den 1 juni 2021.

2 Uppdraget och genomförande

I detta avsnitt redogör utredningen inledningsvis för uppdraget i enlighet med utredningens direktiv. Därefter beskrivs hur arbetet har bedrivits, följt av en kommentar till direktiven inklusive avgränsningar. Avslutningsvis lämnas en anvisning om delbetänkandets innehåll.

2.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv beslutades vid regeringssammanträde den 18 december 2017 (dir. 2017:128, se bilaga 1). Enligt direktiven ska den särskilda utredaren lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Vidare betonas att det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Utredaren ska göra följande.

- *Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.*
- *Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.*

- *Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.*
- *Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.*
- *Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800). Regeringen beslutade den 1 mars 2018 om tilläggsdirektiv (dir. 2018:14, se bilaga 2).*

I enlighet med detta ska utredaren.

- *Analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.*

Uppdraget skulle delredovisas senast den 15 juni 2018 med fokus på utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrssystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Den 17 maj 2018, beslutades om tilläggsdirektiv att uppdraget i övrigt skulle slutredovisas senast den 30 juni 2019 (dir. 2018:40, se bilaga 3). Den 5 juni 2019 beslutades genom tilläggsdirektiv (dir. 2019:28, se bilaga 4) om ytterligare förlängd tid om två månader. Uppdraget ska därmed slutredovisas den 30 augusti 2019.

2.2 Utredningens arbete

Arbetet har i enlighet med direktiven bedrivits med öppenhet och med stort fokus på att lyssna in vad olika intressenter har att säga och att föra dialog med dessa om behoven av att förändra styrningen av hälso- och sjukvården. Stort fokus har också lagts på inläsning av forskning, myndighetsrapporter och annan litteratur.

Arbetet med slutbetänkandet påbörjades främst under hösten 2018 eftersom tiden från utredningens start och fram till 15 juni 2018 ägnades åt delbetänkandet.

2.2.1 Hearingar, studiebesök och möten

Utredningen har under hela utredningsarbetet haft möten med många olika intressenter. I ett tidigt skede har utredningen också varit transparent med eventuella förslag som utredningen utreder för att så tidigt som möjligt få olika typer av inspel.

Regionvisa hearingar med många intressenter

Under oktober och november 2018 höll utredningen sammanlagt sju hearingar för att hämta in kunskap och synpunkter om utredningens frågor. Hearingarna organiserades sjukvårdsregionvis, med inbjudningar till samtliga landsting. I Region Uppsala–Örebro genomfördes två separata hearingar för att hålla nere antalet närvarande per hearing. De sju hearingarna har därmed genomförts i Stockholm, Uppsala, Örebro, Linköping, Göteborg, Malmö och Umeå. Inbjudan till varje hearing gick via landstingsdirektören i varje landsting till tre landstingsanställda som arbetar med att beställa vårdval, långsiktig kompetensförsörjning och vårdvalsutförare i egen regi. Inbjudan gick via Vårdföretagarna till vårdvalsutförare i privat regi. Professionsföreträdare bjöds in via Kommunal, Vårdförbundet och Sveriges läkarförbund. Patientföreträdare bjöds in via Funktionsrätt. Vid varje hearing deltog mellan 15 och 25 personer.

Utredningens direktiv utgjorde grund för vad som diskuterades under hearingarna. Utredningen gav en kort introduktion till ämnena samt ställde vissa frågor och lämnade därefter främst till deltagarna att framföra synpunkter och diskutera. De ämnen som behandlades var vårdvalssystemen inklusive ersättningssystem, digitala vårdkontakter, användandet av inhyrd personal och tillståndsprövning.

I samband med varje besök hade utredningen även ett antal andra möten med olika aktörer i det landsting som besöktes.

Studieresor och studiebesök

Utredningen har gjort ett antal besök runt om i landet och även i två andra länder. I Uppsala, Göteborg, Storuman och Borgholm besökte utredningen Samariterhemmets vårdcentral, Bergsjöns vårdcentral, Sjukstugan i Storuman samt Borgholms hälsocentral för att få inspel om primärvården generellt men också mer specifikt om vårdval, digitala vårdtjänster och inhyrning av personal. I Örebro träffade utredningen processledare och upphandlingstjänstemän för att prata om inhyrning av personal och planering och dimensionering av olika specialiteter. I Linköping träffade utredningen läkare och chefer från Primärvårdscentrum för att höra om regionens interna arbete med digitala vårdtjänster för invånare. I Malmö träffade utredningen ett flertal aktörer från Centrum för primärvårdsforskning, Resursteamet vid Skånes universitetssjukhus samt projektledaren för projektet Oberoende av inhyrd personal i Region Skåne. Vid besöket i Umeå stannade utredningen en dag extra för att, utöver Sjukstugan i Storuman, också besöka Centrum för glesbygdsmedicin och hälsorummet i Slussfors. Fokus vid dessa möten låg främst på frågor som rör primärvård i glesbygd.

Utredningen har även separat besökt Region Sörmland, Region Jönköping och Region Stockholm, främst för att höra om deras arbete med digitala tjänster.

Under våren 2019, när utredningens arbete hade kommit in i en fas där fokus låg på att formulera och konsekvensutreda möjliga förslag, besöktes Norge och England. I Norge träffade utredningen Helse og Omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet samt Legeforeningen. Utredningen besökte också via video det kommunala kommunelegekontoret i Slejord samt på plats det privat drivna Gransdalen legesenter. I England besökte utredningen The Health Foundation, NHS England, NHS Improvement och Babylon Health.

Nätverk och övriga möten

Utredningen har haft många möten under den tid som arbetet har pågått. Flera olika aktörer har fått möjlighet att presentera idéer och lämna önskemål om hur de vill att framtidens vårdval och övriga av utredningens utredningsområden ska utvecklas. Exempelvis har utredningen träffat flera olika nätverk via SKL, däribland vårdvals nätverk,

flera direktörsnätverk och projektet Oberoende av inhyrd personal. Via SKL har utredningen också presenterat sitt arbete vid ett Regionledningsseminarium. Utredningen har träffat de största digitalt profilerade vårdgivarna (s.k. nätläkarbolag) samt leverantörer av plattformar och företrädare för de digitala initiativ som utvecklas inom landstingen. Utredningen har träffat de till utredningen knutna experterna, eller andra representanter från deras organisationer, separat. Relevanta myndigheter har konsulterats, däribland Socialstyrelsen, Konkurrensverket, IVO, Vårdanalys och Upphandlingsmyndigheten. Forskare inom olika områden har konsulterats. Utredningen har träffat företrädare för olika landsting för att prata om alla de områden som utredningen har utrett. Utredningen har träffat flera olika professionsföreningar och fackförbund. Patientföreträdare har konsulterats via Funktionsrätt Sverige och via Vårdanalys patient- och brukarråd. Stora privata vårdgivare som Caphio och Praktikertjänst har utredningen träffat vid ett flertal tillfällen. Utredningen har via telefon pratat med ett par vårdcentraler, däribland den i Åre. Utredningen har haft samråd med andra utredningar och regelbundna möten med utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Utredningen har även stämt av med Socialdepartementet vid ett antal tillfällen under arbetets gång.

2.2.2 Datainsamling

Utredningen har inte bedrivit någon egen datainsamling från grunden, men har fått ovärderlig hjälp av ett antal landsting och Sveriges Kommuner och Landsting i att få ta del av deras data och även deras egna analyser. Vid olika skeden av utredningens arbete har utredningen fått data från Region Dalarna, Västra Götalandsregionen, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Jönköping, Region Halland och Region Norrbotten.

Under juni och juli 2019 arbetade konsultfirman Helseplan AB tillsammans med utredningen för att samla in data och göra vissa dataanalyser. Detta arbete finns framför allt i bilaga 5 och 6.

2.2.3 Delbetänkande

Den 15 juni 2018 överlämnade utredningen delbetänkandet ”Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning” (SOU 2018:55) till regeringen. I delbetänkandet redovisades dels uppdrag om vårdkonsumtion utifrån socioekonomi, dels utgångspunkter för bättre styrning, särskilt med fokus på ersättningsystem.

2.3 Utredningens kommentarer till uppdraget

Nedan följer kort kommentar till centrala delar av utredningens uppdrag.

Jämlik vård och behovsbaserad vård

Jämlik vård är ett komplext begrepp som omfattar en rad dimensioner och perspektiv men också skeden före, under och efter ett vårdförlopp (se vidare i delbetänkandet). De mer omfattande jämförelser som bl.a. Socialstyrelsen publicerar avseende olika medicinska områden belyser en del av detta.

Vi är medvetna om att det finns stora skillnader när det gäller i princip alla perspektiv på jämlikhet, främst utifrån geografiska skillnader (men inte enbart). Utredningen har inte haft möjlighet att fördjupa analysen avseende några särskilda sådana områden utan utgår i stället i hög grad från mer strukturella beskrivningar av jämlikhet och behov kopplat till vårdkonsumtion och utbud. Ett sådant angreppssätt menar vi på det mest rimliga sättet möter uppdraget att omfatta hela hälso- och sjukvården och hur styrningen bättre kan främja en mer jämlik och behovsbaserad vård, i synnerhet inom primärvården.

Uppdraget om översyn av LOV och ersättningsystem

Utredningen ska med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsätt-

ningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Utredningen ska vidare utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utifrån formuleringarna i direktiven i övrigt har vi tolkat uppdraget i denna del som att det i första hand avser en översyn av vårdvalssystemen i primärvården, där LOV blev obligatorisk för landstingen att tillämpa i samband med vårdvalsreformen 2010. Vårdvalssystemen regleras samlad i hälso- och sjukvårdslagen (2017:39), förkortad HSL, och LOV. Det handlar alltså inte om att se över de valfrihetssystem inom andra delar av välfärden, som införts med stöd av LOV. Det handlar inte heller om att se över de valfrihetssystem inom den övriga hälso- och sjukvården, som införts med stöd av LOV och som ofta också benämns vårdval.

Vidare har vi tolkat uppdraget som en översyn i förhållande till måluppfyllelsen och alltså inte en nationell utvärdering av reformen, vilket utredningen inte haft resurser att genomföra. Vi har i hög grad utgått från befintliga data och analyser satt i relation till målen med reformen liksom de utgångspunkter som givits utredningen i direktiven. Till skillnad från tidigare arbeten försöker vi i föreliggande utredning gå längre i en samlad analys av vårdvalsreformen. Men påpekandet från flera andra rapporter, att det saknas en heltäckande utvärdering av vårdvalsreformen, kvarstår.

En fråga som stod i centrum för uppföljning under de första åren efter vårdvalsreformen var i vilken mån konkurrensneutralitet upprätthålls. Utredningen har inget uttalat uppdrag enligt direktiven att utreda denna fråga och har därmed av prioriteringsskäl valt att inte närmare fördjupa oss i frågan. Dessa frågor kan också komma att utredas vidare i annan ordning. I den sakpolitiska överenskommelsen mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna 2019 (den s.k. januariöverenskommelsen) anges att ”förslag kommer läggas för att säkerställa att alla aktörer inom välfärden oavsett driftform har likvärdiga villkor. [...] Konkurrensneutralitet ska råda mellan offentliga och fristående vårdgivare, såväl vad gäller ekonomiska villkor, en fungerande tillståndsgivning, som kvalitetskrav.”

Uppdraget om så kallade nätdoktorer

Redan i utredningens ursprungliga direktiv nämndes så kallade ”nätdoktorer” och att styrningen av dem, precis som för alla andra utförare i hälso- och sjukvården, ska utformas så att vården ges efter behov och på lika villkor:

Det är viktigt att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal.

Uppdraget gällande så kallade nätdoktorer breddades därefter genom ett tilläggsdirektiv, till att omfatta att analysera hur ett långsiktigt hållbart system kan skapas:

Utredaren får i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande principen om en behovsstyrd vård.

Uppdraget antyder att det finns en oro över hur styrningen av olika typer av utförare egentligen bidrar till behovsstyrd och jämlik vård. En rimlig fråga att oroa sig över med tanke på att styrsystem och ersättningssystem inte är utformade för den typen av aktörer och deras arbetssätt. I och med utomlänsvården har det uppstått ett parallellt ersättningssystem i svensk hälso- och sjukvård. Uppdraget visar också på en oro över att digital vård utförd av underleverantörer i annat landsting har dykt upp som en oväntad effekt av den lagändring som trädde i kraft 2015 som möjliggjorde för patienter att söka öppen vård över länsgränserna.

Digitala vårdtjänster har varit under utveckling länge och det är ett arbete som pågår i alla landsting och troligtvis inom varje vård-enhet. De nya aktörer som har dykt upp som nationella aktörer efter patientlagens ikraftträdande är särskilt viktiga att studera eftersom de verkar inom ett parallellt system jämfört med den ”traditionella vården”. Möjligheten att ta emot utomlänspatienter används systematiskt och nya aktörer kommer frekvent in på marknaden. Dessa aktörers väg in i vårdvalssystemen är inte via avtal med huvudmännen, utan genom avtal med vårdcentraler som i sin tur har avtal med en huvudman.

Utredningens arbete har bedrivits med fokus på digitala vård-tjänster ur ett bredare perspektiv än bara digital utomlänsvård. Givet uppdraget och de särskilda ramverk som gäller för digital utomlänsvård är det dock naturligt att det är främst digitala konsultationer i primärvård som analys och förslag kommer att fokusera på.

Uppdraget om inhyrd personal

I utredningens direktiv betonas att utredaren särskilt ska ”Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.”

Därutöver betonas i bakgrundstexterna att vårdcentraler belägna i vissa områden har särskilt svårt att erbjuda patienter en kontinuerlig vård. ”Vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks exempelvis ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård än vårdcentraler i socioekonomiskt starka områden. Läkarbemanningen är mer instabil i glesbygd och i socioekonomiskt svagare områden med mer vårdkrävande patienter.”

En del i uppdraget är alltså att göra en kartläggning av användandet av inhyrd personal i hälso- och sjukvården. En annan del är att lämna förslag på hur en mer kontinuerlig vård kan främjas genom minskat användandet av inhyrd personal. Förslagen kommer att fokusera på sådant som kan främja kontinuitet i vården, och alltså inte enbart på användandet av inhyrd personal. Utredningen avser också att utreda om det finns någon del av inhyrningsfrågan där det är av relevans att lägga fram förslag mer specifikt.

Fenomenet inhyrd personal har varit föremål för flera statliga utredningar sedan början av 1990-talet. Med denna utredning utreds frågan för första gången med fokus på just hälso- och sjukvården. Landstingen och SKL har arbetat med frågan i flera omgångar. Uppdraget kan ses som ett tecken på att regeringen ser att huvudmännen inte själva tycks kunna hantera frågan fullt ut.

Uppdraget om tillståndsprövning

I utredningens direktiv betonas att utredningen ska ”*Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).*”

Utredningen har utgått från analysen i nämnda utredningar och i övrigt i hög grad haft arbetssättet att diskutera med huvudmän och myndigheter på området vilket behov av tillståndsprövning som finns.

2.3.1 Avgränsningar

Ansvarsfördelning

Utredningen har haft till uppdrag att lämna förslag inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning. Flera av de frågor utredningen har i uppdrag att se över och lämna förslag kring rör nationella frågor, t.ex. nationell styrning, vårdutförare som arbetar nationellt och nationellt informationsutbyte. Trots detta håller sig utredningsarbetet och förslagen inom ramen för gällande ansvarsfördelning.

Statens styrning ingår i arbetet men har inte analyserats särskilt

Som vi konstaterar i delbetänkandet (SOU 2018:55) utövas styrningen av hälso- och sjukvården på flera nivåer samtidigt. Staten har ett övergripande systemansvar men flera utredningar har konstaterat att det är svårt för staten att styra i ett system där ansvaret i så stor utsträckning har delegerats till huvudmännen. Av tids- och resurs-skal har utredningen inte kunnat analysera statens styrning enskilt i förhållande till måluppfyllelse utan statens styrning ingår snarare i den samlade analysen i de olika delarna av utredningens uppdrag. En mer avgränsad analys av statens styrning i förhållande till jämlik vård pågår enligt uppgift till utredningen för närvarande inom ramen för ett projekt vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

Fokus ligger främst på primärvården

Utredningens uppdrag som avser översynen av vårdvalssystemen i primärvården och ersättningssystemen, liksom ett långsiktigt hållbart system för den digitala vården har en tydlig avgränsning till primärvården. Till stor del har vi därför behövt avgränsa våra analyser till primärvården. Det finns givetvis mycket att säga om måluppfyllelse och styrning även i andra delar av vården men det har inte kunnat inrymmas i utredningens arbete.

Den kommunala primärvården allt viktigare men omfattas inte av vårdvalssystemen

Även kommuner har ett ansvar som huvudmän för hälso- och sjukvård i särskilt boende. I samtliga län utom Stockholms län har kommunerna dessutom tagit över ansvaret för hemsjukvården från landstingen, vilket ytterligare bidragit till en utveckling mot en större vikt hos den kommunala hälso- och sjukvården. Den kommunala hälso- och sjukvården får ses som en del av den samlade primärvården.

Flera andra har konstaterat att styrningen av kommunernas hälso- och sjukvård är utomordentligt svag. I våra intervjuer och samråd med andra utredningar tecknas en bild av att kommunerna i låg grad ser sig som hälso- och sjukvårdshuvudmän och att mycket ansvar läggs på den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i en kommun. Det verkar också finnas en uppgivenhet där man kan vara medveten om utvecklingsbehoven men där det inte finns verktyg att på ett övergripande plan ”ta tag i” utmaningarna och där det är oklart hur detta ska prioriteras i förhållande till alla de andra ansvarsområden som primärkommunerna har.

De stora utmaningarna framåt verkar ligga i dels att kommuner hittar sätt att ta ett tydligare huvudmannaskap för den hälso- och sjukvård som de ansvar för, dels att landsting och kommuner hittar sätt att ta ett gemensamt ansvar för sammanhängande insatser till de personer som har behov av både vård och omsorg.

Samtidigt bör betonas att vårdvalssystemen i primärvården och obligatoriet *endast* avser den primärvård som landstingen ansvarar för. Våra överväganden om en förändrad styrning i de delarna får således ingen betydelse för kommunernas hälso- och sjukvård. När det gäller primärvården i stort får konstateras att utredningen Sam-

ordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har uppdraget att lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut (dir. 2017:97). För att undvika dubbelarbete mellan utredningarna har nu föreliggande utredning valt att inte ägna oss åt kommunernas hälso- och sjukvård.

Digitalisering i vården

Arbetet med utredningens uppdrag om så kallade nätdoktorer har bedrivits utifrån ett brett plan. Digitala verktyg är helt nödvändiga i vården och används i alla delar av vården och det är viktigt att så kallade nätdoktorer ses i ett större sammanhang. Givet den korta utredningstiden ligger fokus i förslagen också på just digitalt inriktade vårdgivare. Utredningen har inte sett som sin roll att komma med några visionära förslag kring digitalisering – det ser vi att de som ansvarar för vården, de som utför den och patienter gör bäst. Utredningen har bedömt att det område där vi kan tillföra mest rör frågor om infrastruktur och spelregler.

Nationella taxan

Utredningen har till uppdrag att kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård. Arbetet har främst avgränsats till primärvårdens ersättningssystem. Orsakerna till detta beskrivs i utredningens delbetänkande (SOU 2018:55). Därutöver lämnar utredningen inga förslag som rör lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi, den så kallade nationella taxan. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har uppdraget 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 den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppenvård, i samklang med de övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården (dir. 2018:90), För att undvika dubbel-

arbete mellan utredningarna har nu föreliggande utredning valt att inte ägna oss åt den nationella taxan.

Frågan om vinst och vinstbegränsning

Föreliggande utredning tillkom ungefär samtidigt som att regeringen lämnade propositionen *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet* (prop. 2017/18:159). Propositionen baseras på *Välfärdsutredningens* betänkande *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78). Det initiala namnet på föreliggande utredning, "Ordning och reda i vården", understryker sambandet. Propositionen skiljer sig från utredningen på en väsentlig punkt. Regeringen valde att exkludera företag verksamma inom hälso- och sjukvården från kraven på vinstbegränsning. I stället hänsköts frågan till föreliggande utredning, som dock kom att inkludera ytterligare att antal frågeställningar. Riksdagen avslög regeringens proposition i juni 2018.

I utredningens direktiv tas frågan om vinst upp huvudsakligen i sammanfattningen där det står: "En särskild utredare ges i uppdrag att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen." Direktiven nämner således varken vinstbegränsning eller vinsttak specifikt, utan använder i stället ordet vinstjakt. Vi ser att det senare anknyter till de problem som eventuellt kan uppstå vid alltför starkt fokus på ekonomistyrning och vinst.

Frågan om vinst har en mycket nära anknytning till styrning och ersättningssystem, vilka båda är centrala frågor i direktiven. I utredningens arbete har utformningen av styrning och ersättning inklusive förslag till åtgärder inom området varit prioriterade frågor. Även frågan om vad som är statens ansvar respektive landstingens ansvar i styrningen har behandlats. Utgångspunkten i detta arbete har varit styrning och ersättning som gagnar invånarna såväl i deras egenskap som potentiella patienter som skattebetalare. Utgångspunkten är också att skapa rimliga förutsättningar för alla utförare inom hälso- och sjukvården, såväl offentliga som privata, att fullgöra sitt uppdrag.

Det har stundtals framskymtat i debatten kring vinstbegränsning att utredningen skulle hantera frågan om vinst och vinstbegränsning

för företag verksamma inom hälso- och sjukvården. Men direktiven innehåller inga krav på att så ska ske och av skäl som angivits ovan är det varken lämpligt eller möjligt att hantera denna fråga separerad från övriga frågor som utredningen har att hantera.

Frågor om ägandestruktur

I betänkandet *Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden* (SOU 2017:15) noteras en pågående utveckling på apoteksmarknaden som innebär att apoteksaktörer erbjuder olika tjänster som ger konsumenter tillgång till läkare, sjuksköterska eller barnmorska i anslutning till öppenvårdsapotekets lokaler eller via internet. I betänkandet föreslås att Läkemedelsverket ges uppdrag att göra en översyn av reglerna om vem som får äga apotek och apotekens möjligheter att äga och samarbeta med vårdtjänstföretag. Det kan, beroende på hur ägandeförhållandena ser ut, finnas en risk för överförskrivning av läkemedel och att patienten inte får den mest ändamålsenliga behandlingen. Vidare skulle denna utveckling kunna påverka sjukvårdsutnyttjandet.

Den nu föreliggande utredningen har under arbetet fått många inspel om vikten av denna fråga och de risker vad gäller bl.a. patientsäkerhet som kan finnas på grund av intressekonflikter. Men mot bakgrund av förslaget i ovannämnda betänkande har vi inte ytterligare utrett frågan utan ställer oss bakom utredningens förslag.

Tillgänglighetsbegreppet

Utredningen har noterat att det finns risk för en viss begreppsförvirring när det gäller ordet tillgänglighet. Inom hälso- och sjukvården och i diskussioner om styrning av vården används begreppet normalt sett för att beskriva tillgången till vård, förekomsten av köer, öppettider, former för kontakt och avstånd till vården. Vilket även utredningen använder. Ur *funktionsvarierades* perspektiv används tillgänglighet oftast för att beskriva att vården ska vara tillgänglig på andra sätt, t.ex. fysiskt med hissar, trösklar, skyltning etc. som är anpassade för personer med funktionsvariation. Det har beskrivits för utredningen att det finns en stor ojämlikhet baserad på funktionsvariation som handlar om olika saker, däribland möjligheterna att få vård, svårigheter att kommunicera att man behöver vård eller att få

veta om att hjälp finns att få. Därutöver finns diskriminering av vissa grupper i vården. Utredningen har inte haft möjlighet att särskilt belysa detta perspektiv på tillgänglighet eller ojämlikhet.

Begreppet landsting

Samtliga landsting i Sverige kallar sig numera region efter att landstingen tagit över det regionala utvecklingsansvaret från länsstyrelserna. Men ännu har inte lagstiftningen, t.ex. hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), ändrats för att återspegla detta förhållande. För tydlighets skull har utredningen därför valt att i betänkandet fortsatt använda benämningen landsting. När enskilda landsting benämns vid namn använder dock utredningen de namn de antagit, vilket ofta inleds med "Region".

Privatfinansierad digital vård

Utredningen finner det relativt sannolikt att det i framtiden i Sverige, i likhet med i England, kommer uppstå en marknad för digital vård som ligger utanför offentlig finansiering. Det finns redan en expanderande marknad för privata sjukvårdsförsäkringar. I stor utsträckning kan dessa försäkringar ses som en försäkring för en hög tillgänglighet. Även digitala vårdtjänster handlar i hög grad om tillgänglighet varför det förefaller logiskt att se en koppling mellan privata försäkringar och en privat marknad för digitala vårdtjänster. Privata försäkringar tecknas framför allt via arbetsgivare. Likheter mellan försäkringar och digitala vårdtjänster jämte erfarenheterna från England talar för att arbetsgivare även i Sverige kan komma att tillhandahålla abonnemang på digitala vårdtjänster med förhoppning att kunna minska t.ex. sjukfrånvaro.

Det finns också ett ökande intresse för hälsa och kroppen och psykets funktioner. Med ett ökande intresse uppstår troligtvis också en betalningsvilja för att kunna "konsumera" mer vård.

För legitimiteten i systemet gentemot såväl befolkning – i sin egen skap av skattebetalare – som mot vården i sin helhet är det viktigt att det finns en gräns för det offentliga åtagandet och således för att komma i åtnjutande av offentlig finansiering.

I takt med att privatfinansierad verksamhet ökar måste dock staten och huvudmännen vara beredda på att det kan ha en inverkan på såväl kompetensförsörjningen i den offentligt finansierade vården, som det faktum att det leder till ökade möjligheter att konsumera vård för de individer som har råd.

Frågan är del av ett mycket större sammanhang och vi har inte kunnat se att den inryms i utredningens uppdrag.

2.4 Betänkandets struktur

Betänkandets struktur har delats in efter de olika specifika uppdrag som utredningen har haft att utreda. Varje central del av uppdraget har strukturerats så att området först beskrivs i minst ett kapitel, följt av ett analyskapitel. I varje analyskapitel presenteras alternativa vägar som utredningen har övervägt under arbetets gång.

Betänkandet inleds med de lagförslag utredningen lägger (kapitel 1). I kapitel 3 beskrivs och kommenteras de centrala målen för hälso- och sjukvården. I kapitel 4 analyseras gällande rätt.

I kapitel 5 och 6 beskrivs respektive analyseras vårdvalsreformen i primärvården. I kapitel 7 och 8 beskrivs och analyseras utomlänsvården som följde av patientlagen 2015. Därefter följer kapitel 9 och 10 med beskrivning respektive analys av digital vård inom primärvården. Dessa sex kapitel hänger tätt samman eftersom alla på ett eller annat sätt förhåller sig till vårdvalet inom primärvården och primärvårdens utveckling.

I kapitel 11 och 12 beskrivs och analyseras för- och nackdelar med tillståndsprovning i hälso- och sjukvården.

Kapitel 13–15 beskriver olika delar som rör inhyrning av personal i vården. Därefter analyseras frågan i kapitel 16.

I kapitel 17 presenteras utredningens förslag och rekommendationer. I kapitel 18 lämnas förslag till ikraftträdande. I kapitel 19 analyseras konsekvenser av utredningens förslag. Och slutligen ges en författningsskomentar i kapitel 20.

Utredningens fyra direktiv återfinns i bilaga 1–4. I bilaga 5 beskrivs den metod som har använts för analys som presenteras i kapitel 19. I bilaga 6 finns en sammanställning av den kartläggning av landstingens förfrågningsunderlag för vårdvalssystemen, som utredningen låtit göra under 2019.

3 Målen för hälso- och sjukvården

I detta avsnitt beskrivs målen för hälso- och sjukvården, som formuleras i hälso- och sjukvårdslagen. Motsvarande beskrivning finns i utredningens delbetänkande men eftersom vi bedömer att den är så viktig för utredningens arbete återges den även här i väsentliga delar. Det finns flera mål men utredningens direktiv innebär att vi särskilt ska beakta målen om vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I avsnittet beskrivs särskilt dessa båda mål men även övriga mål kommenteras kort.

3.1 Målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen

I 3 kap. 1 § HSL anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målen infördes i den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) mot bakgrund av behovet av att ”lägga fast mer översiktliga riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården” (prop. 1981/82:97 s. 26).

Målet att vården ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt motiven att det i princip ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Visserligen kommer det vara lättare för de som bor nära ett sjukhus eller en vårdcentral att få tillgång till vården än andra, men sådana skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar eller hänsyn till den medicinska säkerheten bör i möjligaste mån undanröjas.

Ett väsentligt inslag i detta uppgavs vara att *behovet* av hälso- och sjukvård ska styra möjligheterna att få vård, inom ramen för de ekonomiska resurser som huvudmannen förfogar över. Regeringen menade

att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurserna, ensamt ska vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär och anförde vidare:

Häri ligger också att vid prioritering mellan två patienter ska den som har det mest akuta behovet av vård ges företräde. Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av sådana förhållanden som ”ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet”. Inte heller väntetider får påverkas av sådana förhållanden.

(Prop. 1981/82:97)

Målet om vård på lika villkor brukar uttryckas som ett mål om *jämlig vård* och formuleringarna i motiven har tolkats som att vården ska infria *horisontell och vertikal rättvisa*. Med horisontell rättvisa avses att alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer, ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vertikal rättvisa innebär att personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård (se bl.a. SOU 2017:47, Vårdanalys 2014b, Culyer m.fl. 1993).

Det är samtidigt viktigt att betona att jämlig vård inte innebär att alla nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är att varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskilde patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen (prop. 1996/97:60). Men samtliga individer har samma rättighet att få sina behov uppfyllda eller tillgodosedda (DO 2012).

En viktig uppgift för hälso- och sjukvården blir enligt motiven att utreda hur skilda sociala förhållanden, som kan begränsa den enskildes möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning. Regeringen slog också fast att målet om vård på lika villkor innebär att vårdresurserna måste vara rättvist fördelade över landet, vilket förutsätter solidaritet mellan landstingen, till exempel vid fördelning av knappa personalresurser (prop. 1981/82:97).

Jämlig vård kan beskrivas ur många perspektiv

Det är viktigt att betona att alla skillnader som observeras i hälso- och sjukvården när det gäller vård, behandling och bemötande inte innebär att vården är ojämlig. Tvärtom kan vissa skillnader vara en förutsättning för jämlig vård genom att vården tar hänsyn till sjuk-

domens svårighetsgrad eller förekomsten av parallell läkemedelsbehandling och samsjuklighet. Det är när det uppstår *omotiverade* skillnader som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller behovsmässiga skillnader som vården är ojämlig (Vårdanalys 2014b).

3.2 Målet om att den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården

När det gäller frågan om hur man kan avgöra hur behovet av vård ska styra möjligheterna att få vård konstaterade Prioriteringsutredningen (SOU 1995:5) att det saknas närmare vägledning om hur prioriteringar kan göras bortsett från vissa mer övergripande ramar (se föregående avsnitt). Mot denna bakgrund infördes 1997 målet att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (nuvarande 3 kap. 1 § HSL). Samtidigt infördes målen om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. I motiven anförde regeringen att de grundläggande etiska principerna – människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen ska återspeglas i lagen (prop. 1996/97:60). Med dessa två grundläggande etiska principer samt kostnadseffektivitetsprincipen lade regeringen fast en ”plattform” för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Faktaruta 3.1 De grundläggande etiska principerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

Människovärdesprincipen: Principen är grundläggande för hela samhället samt den viktigaste principen inom hälso- och sjukvården. Att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan.

Behovs-solidaritetsprincipen: Att alla har lika rätt och lika värde räcker inte som grund för prioriteringar i vården. För att i en prioriteringssituation kunna avgöra vilka som ska få vård krävs något

mer än människovärdesprincipen. Behovs-solidaritetsprincipen ska, tillsammans med människovärdesprincipen, ligga till grund för prioriteringar. Det innebär till exempel att resurserna ska satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst och om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder, ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.

Kostnadseffektivitetsprincipen: Principen är underordnad de föregående principerna och innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och målet om kostnadseffektivitet när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort (se nästa avsnitt).

Källa: Prop. 1996/97:60.

Det bör betonas att det som avses med behov är *de medicinska behov som vården bedömer att en patient har*. Det kan givetvis finnas olika uppfattningar om behovet hos den enskilde patienten och vårdgivaren. I motiven betonade regeringen att respekten för patientens självbestämmande och integritet är mycket betydelsefull men som underlag för prioriteringar har självbestämmandet begränsat värde. Regeringen anförde vidare:

Att göra åtskillnad mellan behov och efterfrågan är också viktigt. I motsats till behov, som kan vara både omedvetna och icke uttryckta, är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas som hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns behov av. Det kan exempelvis bero på att den vårdsökande har felaktiga förväntningar på vården. Behovs-solidaritetsprincipen kan på så vis komma i konflikt med efterfrågeprincipen. Ett tillämpande av efterfrågeprincipen skulle kunna innebära att individer med sämre förmåga att ta för sig kommer i kläm, vilket kan äventyra principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Liksom utredningen anser vi att man inte helt kan bortse från efterfrågan och människans egna önskningar men att dessa inte kan utgöra grund för prioriteringar.

(Prop. 1996/97:60)

Mot bakgrund av den etiska plattformen lade regeringen fram riktlinjer för prioriteringar exemplifierade med fyra breda prioriteringsgrupper för vården:

- **Prioriteringsgrupp I:** Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede, vård av människor med nedsatt autonomi.
- **Prioriteringsgrupp II:** Prevention, habilitering/rehabilitering.
- **Prioriteringsgrupp III:** Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
- **Prioriteringsgrupp IV:** Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Prioriteringsgrupperna är inte styrande. De ska i stället ses som rekommenderade prioriteringar för vården vilket innebär att det inte finns något lagligt hinder för att det kan skilja sig åt mellan landsting beträffande vilka sjukdomar eller vilka tillstånd som behandlas och vilka metoder som står till buds om behandlingen väl ska ges (Socialstyrelsen 2011a). Landstingen har även möjlighet att dra upp riktlinjer som styr huruvida behandlingar ska erbjudas. Landstingen har, inom ramen för ovan nämnda principer och rekommenderade prioriteringar, ett finansiellt och planeringsmässigt självbestämmande som utgår från de resurser som bestäms på den politiska nivån.

3.3 Övriga mål för hälso- och sjukvården

Utöver målen om vård på lika villkor och efter behov finns flera andra mål för hälso- och sjukvården. Några av dessa anges direkt i lagen men därutöver finns flera indirekta mål som på olika följor av politiska prioriteringar, särskilt hos huvudmännen.

Målet om en god hälsa för hela befolkningen

När det gäller målet om en god hälsa för hela befolkningen angavs i motiven att målet förutsätter åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för individen. Det

förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön och därmed en god hälso-politisk planering. Den enskilde individens medverkan i vården av den egna hälsan är också av den största betydelse. Samhället måste stärka den enskildes möjligheter att ta aktivt ansvar för sin hälsa (prop. 1981/82:97).

Målen om respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet

Dessa mål anknyter till människovärdesprincipen, som lades fast i den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Målen återspeglar endast principen (se faktaruta 3.1).

Målet om kostnadseffektivitet

I 4 kap. 1 § HSL anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Bestämmelsen fick delvis en ny utformning i den nya HSL men vid införandet av bestämmelsen 1997 underströks att det är angeläget att resurserna inom hälso- och sjukvårdsverksamhet används på ett så effektivt sätt som möjligt (prop. 1995/96:176 s. 54 f.). Som motiv till bestämmelsen anfördes bl.a. att hälso- och sjukvården till övervägande del är finansierad med allmänna medel, vilka ska användas på bästa möjliga sätt. Regeringen framförde också att det är ytterst angeläget att sjukvården strävar efter en hög kostnadseffektivitet när det gäller vårdens verksamhet i allmänhet. En sådan kostnadseffektivitet för verksamheten i stort kan till exempel uppnås genom bättre samordning mellan olika enheter, ändrade bemannings-scheman, eller ökad beläggning av lokaler (prop. 1996/97:60).

Andra mål förekommer

Regeringen anger målen för hälso- och sjukvårdspolitiken

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig

(prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Regeringen anger följande i anslutning till målet.

En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där också behovens storlek styr vårdens prioriteringar. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också kunna delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden för en patientcentrerad vård. [...]

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen och en förlängning av det övergripande jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv.

(prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9)

Mer specifika målsättningar finns även för särskilda områden och insatser, vilka bidrar till det övergripande målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Inom ramen för olika författningar finns ytterligare mål för hälso- och sjukvården och dess olika verksamheter.

Landstingen anger egna mål i sin övergripande styrning

I landstingens styrning på övergripande nivå, bl.a. genom den så kallade "landstingsplanen", anges många gånger egna, ytterligare mål för verksamheten (SOU 2016:2). Det kan till exempel vara mål som "nöjda patienter" eller "budget i balans" eller olika typer av förbättringsmål.

4 Gällande rätt

4.1 Patientsäkerhet

4.1.1 Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Av 1 kap. 1 § patientsäkerhetslagen framgår att lagen syftar till att *främja hög patientsäkerhet* inom hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet.

Med hälso- och sjukvård avses i lagen verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen, tandvårdslagen, lagen om omskärelse av pojkar och verksamhet inom detaljhandel med läkemedel enligt lagen om handel med läkemedel (se 1 kap. 2 §).

Vårdgivare som omfattas av lagens tillämplighet avgränsas enligt 1 kap. 3 § till:

statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för, samt annan juridisk eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

I 1 kap. 4 § definieras vad som avses med *hälso- och sjukvårdspersonal* och då omfattas

1. den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården
2. personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter,
3. den som i annat fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare,
4. apotekspersonal som tillverkar eller expedierar läkemedel eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande, och
5. personal vid Giftinformationscentralen som lämnar råd och upplysningar

6. personal vid larmcentral och sjukvårdsrådgivning som förmedlar hjälp eller lämnar råd och upplysningar till vårdsökande.

Vid tillämpning av första stycket 1 och 3 jämföras med legitimerad yrkesutövare den som enligt särskilt förordnande har motsvarande behörighet ...

I 1 kap. 5 § definieras vad som avses med *vårdskada*¹, respektive *allvarlig² vårdskada*.

Av 1 kap. 6 § framgår att med *patientsäkerhet* avses i lagen *skydd mot vårdskada*.

Skyldighet för vårdgivare att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

Enligt 3 kap. 1 § har vårdgivaren skyldighet att *planera, leda och kontrollera verksamheten* på ett sätt som leder till att *kravet på god vård* i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen 1985:125 *upprätthålls*. Vidare är vårdgivaren, enligt 3 kap. 2 §, skyldig att vidta de åtgärder som behövs för att *förebygga* att patienter drabbas av vårdskador och ska *utreda händelser i verksamheten* som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada (se 3 kap. 3 §). Vårdgivaren ska också ge patienterna och deras närstående möjlighet att *delta* i patientsäkerhetsarbetet (3 kap. 4 §).

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska, enligt 3 kap. 5 §, *anmälas* av vårdgivaren till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Enligt 3 kap. 9 § har vårdgivaren också en *dokumentationsskyldighet* för hur det *organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat* inom verksamheten och ska varje år upprätta en *patientsäkerhetsberättelse* av vilken ska framgå

1. hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under föregående år,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten, och
3. vilka resultat som har uppnåtts.

¹ Med vårdskada avses "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården."

² Med allvarlig vårdskada avses "vårdskada som 1. är bestående och inte ringa, eller 2. har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit."

Denna berättelse ska hållas tillgänglig för den som önskar ta del av den (se 3 kap. 10 §).

I kapitlen 4–5 regleras behörighetsfrågor, legitimation för hälso- och sjukvårdspersonal och vissa begränsningar för andra än hälso- och sjukvårdspersonal att vidta vissa hälso- och sjukvårdande insatser, medan kapitel 6 reglerar skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

Tillsyn över hälso- och sjukvården

I kapitel 7 finns bestämmelser om IVO:s *tillsyn*, under vilken hälso- och sjukvården och dess personal står (7 kap. 1 §). Under denna tillsyn står också den som, utan att bedriva sjukvård, tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården avseende provtagning, analys eller annan utredning som utgör ett led i bedömningen av en patients hälsotillstånd eller behandling (7 kap. 2 §). Tillsynen innebär (se 7 kap. 3 §)

granskning av att den verksamhet och den personal som avses i 1 och 2 §§ uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Tillsynen riktar sig främst på *granskning* av att *vårdgivaren fullgör sina skyldigheter* enligt 3 kapitlet. I 3 § sista stycket regleras också att föreläggande enligt 20 och 24 §§ samt förbud enligt 26–28 §§ endast får användas när verksamheten inte uppfyller krav som framgår av lagar och andra föreskrifter.

Inom ramen för tillsynen ska IVO lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälpas, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen, och informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 §). Även patienter och deras anhöriga ska höras inom ramen för tillsynen, om det inte är olämpligt eller obehövt (7 kap. 4 a §). Barn ska också ha möjlighet att komma till tals enligt 7 kap. 5 §, förutsatt att det kan antas att barnet inte tar skada av ett sådant samtal. Ytterligare innehåll vad gäller anmälningar³ från vårdgivare, klagomål⁴, initiativärenden⁵ samt övriga befogenheter⁶

³ Se 7 kap. 8–9 §§ PSL.

⁴ Se 7 kap. 10–18 §§ PSL.

⁵ Se 7 kap. 19 § PSL.

⁶ Se 7 kap. 20–22 §§ PSL.

som IVO har i samband med tillsynen över hälso- och sjukvården⁷ och dess personal⁸, framgår av resterande bestämmelser i 7 kapitlet.

I kapitel 8 regleras bl.a. frågor om prövotid och återkallelse av legitimation. Kapitel 9 reglerar handläggning m.m. i Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och av kapitel 10 framgår vad som gäller vid överklaganden, straffbestämmelser m.m.

4.2 Vårdvalssystem och valfrihetssystem

4.2.1 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen

Vad som utgör ett *vårdvalssystem* definieras i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Av bestämmelsens första stycke framgår att en *patient* kan

- *välja utförare* av hälso- och sjukvårdstjänster samt
- *få tillgång till och välja fast läkarkontakt*

medan *landstinget*, å sin sida, har skyldighet att *organisera primärvården* så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård, kan göra ett sådant val.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska vidare, enligt bestämmelsens andra stycke, *utforma vårdvalssystemet* så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

Av tredje stycket framgår att när landstinget har beslutat att införa ett vårdvalssystem, ska lagen om valfrihetssystem (2008:962) förkortad LOV, tillämpas. Det är dock inte bara vårdgivare som deltagit i förfarande enligt LOV som kan ingå i vårdvalssystemet eftersom landstingen kan – som komplement till ett LOV-förfarande – teckna avtal med olika parter efter traditionell entreprenadupphandling av

⁷ Åtgärder mot vårdgivare (se 7 kap. 23–28 §§ PSL).

⁸ Åtgärder mot hälso- och sjukvårdspersonal samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (se 7 kap. 29 § resp. 30 § PSL).

driften av en verksamhet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU.

När det gäller konkurrensneutraliteten i LOV- respektive LOU-förfarande framgår vidare följande av förarbetena (prop. 2008/09:74 s. 52).

För att uppnå konkurrensneutralitet mellan den LOU-upphandlade drift-entreprenaden och vårdgivare som godkänns enligt LOV kan landstinget i LOU-upphandlingen inte ange några volymgarantier. Vidare ska den ekonomiska ersättningen framgå av förfrågningsunderlaget. I situationer där exempelvis ett landsting vill konkurrensutsätta egenregiverksamhet i ett visst geografiskt område där ingen privat vårdgivare ansökt om att få etablera sig vid förfarandet enligt LOV kan, som påpekats ovan, landstinget dock erbjuda bättre ekonomiska villkor till den LOU-upphandlade verksamheten än till en utförare som tecknat kontrakt efter att ha godkänts enligt LOV. Inom ett vårdvalssystem kan det förutom privata utförare, som tecknat kontrakt enligt LOV eller LOU, finnas vårdgivare inom landstingets egen regi. Samtliga dessa ska patienterna således kunna välja som utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.

Sammanfattningsvis ingår i konstruktionen av 7 kap. 3 HSL *skyldigheter* och *ansvar för landsting* gentemot såväl *utförare* – att de *behandlas lika om ej skäl finns för annat* i samband med upphandling av ett vårdvalssystem – som gentemot *patienter* vilka åtnjuter rätten att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt möjligheten att få tillgång till och välja fast läkarkontakt. I och med formuleringen ”få tillgång till” torde det, förutom landstingens ansvar att organisera primärvården på ett enligt bestämmelsen ändamålsenligt sätt, däri också ingå skyldigheten att se till att förutsättningar finns för att fast läkarkontakt erbjuds de patienter som väljer en fast läkarkontakt. I praktiken följer med detta också skyldigheten för landstinget att *invätta ersättningssystem* till utförare inom vårdvalet så att ersättningen kan följa patientens val.

4.2.2 Valfrihetssystem enligt LOV

Av 1 kap. 1 §, första stycket LOV framgår att lagen ska tillämpas ”när en upphandlande myndighet beslutat att tillämpa valfrihetssystem vad gäller tjänster inom hälsovård och socialtjänster”⁹. I bestämmelsens andra stycke regleras att

med valfrihetssystem enligt denna lag avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat avtal med ...

Det i 7 kap. 3 § HSL reglerade vårdvalssystemet definieras således som ett ”*valfrihetssystem*” i 1 kap. 1 § LOV.

Olika begrepp och definitioner

I HSL används bl.a. begreppen ”landsting”, ”patient” och ”utförare” i beskrivningen av vårdvalssystem och, som ovan nämnts, vilka rättigheter och skyldigheter aktörerna har. Beskrivningen av valfrihetssystemet i LOV utgår däremot från begreppen ”enskild”, ”leverantör”¹⁰/ ”sökande” och ”upphandlande myndighet” (då valfrihetssystem inte enbart tillämpas på hälso- och sjukvård utan även avseende exempelvis tjänster inom socialtjänsten.

Med *upphandlande myndighet* enligt LOV (se 2 kap. 7 §) avses en kommunal myndighet med vilken 1) beslutande församlingar i kommuner och landsting, 2) offentligt styrda organ som avses i 5 §¹¹, 3) sammanslutningar av en eller flera myndigheter enligt första stycket eller församlingar enligt 1, och 4) sammanslutningar av flera organ enligt 2, ska jämföras.

⁹ 1 kap. 1 § LOV: Denna lag gäller när en upphandlande myndighet beslutat att tillämpa valfrihetssystem vad gäller tjänster inom hälsovård och socialtjänster, som omfattas av CPV-kod 79611000-0 eller 85000000-9 till 85323000-9 enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EEG) nr 2195/2002 av den 5 november 2002 om en gemensam terminologi vid offentlig upphandling, i lydelsen enligt Europeiska kommissionens förordning (EG) nr 213/2008. Lagen gäller dock inte tjänster som omfattas av CPV-kod 85311300-5, 85321000-5 eller 85322000-2.

¹⁰ Med *leverantör* avses den som på marknaden tillhandahåller tjänster som avses i 1 kap. 1 § första stycket. Med *leverantör* avses också en grupp av leverantörer” (2 kap. 3 § LOV).

¹¹ Med *offentligt styrda organ* enligt 2 kap. 5 § LOV avses ”sådana bolag och stiftelser som tillgodoser behov i det allmännas intresse, under förutsättning att behovet inte är av kommersiell karaktär, och 1) som till största delen finansieras av en kommun, ett landsting eller en upphandlande myndighet, 2) vars verksamhet står under kontroll av en kommun, ett landsting eller en upphandlande myndighet, eller 3) i vars styrelse eller motsvarande ledningsorgan mer än hälften av antalet ledamöter är utsedda av en kommun, ett landsting eller en upphandlande myndighet”.

Principer för valfrihetssystem

Principerna för ett valfrihetssystem, när detta tillämpas, fastställs i författning i 1 kap. 2 §. Den upphandlande myndigheten har då att behandla leverantörer på ett *likvärdigt och icke-diskriminerande sätt* och ska iaktta principerna om *öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet*. Samma principer gäller för upphandling enligt LOU (se nedan).

En vägledning av principernas närmare innebörd när det gäller tillämpningen av LOV, finns utgiven av Konkurrensverket (2014)¹². Av vägledningen beskrivs dessa enligt följande:

Icke diskriminering

Principen om icke-diskriminering innebär att det är förbjudet att direkt eller indirekt diskriminera en utförare på grund av faktorer som nationalitet eller etableringsort. Landstinget eller kommunen får alltså inte ställa krav som enbart svenska eller den egna ortens företag kan känna till eller utföra

Likabehandling

Principen om likabehandling innebär att alla utförare ska ges samma förutsättningar. Alla utförare måste till exempel få tillgång till samma information samtidigt, så att ingen utförare får ett övertag.

Ömsesidigt erkännande

Principen om ömsesidigt erkännande innebär att intyg och certifikat, på exempelvis examen för sjuksköterskor och läkare, som har utfärdats av en medlemsstats behöriga myndigheter ska gälla också i övriga EU- och EES-länder.

Proportionalitet

Proportionalitetsprincipen innebär att kraven på utföraren och tjänsten måste ha ett naturligt samband och stå i rimlig proportion till det som ska upphandlas. De krav som ställs ska vara både lämpliga och nödvändiga för att uppnå syftet. Om det finns flera alternativ för att uppnå samma mål bör det alternativ väljas som är minst belastande för utföraren.

¹² Se Lagen om Valfrihetssystem (LOV), Vägledning för utförare, Konkurrensverket 1 (2014) s. 4.

Öppenhet

Principen om öppenhet (transparens) innebär att landstinget och kommunen är skyldiga att skapa öppenhet och lämna information om valfrihetssystemet och det praktiska tillvägagångssättet vid denna. Förfrågningsunderlaget, som i vissa landsting även kallas ”regelbok”, ska vara förutsägbart, dvs. klart och tydligt formulerat och innehålla samtliga krav som ställs.

Förfarandet enligt LOV

En upphandlande myndighet som beslutat att inrätta eller förändra ett valfrihetssystem, har enligt 3 kap. 1 § skyldighet att *annonsera* ett s.k. *förfrågningsunderlag* som, tillsammans med annonsen, ska finnas tillgängligt på en *nationell webbplats* som har upprättats för detta ändamål. Sådan annonsering ska *ske löpande* (3 kap. 2 §). Enligt 2 kap. 1 § utgör förfrågningsunderlaget ”sådan underlag för ansökan om att delta i ett valfrihetssystem som en upphandlande myndighet tillhandahåller.”

Grunderna för den *ekonomiska ersättningen* till en leverantör ska framgå av förfrågningsunderlaget (4 kap. 1 §). Det är således i praktiken upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning. Vidare får den upphandlande myndigheten

ställa särskilda sociala, miljömässiga och andra villkor för hur ett kontrakt ska fullgöras.

Samtliga villkor måste framgå antingen av annonsen om valfrihetssystem eller finnas i förfrågningsunderlaget (4 kap. 2 §). Däri ska bl.a. även framgå på vilket sätt ansökan ska ges in (3 §) och inom vilken tid beslut om godkännande kommer att fattas (4 §).

*Rätt att få delta i ett valfrihetssystem samt tillgång till andra företags kapacitet*¹³

Rätten att få delta i ett valfrihetssystem regleras i 5 kap. 1 § varav framgår att såväl *fysiska eller juridiska personer, antingen var för sig eller tillsammans med andra* leverantörer, kan lämna in en ansökan. Upphandlande myndighet har därmed inte rätt att ställa krav på särskild

¹³ Jfr 14 kap. lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) gällande kvalificeringskrav (1–5 §§) samt möjlighet att åberopa andra företags kapacitet (6–8 §§). Här kan även jämföras de särskilda reglerna om underentreprenad och underleverantörskontrakt i 14 kap. lagen (2011:1029) om upphandling på försvars- och säkerhetsområdet (LUFS).

juridisk form för att få lämna en ansökan, men ett sådant krav kan ställas när leverantören väl blivit *tilldelad kontraktet* om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt. Enligt 5 kap. 2 § får en sökande

vid behov åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet i ansökan. Sökanden ska tillhandahålla ett åtagande från företagen i fråga eller på annat sätt kunna visa att han eller hon kommer att förfoga över nödvändiga resurser när kontraktet ska fullgöras.

Denna bestämmelse möjliggör således samarbete med andra leverantörer för utförande av de avtalade tjänsterna.

Motsvarande bestämmelser vad gäller samarbete mellan leverantörer återfinns även i LOU när det gäller rätten att få delta i en offentlig upphandling. I 4 kap. 5 § LOU regleras att en grupp av leverantörer får delta i en upphandling och att upphandlande myndighet inte får ställa upp villkor på att en sådan grupp ska ha en viss juridisk form vid anbudsansökan men väl efter tilldelning av kontraktet för att fullgöra kontraktet på ett tillfredsställande sätt. I samma bestämmelse i LOU finns dock, till skillnad från LOV, ytterligare bestämmelser om att den upphandlande myndigheten, i upphandlingsdokumenten får ange villkor för hur en grupp av leverantörer ska uppfylla kraven på ekonomisk och finansiell ställning enligt vissa bestämda regler, eller på teknisk kunskap och yrkeskunskap om objektiva skäl berättigar detta. Även särskilda villkor får ställas om hur en grupp leverantörer ska fullgöra kontraktet om det är berättigat av objektiva skäl.

Det finns dock i detta sammanhang ingen definition av vad som avses med *underleverantör* enligt vare sig LOV eller LOU.¹⁴

Grunder för uteslutning¹⁵ av sökande

I 7 kapitlet anges grunderna för när en sökande kan uteslutas av den upphandlande myndigheten och således går miste om att delta i ett utannonserat valfrihetssystem. Av 7 kap. 1 § framgår att detta kan ske om den sökande:

¹⁴ Däremot finns utförliga bestämmelser om underentreprenadkontrakt och krav på dessa i lag (2011:1029) om upphandling inom försvars- och säkerhetsområdet (LUFSS).

¹⁵ Jfr 13 kap. LOU gällande uteslutning av leverantörer.

1. är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord eller tills vidare har inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud.
2. är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, ackord eller annat liknande förfarande,
3. genom lagakraftvunnen dom är dömd för brott som avser yrkesutövningen,
4. har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlande myndigheten kan visa detta,
5. inte har fullgjort sina åliggande avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i hemlandet eller annan stat inom EES-området, eller
6. i något väsentligt hänseende har låtit bli att lämna begärda upplysningar eller lämnat felaktiga upplysningar som begärts med stöd av denna paragraf.

Enligt andra stycket får *sökanden uteslutas* om en företrädare för den juridiska personen – under förutsättning att sökanden är en juridisk person – har *dömts för brott* enligt punkten 3 eller gjort sig skyldig till ett allvarligt fel enligt punkten 4.

Den upphandlande myndigheten får begära att en sökande *visar* att det *inte finns grund för uteslutning* enligt punkterna 1–3 och 5 (se 7 kap. 1 §, tredje stycket). *Bevisning* i form av utdrag ur officiellt register eller annan likvärdig handling¹⁶ och intyg från behörig myndighet¹⁷ ska därvid godtas av den upphandlande myndigheten (se 7 kap. 2 §¹⁸).

Godkännande och kontrakt

Alla leverantörer som således uppfyller kraven i annonsen och förfrågningsunderlaget och som inte uteslutits enligt 7 kap. 1 §, ska *godkännas* (8 kap. 1 §).

Av 8 kap. 2 § följer att underrättelse ska lämnas snarast möjligt, hur detta ska gå till samt hur eventuell rättelse kan sökas av en leverantör

¹⁶ För förhållanden som avses i 7 kap. 1 §, första stycket, punkterna 1–3 LOV.

¹⁷ För förhållanden som avses i 7 kap. 1 §, första stycket, punkten 5 LOV.

¹⁸ Vad som kan ersätta sådana utdrag eller intyg om sökanden har utländsk hemvist eller vad som gäller om sökanden är registrerad i officiell förteckning över godkända leverantörer inom EES regleras i bestämmelsens andra och tredje stycke.

som inte blivit godkänd. *Kontrakt* ska därefter tecknas utan dröjsmål efter ett godkännande (8 kap. 3 §). I förarbetena (se prop. 2008/09:29 s. 87 ff.) till dessa bestämmelser anges följande.

Den stora skillnaden mellan ett valfrihetssystem enligt LOV och en traditionell upphandling enligt LOU är att det i ett valfrihetssystem inte föreligger en konkurrenssituation mellan leverantörerna vid tidpunkten för tilldelningsbeslut. I ett valfrihetssystem enligt LOV får alla leverantörer som godkänts teckna kontrakt med den upphandlande myndigheten om de skickat in en ansökan och uppfyller kraven. Tilldelningskriterierna ”ekonomiskt mest fördelaktiga” eller ”lägsta pris” finns inte i lagen om valfrihetssystem. Konkurrenssituationen mellan leverantörerna uppstår i stället efter att kontrakt har tecknats och den pågår löpande under hela avtalsperioden. Det är inte fråga om en priskonkurrens mellan leverantörerna, priset fastställs i stället av den upphandlande myndigheten i förfrågningsunderlaget. Valfrihetssystemet medför således att det uppstår en kvalitetskonkurrens i brukar- eller patientledet. Den enskilde brukaren ges makt och möjlighet att bestämma vad som är god kvalitet genom att välja den utförare som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten.

... I vissa kommuner har begrepp som certifiering och ackreditering använts i samband med att leverantörer godkänts som utförare. Dessa begrepp återfinns inte i lagen om valfrihetssystem, eftersom det kan leda till missförstånd. Styrelsen för ackreditering och teknisk kontroll (SWEDAC) är nationellt ackrediteringsorgan och ansvarar för kontrollfrågor enligt lagen (1992:1119) om teknisk kontroll. Detta innebär att SWEDAC kompetensprövar verksamheter som utför analys, provning, kalibrering, certifiering, kontroll och besiktning. Någon ackreditering eller certifiering av detta slag är det inte fråga om i valfrihetssystemet.

När den upphandlande myndigheten fattat beslut huruvida en sökande ska få delta i valfrihetssystemet ska den upphandlande myndigheten snarast möjligt lämna skriftliga upplysningar till sökanden om beslutet och skälen för detta. Om en sökande inte godkänts är det viktigt att den upphandlande myndigheten i beslutet anger varför sökanden inte godkänts. Den sökande måste ges en rimlig möjlighet att förstå orsaken till beslutet. Om en leverantör gör bedömningen att ett krav som den upphandlande myndigheten ställt står i strid mot reglerna i lagen, kan denne, oavsett om leverantören är sökande eller inte, begära rättelse hos allmän förvaltningsdomstol.

Om en sökande får vetskap om vilka krav sökanden inte uppfyller, kan sökanden se till att uppfylla dem i framtiden och komma in med en ny ansökan. Det är viktigt att leverantörer ges möjlighet att förstå vad som krävs för att de ska uppfylla kraven. Om en sökande anser sig uppfylla kraven men den upphandlande myndigheten gör en annan bedömning har den sökande en möjlighet att begära rättelse hos allmän förvaltningsdomstol (se avsnitt 7).

Eftersom regeringen gör bedömningen att tilldelningen av kontrakt enligt LOV är att betrakta som en tjänstekoncession är det inte nöd-

vändigt att införa bestämmelser om efterannonsering. Bestämmelsen om efterannonsering medför, som vissa remissinstanser påpekat, en del tolkningsproblem varför regeringen väljer att inte föreslå att en sådan bestämmelse införs i LOV. Resultatet behöver därför inte meddelas EU-kommissionen.

Även om en kommun eller ett landsting beslutat sig för att införa ett valfrihetssystem enligt LOV, kan den upphandlande myndigheten besluta att ändra beslutet eller att avbryta valfrihetssystemet. Om den upphandlande myndigheten ännu inte godkänt sökanden måste sökanden få information om att förfarandet avbrutits. Om parterna däremot ingått avtal och den upphandlande myndigheten av någon anledning vill häva avtalet, t.ex. på grund av önskemål från en ny politisk majoritet eller att den upphandlande myndigheten inte är nöjd med de stöd-, vård- eller omsorgsinsatser som tillhandahålls, gäller vanliga civilrättsliga regler om hävning av avtal utifrån vad som följer av avtalet mellan parterna. Om en upphandlande myndighet som infört ett valfrihetssystem vill avveckla detta måste den upphandlande myndigheten fatta ett principbeslut om att avveckla valfrihetssystemet och därefter säga upp avtalen med befintliga leverantörer. Den upphandlande myndigheten riskerar dock i sådana fall att bli skadeståndsskyldig om uppsägningen inte reglerats i kontraktet.

Information, ickevalsalternativ, rättelse m.m.

I 9 kapitlet regleras skyldigheter för upphandlande myndighet att såväl informera enskilda som samtliga leverantörer som ingår i valfrihetssystemet. Informationen ska vara *saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig* (9 kap. 1 §). För enskilda som inte väljer leverantör ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett *ickevalsalternativ* (9 kap. 2 §).

Vad som gäller vid *rättelse* – om en leverantör (som inte har godkänts) gör gällande att den upphandlande myndigheten brutit mot någon bestämmelse i LOV – framgår av 10 kap. 1 och 2 §§.

Närmare bestämmelser om *behörig domstol, förbud mot överklagande, skadestånd* samt *undantag* regleras i kapitlets 3–6 §§. Vad som gäller vid *tillsyn över valfrihetssystem* framgår av 10 kap. 7–9 §§.

4.2.3 Valfrihet för patienten enligt patientlagen

Möjlighet att välja utförare

Förutom definitionerna av vårdvalssystem i HSL och valfrihetssystem i LOV, regleras möjligheten för en *patient att välja utförare* även i patientlagen (2014:821), förkortad PL.

Av 9 kap. 1 § PL framgår att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom detta landsting, ska få möjlighet att *välja utförare av offentligt finansierad öppen vård*. Vad som utgör öppen vård framgår av 2 kap. 5 § HSL.

Med öppen vård avses i denna lag annan hälso- och sjukvård än sluten vård.¹⁹

Primärvården är en del av den öppna vården. Den vård som således i dag inkluderas i patientens valmöjligheter – i enlighet med 9 kap. 1 § PL – utgörs av val av utförare inom *primärvård och specialiserad öppenvård* som därmed inte kräver intagning i vårdinrättning (t.ex. dagkirurgi), som bedrivs antingen i landstingets egen regi, hos privat vårdgivare som har avtal²⁰ med landstinget, eller hos vissa andra privata utförare.²¹

Möjlighet att välja fast läkarkontakt

Möjligheten för patienten att få välja *fast läkarkontakt* inom primärvården regleras, förutom i definitionen av vårdvalssystemet i 7 kap. 3 § HSL också i 6 kap. 3 § PL.

Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.

Enligt kommentaren²² gäller denna bestämmelse enbart hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs med *landstinget som huvudman*. Bestämmelsens formulering om valmöjligheten av fast läkarkontakt

¹⁹ Av 2 kap 4 § HSL framgår att ”med sluten vård avses i denna lag hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.”

²⁰ Med avtal avses här såväl vårdvalsavtal enligt (8 kap. 1–3 §§) LOV samt vårdavtal enligt (2016:1145) LOU.

²¹ Avser privata utförare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

²² Se kommentar till 6 kap. 3 § PL.

skiljer sig åt från den i 7 kap. 3 § HSL (se ovan), i vilken landstingen också bedöms ansvara för att sådan möjlighet kan tillgodoses patienten.

Möjlighet att välja fast vårdkontakt

I 6 kap. 2 §²³ regleras att en *fast vårdkontakt* (jfr fast läkarkontakt) ska utses för patienten

- om patienten begär det, eller
- om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Huruvida en fast vårdkontakt ska utses, beror således enligt denna konstruktion, antingen på patientens val eller på vårdgivarens bedömning. Till skillnad från möjligheten att välja fast läkarkontakt, har alltså även vårdgivaren i denna bestämmelse givits ett inflytande som grundar sig på patientens behov.

Möjlighet att välja utförare i annat landsting

Att landsting ska erbjuda öppen vård till patienter som omfattas av annat landstings ansvar²⁴ (s.k. utomlänsvård) framgår av 8 kap. 3 § HSL²⁵ (se avsnitt 4.3).

Patientens rätt till information om valfribetsalternativ

Enligt 3 kap. 2 § PL²⁶ ska *patienten få information* om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

²³ Jfr med 6 kap. 3 § PL och 7 kap. 3 § HSL som möjliggör val av *fast läkarkontakt*.

²⁴ Vilken personkrets som omfattas av detta ansvar framgår av (8 kap. 1–2 §§) HSL och av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och av lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

²⁵ Vårdgarantin gäller endast i patientens hemlandsting men i övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.

²⁶ Jfr 9 kap. 1 § LOV gällande den upphandlande myndighetens informationsansvar gentemot enskilda. Jfr även förslag till ändring i 3 kap. 2 § PL gällande ett förtydligt informationskrav gentemot patienten om tillgång till och val av fast läkarkontakt i betänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) s. 376 ff.

2. möjligheten att få en ny medicinsk behandling och en fast vårdkontakt,
3. vårdgarantin, och möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Enligt Konkurrensverkets vägledning från 2014²⁷ har landstingen och kommunerna ett *stort informationsansvar* för att *stödja den enskilde* i dennes val av utförare. Informationen som ska lämnas om samtliga godkända utförare i valfrihetssystemet ska vara fullgod; dvs. *saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig* och *lättillgänglig*. Den enskilde ska också få *fullgod information om möjligheten till att byta utförare* och göra s.k. *omval*, hur detta

går till och vilka regler som gäller i samband med det. Det kan exempelvis handla om uppsägningstider eller vart den enskilde ska vända sig för att göra ett omval. För att ett valfrihetssystem ska fungera behöver landstingen och kommunerna kontinuerligt påminna medborgarna om möjligheten till omval.²⁸

4.2.4 Ansvar för tillsynen över valfrihetssystem enligt LOV

Av 10 kap. 7 § LOV framgår att regeringen utser en tillsynsmyndighet över valfrihetssystem. Denna får enligt 8 § inhämta *nödvändiga upplysningar* från upphandlande myndigheter, i första hand genom skriftligt förfarande, men upplysningar kan också ske på annat lämpligt sätt²⁹. Den upphandlande myndigheten har vidare en skyldighet att tillhandahålla de upplysningar som tillsynsmyndigheten begär (9 §).

Av Konkurrensverkets instruktion³⁰ regleras att myndigheten, bl.a., ska fullgöra de uppgifter som följer av 10 kap. 7 § lag (2008:962) om valfrihetssystem. Konkurrensverket är således av regeringen utsett som tillsynsmyndighet över valfrihetssystemet i LOV.³¹

²⁷ Lagen om Valfrihetssystem (LOV), Vägledning för utförare, Konkurrensverket 1 (2014).

²⁸ Se Lagen om Valfrihetssystem (LOV), Vägledning för utförare, Konkurrensverket 1 (2014), s. 7.

²⁹ Om det på grund av materialets omfång brådska eller något annat förhållande är lämpligare, får upplysningarna i stället inhämtas genom besök hos den upphandlande myndigheten eller muntligen” (se 10 kap. 8 §, sista mening, LOV).

³⁰ Se 3 §, första stycket, punkten 5 förordning (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket.

³¹ Enligt 2 § i instruktionen ska Konkurrensverket ”... verka för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna samt en effektiv offentlig upphandling till nytta för det allmänna och marknadens aktörer. Konkurrensverket ska se till att de regelverk och rutiner verket disponerar över är kostnadseffektiva och enkla för medborgare och företag.”

4.3 Vård utanför hemlandstinget – utomlänsvård

I 8 kapitlet HSL regleras landstingets ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. Av 1 § framgår att landstinget ska erbjuda en *god hälso- och sjukvård* åt den som är *bosatt* inom landstinget och att detsamma gäller för den som är *kvarskriven* enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som *stadigvarande vistas* inom landstinget. Landstinget har även i övrigt en skyldighet att verka för en god hälsa för befolkningen.

Av 8 kap. 2 § framgår vilken ytterligare personkrets som också ska erbjudas god hälso- och sjukvård av landstinget.

Utomlänsvård – hemlandstinget bär kostnaderna för vården i annat landsting

Portalparagrafen för den s.k. *utomlänsvården* finns i 8 kap. 3 §³². Denna bestämmelse utgör i dag också grunden för landstingens ersättning för digitala vårdtjänster som erbjuds patienter av externa utförare (dvs. utförare utan egna kontrakt med landstingen men som har olika former av samarbetsavtal med kontrakterade utförare). Problematiken kring detta finns beskriven i kapitel 10 (avsnitt 10.1.4). Av bestämmelsen framgår följande.

Landstinget ska erbjuda öppen vård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. En sådan patient omfattas inte av landstingets vårdgaranti enligt 9 kap. 1 §. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna.

Om patienten omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt 1 §, svarar det landstinget för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av första stycket. Detta gäller dock inte om det landstinget ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.

Bestämmelsen innebär alltså en *utvidgning* av landstingens ansvar att erbjuda *öppen hälso- och sjukvård* till att även gälla patienter som *omfattas av ett annat landstings primära ansvar*, dvs. även till

³² Utomlänsbestämmelsen motsvarar 4 § andra och tredje styckena i 1982 års HSL och i kommentaren hänvisas till förarbetena i prop. 2013/14:106 s. 81 f. och 129 f.

- patienter som är *bosatta* i ett annat landsting eller
- som är *kevarskrivna enligt folkbokföringslagen och stadigvarande vistas* i ett annat landsting,
- som *har rätt till vårdförmåner* i Sverige i ett annat landsting enligt 8 kap. 2 § punkt 1 i denna lag³³, samt
- *asylsökande och andra utlänningar som har rätt till vård* i ett annat landsting i enlighet med reglerna i lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl., eller enligt lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Detta utökade ansvar är i dag begränsat till *öppen vård* (såsom denna definieras i 2 kap. 5 § HSL) dvs. *primärvård* och *specialiserad vård* som inte utgör slutet vård och således kräver intagning i vårdinrättning. *Vårdgarantin*³⁴ gäller däremot *inte* patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar för hälso- och sjukvård.

I jämförelse med övriga bestämmelser i 8 kapitlet HSL, saknas begreppet ”vistas” i 8 kap. 3 § vilket bl.a. har medfört att bestämmelsen kommit att tolkas och tillämpas som grund för dagens digitala och därmed geografiskt obundna hälso- och sjukvårdstjänster (se kapitel 7–10).

Utömlänsvård vid omedelbara behov

I 8 kap. 4 § HSL regleras följande.

Om någon som vistas inom landstinget utan att vara bosatt där behöver omedelbar hälso- och sjukvård, ska landstinget erbjuda sådan vård.

Av bestämmelsen framgår således tydligt *förutsättningen* att den patient som ska erbjudas den omedelbara hälso- och sjukvården behöver *vistas* inom det landsting som utömlänsvården ska ges.

³³ Dvs. ”den som, utan att vara bosatt här, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.”

³⁴ 9 kap. 1 § HSL: ”Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får 1. kontakt med primärvården, 2. besöka läkare inom primärvården, 3. besöka den specialiserade vården, och 4. planerad vård.”

Av kommentaren till bestämmelsen framgår att stadgandet om att en utomlänspatient har rätt till akutvård kan jämföras med bestämmelserna i Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.³⁵

Av 8 kap. 5 § framgår att landstingen också i andra fall får erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, om

1. landstingen kommer överens om det, eller
2. det är fråga om nationell högspecialiserad vård.

4.4 Andra sätt än LOV för att upphandla eller organisera hälso- och sjukvård

Eftersom landstinget (eller upphandlande myndighet) i samband med ansvaret för organisationen av hälso- och sjukvården, också kan välja att använda sig av upphandlingsförfarande enligt lag (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), men också enligt lagen om läkarvårds- respektive fysioterapiersättning, beskrivs nedan de grundläggande förutsättningarna även för dessa förfaranden.

4.4.1 Lag om offentlig upphandling

Enligt 1 kap. 1 § LOU är lagen tillämplig vid upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet (offentlig upphandling).

Med *upphandling* avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggtreprenader genom tilldelning av kontrakt. Lagen gäller även när en upphandlande myndighet anordnar en projektävling³⁶.

Av 1 kap. 22 § framgår vad som avses med *upphandlande myndighet*, dvs. en statlig eller kommunal myndighet. Vid tillämpningen av LOU ska dock med myndighet jämföras

³⁵ Bestämmelsen motsvarar 4 §, första stycket i 1982 års HSL och förarbetena finns i prop. 1981/82:97 s. 119 f.

³⁶ Vad som avses med projektävling anges i 1 kap. 19 § (1 kap. 1 § sista meningen LOU).

1. beslutande församling i en kommun eller ett landsting,
2. offentligt styrt organ som avses i 18 §³⁷, och
3. sammanslutning av a) en eller flera myndigheter enligt första stycket eller församlingar enligt 1, eller b) ett eller flera organ enligt 2.

Med *upphandlingsdokument* avses varje dokument som en upphandlande myndighet använder för att beskriva eller fastställa innehållet i upphandlingen (se 1 kap. 23 §).

Principer för offentlig upphandling

Av 4 kap. 1 § framgår att upphandlande myndigheter ska behandla leverantörer på ett *likvärdigt* och *icke-diskriminerande sätt* samt genomföra upphandlingar på ett *öppet sätt*. Upphandlingar ska vidare genomföras i enlighet med principerna om *ömsesidigt erkännande* och *proportionalitet*.³⁸

En upphandling får inte utformas i syfte att undanta den från lagens tillämpningsområde och får inte heller utformas i syfte att begränsa konkurrensen så att vissa leverantörer gynnas eller missgynnas på ett otillbörligt sätt (4 kap. 2 §).

Enligt 4 kap. 3 § bör en upphandlande myndighet *beakta miljöhänsyn, sociala och arbetsrättsliga hänsyn* vid offentlig upphandling om upphandlingens art motiverar detta.

Rätten att få delta i en offentlig upphandling

Rätten att få delta i en offentlig upphandling regleras i 4 kap. 4–7 §§. Enligt 4 § *får* en leverantör, som enligt bestämmelser i den stat i vilken leverantörens verksamhet är etablerad har rätt att leverera den tjänst som upphandlingen avser, *inte uteslutas* från att delta i en upphandling endast på grund av krav på att leverantören ska vara en fysisk eller en juridisk person. När det gäller *tjänstekontrakt*, byggenre-

³⁷ Dvs. sådan juridisk person som tillgodoser behov i det allmänna intresse, under förutsättning att behovet inte är av industriell eller kommersiell karaktär, och 1. som till största delen är finansierad av staten, en kommun, ett landsting eller en upphandlande myndighet, 2. vars verksamhet står under kontroll av staten, en kommun, ett landsting eller en upphandlande myndighet, eller 3. i vars styrelse eller motsvarande ledningsorgan mer än halva antalet ledamöter är utsedda av staten, en kommun, ett landsting eller en upphandlande myndighet.

³⁸ Jfr med principerna för valfrihetssystem enligt 1 kap. 2 § LOV. Se avsnitt 4.2.2.

prenadkontrakt eller sådant varukontrakt som också omfattar tjänster eller monterings- och installationsarbeten, får en juridisk person åläggas att i anbudet eller anbudsansökan uppge namn på de personer som ska utföra tjänsterna och deras yrkeskvalifikationer.

Av 4 kap. 5 § första stycket framgår – liknande innehåll som i 5 kap. 1 § LOV – följande.

En grupp av leverantörer får delta i en upphandling. En upphandlande myndighet får inte ställa upp villkor om att en sådan grupp ska ha en viss juridisk form för att få lämna en anbudsansökan eller ett anbud. Myndigheten får dock begära att en sådan grupp ska ha en viss juridisk form när den blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett tillfredsställande sätt.

Bestämmelsen i LOU innehåller ytterligare två stycken vari regleras att

Myndigheten får ange i något av upphandlingsdokumenten hur en grupp av leverantörer ska uppfylla kraven på ekonomisk och finansiell ställning enligt 14 kap. 3 och 4 §§ eller teknisk kunskap och yrkeskunskap enligt 14 kap. 5 § om det är berättigat av objektiva skäl.

Myndigheten får ställa upp särskilda villkor om hur en grupp av leverantörer ska fullgöra kontraktet om det är berättigat av objektiva skäl.

Motsvarande befogenheter finns inte reglerade i LOV.

En upphandlande myndighet kan vidare, enligt LOU (4 kap. 6–7 §§) begränsa antalet anbudssökande som får lämna anbud. Enligt 6 § kan detta ske i *ett selektivt förfarande, ett förhandlat förfarande med föregående annonsering, en konkurrenspräglad dialog* eller *ett förfarande för inrättande av innovationspartnerskap*. I sådana fall ska den upphandlande myndigheten i annonsen eller inbjudan att bekräfta intresse ange

1. de kriterier och regler som den kommer att tillämpa vid valet av anbudssökande som ska få lämna anbud, och
2. det lägsta antal anbudssökande som kommer att få lämna anbud och, i förekommande fall, det högsta antal som kommer att bjudas in.

I LOU finns ytterligare bestämmelser om bl.a. uteslutning (13 kap.), kvalificeringskrav och återopande av andra leverantörers kapacitet (14 kap.) och egen försäkran och utredning om leverantörer/underleverantörer (15 kap.).

Villkor för underleverantörer enligt LOU

En *leverantör ansvarar* för att de underleverantörer den anlitar uppfyller de arbetsrättsliga villkor som har ställts i en upphandling. Risker för oskäliga arbetsvillkor kan finnas vid alltför långa och komplexa underleverantörskedjor, varför det kan finnas skäl till att ställa särskilda arbetsrättsliga villkor i en upphandling.

Enligt 17 kap. 2 § andra stycket LOU ska en upphandlande myndighet kräva att leverantören säkerställer att dennes underleverantör som *direkt medverkar till att fullgöra kontraktet*, uppfyller de villkor som har ställts enligt bestämmelsens första stycke.

Enligt 17 kap. 6 § LOU, har en upphandlande myndighet rätt att begära vissa uppgifter från en anbudsgivare, vilket exempelvis kan avse hur stor del av kontraktet som kan komma att fullgöras av någon annan och vilka underleverantörer som leverantören avser att anlita. Endast de leverantörer som faller in under kategorin ”medverkar till fullgörande av kontraktet” torde således, enligt en rimlig tolkning omfattas av underleverantörsbegreppet (trots att något underleverantörsbegrepp inte finns definierat i författning).

Ramavtal

Av 1 kap. 20 § framgår vad som avses med *ramavtal*³⁹, dvs. ett avtal som ingås mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer i syfte att fastställa villkoren i kontrakt som senare ska tilldelas under en given tidsperiod. Ramavtal kan enligt bestämmelsen ingås *mellan en eller flera upphandlande myndigheter och en eller flera leverantörer*. Enligt författningskommentaren⁴⁰ till bestämmelsen bör dock noteras att ett ramavtal är ett slutet system, vilket innebär att *avrop således endast får göras* av upphandlande myndigheter som är *parter i ramavtalet*. Likaså får avrop bara ske från leverantörer som är anslutna till ramavtalet i fråga, dvs. parter i ramavtalet. Det är därmed inte möjligt för en leverantör att i efterhand ansluta sig till ett ramavtal.⁴¹ Det är inte heller möjligt för en upp-

³⁹ Ytterligare regler om ramavtal finns bl.a. i 7 kap. 1–9 §§ LOU.

⁴⁰ Se Forssell, lag (2016:1145) om offentlig upphandling 1 kap. 20 §, Lexino 2017-09-04.

⁴¹ Se Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 21 februari 2011 i mål nr 45 581–10.

handlande enhet att i efterhand ansluta till ett ramavtal.⁴² Kontrakt som baseras på ett ramavtal måste avropas under ramavtalets giltighetstid.⁴³ Att ramavtal är slutna system och att parterna måste kunna identifieras framgår också av skäl 60⁴⁴ till LOU-direktivet.⁴⁵

4.4.2 Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning

I lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) finns bestämmelser om *privatpraktiserande läkares rätt till ersättning* från det av landstingen finansierade och administrerade offentliga ersättningssystemet, i de fall vårdavtal inte har träffats med landstinget (se 1 §). Motsvarande regler om ersättning för *privatpraktiserande fysioterapeuter* finns i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

Bestämmelserna i LOL gäller för vård av den som är *bosatt*⁴⁶ i Sverige om inte något annat särskilt är föreskrivet, men gäller även den som, utan att vara bosatt i landet, bl.a. har rätt till vårdförmåner vid sjukdom och moderskap i Sverige enligt vad som stadgas i 2 §.

I 3 § LOL definieras vad som enligt denna lag avses med *vård*, dvs.

⁴² Se Förvaltningsrätten i Stockholms dom den 10 oktober 2012 i mål nr 1857–12. Enligt domen ska de myndigheter som planerar att göra avrop från ett ramavtal vid annonseringen aktivt ha bekräftat sitt intresse för detta. I målet finns ett inhämtat yttrande från Konkurrensverket.

⁴³ Att tilldelningsbeslut meddelats efter ramavtals giltighetstid, och därmed också att kontrakt tecknats efter ramavtalets utgång, innebar inte en överträdelse av LOU enligt Kammarrätten i Sundsvalls dom den 20 december 2016, mål nr 1376–16 (se Forssell, lag (2016:1145) om offentlig upphandling 1 kap. 20 §, Lexino 2017-09-04).

⁴⁴ I vilka bl.a. anges att ”Vissa aspekter behöver dock klargöras, särskilt att ramavtal inte bör användas av en upphandlande myndighet som själv inte identifieras i dessa. I detta syfte bör de upphandlande myndigheter som är parter i ett specifikt ramavtal från första början tydligt anges, antingen genom att de namnges eller på ”Vissa aspekter behöver dock klargöras, särskilt att ramavtal inte bör användas av en upphandlande myndighet som själv inte identifieras i dessa. I detta syfte bör de upphandlande myndigheter som är parter i ett specifikt ramavtal från första början tydligt anges, antingen genom att de namnges eller på annat sätt, som en hänvisning till en viss kategori av upphandlande myndigheter inom ett tydligt avgränsat geografiskt område, så att berörda upphandlande myndigheter enkelt och otvetydigt kan identifieras. På samma sätt bör ett ramavtal inte vara öppet för anslutning av nya ekonomiska aktörer när det väl har ingåtts. När en inköpscentral använder allmänna register över upphandlande myndigheter eller kategorier av upphandlande myndigheter, såsom lokala myndigheter i ett visst geografiskt område, och myndigheterna har rätt att utnyttja de ramavtal som inköpscentralen ingår, bör inköpscentralen göra detta på ett sätt som gör det möjligt att kontrollera inte bara den berörda upphandlande myndighetens identitet, utan också från vilket datum den fick rätt att utnyttja de ramavtal som inköpscentralen ingår, eftersom detta datum avgör vilka specifika ramavtal som den upphandlande myndigheten bör få använda.”

⁴⁵ Se Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG.

⁴⁶ Enligt författningskommentar till bestämmelsen är avsikten att samma bosättningsbegrepp ska tillämpas som i folkbokföringslagen (1991:481).

medicinskt motiverad vård, behandling eller undersökning som ges av en läkare eller under läkarens överinseende samt rådgivning som lämnas av läkare i födelsekontrollerande syfte eller i fråga om abort eller sterilisering.

Det är således endast de åtgärder som ryms inom ovan avgränsat vårdbegrepp som kan generera läkarvårdsersättning enligt lagen. Enligt bestämmelsens andra stycke får landstinget *ställa krav på remiss* för vård hos privatpraktiserande läkare med specialistkompetens som villkor för ersättning, däremot endast under förutsättning att remisskrav även gäller för motsvarande vård hos en specialist inom landstinget. Remiss får dock inte krävas för läkarvård inom verksamheter som avser barnmedicin, gynekologi eller psykiatri (3 §, andra stycket).

Enligt 4 § avses med *landstinget* det landsting *inom vars område* läkaren *bedriver* eller *avser att bedriva sin verksamhet*. Det är med andra ord det landstinget som ansvarar för läkarvårdsersättningen gentemot läkaren, oberoende av från vilket landsting patienten kommer eller är bosatt i.

Samverkans- och vårdavtal

Enligt lagen lämnas läkarvårdsersättning endast till läkare som har *samverkansavtal* med landstinget rörande sin verksamhet. Bestämmelsen om samverkansavtal avser inte vikarie enligt 10 § (se 5 §). Av 5 § tredje och fjärde stycket framgår att

En läkare i privat verksamhet som ger vård enligt avtal med landstinget, får ta emot ersättning från landstinget på de villkor och enligt de grunder som landstinget och läkaren kommit överens om. Vårdavtalet gäller i stället för bestämmelserna i denna lag.

Vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal ska landstinget tillämpa lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem, om inte annat följer av 5 a–5 h §§. Vid en sådan tillämpning av lagen om offentlig upphandling ska de bestämmelser tillämpas som gäller tjänster av sådant slag som anges i bilaga 2 till den lagen.⁴⁷

⁴⁷ Här möjliggörs, enligt kommentar till bestämmelsen, en tillämpning av 15 kap. LOU när det gäller ingående av samverkansavtal, trots att dessa är att anse som tjänstekoncessioner för vilka 15 kap. LOU normalt inte gäller (med hänvisning till 1 kap. 2 § LOU).

Av 5 a–h §§ framgår vad som gäller om en läkare, som enligt den aktuella lagen är ersättningsberättigad, avser att *överlåta sin verksamhet*. Läkaren ska (enligt 5 a §) *anmäla till landstinget* om denne vill *säga upp sin rätt till ersättning* och *möjliggöra för annan läkare att få ingå samverkansavtal* med landstinget med motsvarande villkor (ersättningsetablering).

Landstingets ansvar

Enligt 6 § första meningen ska *landstinget* svara för den läkarvårdsersättning som inte täcks av patientavgiften. Om vården har avsett en *patient som inte är bosatt inom landstingets område*, skall det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för den utbetalda läkarvårdsersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat.⁴⁸

Av 7 § framgår bl.a. vissa krav på *kompetens* och *drift av verksamhet* för att få ersättning, samt vilka läkarspecialiteter som undantas från läkarvårdsersättningen.

Av 8 § framgår *krav på arbetstid*⁴⁹ i verksamheten för att vara berättigad till ersättning. Enligt 9 § utgår inte ersättning till läkare som

är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person sinom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i.

Däremot kan ersättning lämnas om läkaren är tjänstledig (enligt formellt beslut från landstinget) och vikarierar för en annan läkare.

Företagshälsovård eller elevhälsa enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800) omfattas inte heller av rätten till läkarvårdsersättning.

⁴⁸ Detsamma gäller om patienten inte är bosatt inom något landstingsområde, men inom vilket område patienten eller familjemedlemmen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område personen är registrerad som arbetssökande, svara för den utbetalda läkarvårdsersättningen. Försäkringskassan kan också, efter överenskommelse med landstinget få ansvaret att ha hand om utbetalning av läkarvårdsersättning. Jfr 8 kap. 3 § HSL om principen att hemlandstinget svarar för vård i annat landsting, så kallad utomlänsvård.

⁴⁹ Senast 1 år efter verksamhetens start ska läkaren, som huvudregel, arbeta *heltid* (motsvarande minst 35h/vecka i genomsnitt” eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren”) för att vara berättigad till läkarvårdsersättning om ej villkoren i bestämmelsens andra stycke är uppfyllda.

Samverkan

Enligt 14 § ska en läkare som får läkarvårdsersättning *samverka med andra* inom vård- och rehabiliteringsområdet. Verkställighetsföreskrifter kan meddelas av regeringen kring detta om inte nödvändiga riktlinjer kan uppnås på annat sätt.⁵⁰

Läkarvårdsersättningen

I 15–19 §§ regleras gemensamma bestämmelser om läkarvårdsersättningen med angivelse av *grunder för beräkning av arvoden* m.m. Enligt 15 § ska bl.a. läkarvårdsersättning för viss åtgärd lämnas med ett belopp som utgör *skälig ersättning* för läkarens arbete och kostnader. Ersättning ska således lämnas för specifika åtgärder och inte för en viss tidsperiod eller för ett visst antal patienter.⁵¹

I 20 § finns särskilda regler gällande ersättning inom vissa (geografiska) områden. Av bestämmelsen framgår att en läkare som etablerar sig på en ort inom ett *särskilt stödområde*, ska arvoden enligt 15 § lämnas med *tjugo procents förhöjning* och denna ska betalas av landstinget. Två år efter etableringen ska däremot höjningen *minska* med fem procentenheter årligen ner till *fem procent*.

Vad som avses med *stödområde* framgår av förordning (1999:1382) om stödområden för vissa regionala företagsstöd.

Patientavgift

I 22–25 a §§ finns bestämmelser om *patientavgift*. Av 22 § framgår att patienten får avkrävas patientavgift från en, enligt lagen ersättningsberättigad, läkare. För *rådgivning i födelsekontrollerande syfte, abort* eller *sterilisering* får patientavgift däremot *inte tas ut*. Detsamma gäller om det framgår av särskilda föreskrifter. Av bestämmelsens andra stycke framgår att om patientavgift inte får tas ut, ska 6 § första stycket tillämpas på motsvarande sätt. Detta innebär att det är patientens hemlandsting som ska svara för kostnaden för patientavgift som inte tas ut av patienten. Läkaren kan dock alltid vända sig till det landsting inom vars område verksamheten bedrivs.

⁵⁰ Se kommentar till 14 §.

⁵¹ Se vidare 15 § samt kommentar till densamma.

Uppföljning av verksamheten

I 26 § stadgas att

en läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök.

Läkaren ska på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning.

Av 6 § (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

Här bör noteras att landstingen inte har rätt till uppgifter som medför att enskilda patients identitet röjs, utan syftet är att ta del av räkningsunderlag och andra uppgifter som behövs för kostnadsuppföljning av de privatpraktiserande vårdgivare som har offentlig finansiering enligt denna lag.

4.5 Bestämmelser av betydelse för bemanning och inhyrning av personal

När det gäller nationell lagstiftning inom området för bemanning och uthyrning av personal gäller i dag framför allt lagen (2012:854) om uthyrning av arbetstagare (uthyrningslagen). Den trädde i kraft den 1 januari 2013 och Europaparlamentets och rådets direktiv 2008/104/EG av den 19 november 2008 om arbetstagare som hyrs ut av bemanningsföretag (*bemanningsdirektivet*) genomfördes i och med detta i svensk rätt. Bemanningdirektivets syfte (se artikel 2) är:

... att skydda arbetstagare som hyrs ut av bemanningsföretag och förbättra kvaliteten i det arbete som utförs av dem genom att erkänna principen om likabehandling enligt artikel 5 tillämpas på dem och genom att erkänna bemanningsföretag som arbetsgivare, med beaktande av behovet att fastställa en lämplig ram för anlitande av arbetskraft som hyrs ut av bemanningsföretag för att effektivt bidra till att skapa arbetstillfällen och till att utveckla flexibla arbetsformer.

Samtidigt gjordes också ändringar i lagen (1993:440) om privat arbetsförmedling och uthyrning av arbetskraft, som i dag, efter ändringarna, endast innehåller bestämmelser om privat arbetsförmedling.⁵²

Uthyrning av arbetstagare är baserad på ett *trepartsförhållande* där *bemanningsföretaget är arbetsgivare* (och ett anställningsavtalsförhållande gäller mellan bemanningsföretaget och (den uthyrde) arbetstagaren). Arbetstagare utför dock i praktiken *arbete åt annan än arbetsgivaren*, dvs. ett *kundföretag*. Det föreligger däremot *inget avtalsförhållande* mellan den uthyrde arbetstagaren och kundföretaget. Däremot råder ett *affärsförhållande* mellan bemanningsföretaget och kundföretaget. Denna omständighet har medfört att kundföretag, genom även annan lagstiftning än uthyrningslagen och arbetsförmedlingslagen, har fått ett lagstadgat ansvar för den inhyrde arbetstagarens villkor. Exempelvis framgår av 2 kap. 1 § första punkten 4 diskrimineringslagen (2008:567) att en arbetsgivare inte får diskriminera den som hos arbetsgivaren står till förfogande för att utföra eller utföra arbete som inhyrd eller inlånad arbetskraft.

Bemanningsföretaget svarar på motsvarande sätt (enligt 2 kap. 1 § första stycket punkten 1 diskrimineringslagen) för att den uthyrde arbetstagaren inte diskrimineras av bemanningsföretaget.

Samma gemensamma ansvar mellan kundföretag och bemanningsföretag gentemot (inhyrd/uthyrd) arbetstagare regleras i arbetsmiljölagen (1977:1160). *Arbetsmiljöansvaret* ligger primärt på *arbetsgivaren*, dvs. bemanningsföretaget, medan *den som anlitar inhyrd arbetskraft* för att utföra arbete i sin verksamhet – i detta fall kundföretaget – ska *vidta de skyddsåtgärder som är nödvändiga* i detta arbete (se 3 kap. 12 § andra stycket arbetsmiljölagen (se nedan avsnitt 4.7)⁵³. Även i andra situationer är ansvaret gemensamt.

Arbetsgivaren (bemanningsföretaget) har exempelvis ansvar för den *organisatoriska och sociala arbetsmiljön* och att regler gällande detta följs, men med *arbetsgivare likställs*, enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (se 3 § AFS 2015:4) *den som hyr in arbetskraft*, dvs. kundföretaget.

I de fall någon eller några av de berörda parterna utgörs av hälso- och sjukvårdspersonal eller vårdgivare som därmed bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet, läggs till befintliga regler om bemanning

⁵² Se SFS 2012:856. Lag om ändring i lagen (1993:440) om privat arbetsförmedling och uthyrning av arbetskraft.

⁵³ SOU 2011:5, s. 100 f.

och in-/uthyrning av personal, också *ansvaret för att bedriva en jämlik, behovsstyrd, god och patientsäker vård* som i sin tur regleras bl.a. i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientsäkerhetslagen (2010:659), patientlagen (2014:821) m.fl., och där *arbetsmiljön* och ansvaret för densamma också kan vara *avgörande för patientsäkerheten*. Det krävs därför både tydlighet och förståelse för vem som har ansvar för vad, särskilt då flera aktörer kan vara ansvariga samtidigt⁵⁴ (se vidare avsnitt 13.4).

4.5.1 Lag (2012:854) om uthyrning av arbetstagare

Av 1 § uthyrningslagen framgår att lagen gäller arbetstagare som är anställda av bemanningsföretag i syfte att hyras ut till kundföretag för arbete under kundföretagets kontroll och ledning. Syftet för anställningen ska således vara uthyrning. Detta innebär att situationer där en anställd ”lånas” ut av bemanningsföretaget till ett kundföretag, inte träffas av lagen. Inte heller omfattas annan bemanningsverksamhet som ett bemanningsföretag kan erbjuda kundföretaget som exempelvis har med rekrytering eller entreprenadförhållanden att göra. Dock är det inte alltid lätt att i praktiken avgöra om en verksamhet sker i entreprenadform eller om det ska betraktas som uthyrning av arbetstagare, varför bedömning måste göras i varje enskilt fall.⁵⁵

Eftersom lagen omfattar både privat och offentlig verksamhet, innebär detta att inhyrning av hälso- och sjukvårdspersonal inom hälso- och sjukvårdsverksamhet omfattas av den aktuella lagstiftningen under förutsättning att personalen är anställd av ett bemanningsföretag. Samma regler gäller då för privata utförare som för de som drivs i landstingens egna regi.

I 2 § regleras att ett *avtal som inskränker arbetstagarens rättigheter* enligt denna lag, är *ogiltigt i den delen, om inte annat följer av 3 §*. Denna bestämmelse träffar alltså avtal mellan bemanningsföretag och arbetstagare, bemanningsföretag och kundföretag och kollektivavtal.

⁵⁴ Inte minst vid situationer då externa leverantörer eller underleverantörer till upphandlade utförare tar in personal från bemanningsföretag och som kan medföra komplexa ansvarsfördelningar.

⁵⁵ I kommentaren till 1 § hänvisas till prop. 1970:166 s. 21 ff. samt till rättsfallen NJA 1989 s. 629 och AD 2006 nr 24. Ledning för tolkningen bör kunna hämtas ur praxis, men ytterst är det EU-domstolens tolkning av bemanningsdirektivet som avgränsar vad som avses med uthyrning av arbetstagare, se prop. 2011/12:178 s. 27 och 28.” (se författningskommentar Karnov, förf. Hans Blyme).

Av 3 § framgår att *vissa inskränkningar får göras* genom kollektivavtal som har slutits av en central arbetstagarorganisation, dock under förutsättning att avtalet respekterar övergripande skydd för arbetstagare som avses i bemanningsdirektivet⁵⁶.

Enligt 4 § får ett sådant avtal (som avses i 3 §) tillämpas av ett bemanningsföretag gentemot en arbetstagare som inte är medlem av den avtalslutande arbetstagarorganisation, under förutsättning att arbetstagaren ”sysselsätts i sådant arbete som avses med avtalet och inte omfattas av något annat tillämpligt kollektivavtal”.

I 5 § definieras i tre punkter vad som avses med *bemanningsföretag* (”en fysisk eller juridisk person som har arbetstagare anställda i syfte att hyra ut dessa till kundföretag för arbete under kundföretagets kontroll och ledning”), *kundföretag* (”en fysisk eller juridisk person för vilken och under vars kontroll och ledning arbetstagare som hyrs ut av bemanningsföretag arbetar”) och *grundläggande arbets- och anställningsvillkor*. Med denna tredje punkt avses i lagen:

villkor som fastställts i kollektivavtal eller andra bindande generella bestämmelser som gäller hos kundföretaget och som avser

a) arbetstidens längd, övertid, raster, vilotid, nattarbete, semester eller helgdagar,

b) lön,

c) skydd för barn och ungdomar, gravida, nyblivna mödrar och ammande kvinnor, eller

d) skydd mot diskriminering på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Definitionerna i uthyrningslagen skiljer sig dock något från definitionerna i bemanningsdirektivet.⁵⁷

Av 6 § stadgas att under den tid en arbetstagares uppdrag i kundföretaget varar, så ska arbetstagaren, av bemanningsföretaget, tillförsäkras *minst de grundläggande arbets- och anställningsvillkor* som skulle ha gällt om han eller hon hade anställts direkt av kundföretaget för utförande av samma arbete. Bestämmelsen ger uttryck för *likabehandlingsprincipen* som motsvaras av artikel 5.1 i bemanningsdirektivet. Likabehandlingsprincipen ska, frånsett undantaget i 3 §, enligt kommentaren till bestämmelsen, tolkas strikt efter sin ordalydelse. Detta

⁵⁶ Europaparlamentets och rådets direktiv 2008/104/EG av den 19 november 2008 om arbetstagare som hyrs ut av bemanningsföretag (bemanningsdirektivet).

⁵⁷ Jfr 5 § uthyrningslagen med bemanningsdirektivets artikel 3.

innebär att varje anställningsvillkor ska ses separat och någon helhetsbedömning av den utlyrda arbetstagarens förmåner ska således inte göras.⁵⁸ Om ingen av parterna (bemanningföretag eller kundföretag) är bundna av kollektivavtal och eftersom villkor i enskilda anställningsvillkor inte utgör generella bestämmelser, innebär denna situation att det saknas fastställda lönekriterier för jämförelse. En arbetstagare som anställs under sådana förhållanden och anser sig ha fått för låg lön, har då möjlighet att åberopa 36 § avtalslagen om oskäligen avtalsvillkor gentemot bemanningföretaget. Ytterligare undantag från likabehandlingsprincipen framgår av 7–8 §§.⁵⁹

Bemanningföretag får vidare *inte*, enligt 9 §, *genom villkor i avtal eller på något annat sätt, hindra* arbetstagare från att *ta anställning* hos ett kundföretag. Bemanningföretag får inte heller, ”begära, avtala om eller ta emot ersättning av en arbetstagare för att placera denne hos ett kundföretag eller för att arbetstagaren tar anställning hos ett kundföretag som han eller hon utför eller utfört arbete för” (se 10 §). En arbetstagare som utför arbete hos ett kundföretag, ska *ha tillgång till gemensamma anläggningar och inrättningar på samma villkor som de som är anställda i kundföretaget*, om inte *särskilda skäl* finns emot det (11 §). Kundföretaget har också en skyldighet att *informera* arbetstagare som arbetar där *om lediga tillsvidareanställningar och provanställningar* hos företaget och får lämnas i form av allmänt tillgänglig information på arbetsplatsen (12 §).⁶⁰

4.5.2 Lag (1993:440) om privat arbetsförmedling

Lagen (1993:440) om privat arbetsförmedling (arbetsförmedlingslagen) gäller arbetsförmedling som bedrivs av någon annan än den offentliga arbetsförmedlingen. Lagen är *inte tillämplig* på arbetsförmedling som sker genom ”skrifter, överföringar eller upptagningar som tryckfrihetsförordningen eller yttrandefrihetsgrundlagen är till-

⁵⁸ Om endast kundföretaget är bundet av kollektivavtal och detta innebär individuell lönesättning, ”ska jämförelse av lönevillkoren göras utifrån avtalets bindande generella bestämmelse för hur lönesättningen ska gå till, och inte vara begränsad till eventuella minimivärer i kollektivavtalet ...”. (Se kommentar till 6 §, Karnov, Hans Blyme).

⁵⁹ Kravet på likabehandling gäller inte arbetstagare som anställs med särskilt anställningsstöd, i skyddat arbete eller med lönebidrag för utveckling i anställning (7 §) och gäller inte heller i fråga om lön för arbetstagare som har en tillsvidareanställning med lön mellan uthyrningsuppdragen (8 §).

⁶⁰ Samma materiella regel, dvs. att arbetsgivare ska informera arbetstagare med tidsbegränsad anställning om lediga tillsvidare- och provanställningar finns också i 6 f § lagen (1982:80) om anställningsskydd (LAS), dock reglerar LAS i dag inte kundföretag respektive inhyrd arbetstagare utan arbetsgivare och arbetstagare.

lämplig på.” Med arbetsförmedling avses ”verksamhet som har till ändamål att skaffa arbete till arbetssökande eller arbetskraft åt arbetsgivare” (1 §).

Av 6 § framgår att den som bedriver arbetsförmedling *inte får begära, avtala om eller ta emot ersättning av arbetssökande för att erbjuda eller anvisa dem arbete*. Bestämmelsen innehåller således samma förbud som i 10 § uthyrningslagen, genom vilken principen om att det är kundföretaget alternativt arbetsgivaren och inte arbetstagaren som ska betala för bemanningsföretagets eller arbetsförmedlarens service, upprätthålls. För uppsåtligt eller oaktsamt brott mot 3 och 6 §§ kan böter alternativt högst 6 månaders fängelse utdömas (7 §).⁶¹

4.6 Skatterättsliga bestämmelser kopplade till bemanning inom hälso- och sjukvården

4.6.1 Mervärdesskattelagen (1994:200)

Av 1 kap. 1 § mervärdesskattelagen (ML) framgår att mervärdesskatt ska betalas till staten

1. vid sådan omsättning inom landet av varor eller tjänster som är skattepliktig och görs av en beskattningsbar person i denna egenskap, i den utsträckning den beskattningsbara personen inte är befriad från skatt på omsättningen,
2. Vid skattepliktigt unionsinternt förvärv av varor som är lös egendom, om inte omsättningen är gjord inom landet, eller
3. Vid sådan import av varor till landet som är skattepliktig.

I bestämmelsens andra stycke hänvisas till andra kapitlet när det gäller vad som utgör *omsättning eller import* och till kapitel 2 a vad som utgör *unisoninternt förvärv*. I kapitel 3 regleras i vilka fall det råder *skatteplikt* för omsättning, unisoninternt förvärv eller import samt i kapitel 4 vad som avses med *beskattningsbar person*. I vilka fall en omsättning anses ha gjorts inom landet finns i 5 kapitlet och förutsättningar för skattebefrielse finns i kapitel 9 d.⁶² I 2 § anges vem som är skattskyldig.

Med *omsättning av tjänst* förstås, enligt 2 kap. 1 § tredje stycket

⁶¹ Jämför sanktionsutrymmet i uthyrningslagens 13 § där brott mot samma regel för ett bemanningsföretag endast är skadeståndsgrundande.

⁶² Av bestämmelsens tredje stycke framgår att det till staten också ska ”betalas belopp som i en faktura eller liknande handling betecknats som mervärdesskatt, även om beloppet inte utgör mervärdesskatt enligt denna lag.”

1. att en tjänst mot ersättning utförs, överläts eller på annat sätt tillhandahålls någon, eller
2. att en tjänst tas i anspråk genom uttag enligt 5, 7 eller 8 §.

Undantag för sjukvård, tandvård och social omsorg

I 3 kap. 4–7 §§ finns regler om *undantag från skatteplikt* för omsättning av tjänster som utgör *sjukvård, tandvård och social omsorg*. Även vissa tjänster av annat slag och varor som den som tillhandahåller vården eller omsorgen omsätter som ett led i denna omfattas (se 4 §). Av 4 § andra stycket framgår att undantaget även omfattar

1. kontroller och analyser av prov som tagits som ett led i sjukvården eller tandvården, och
2. omsättning av dentalkonsumtionsprodukter och av tjänster som avser sådana produkter, när produkten eller tjänsten tillhandahålls av tandläkare eller tandtekniker.⁶³

Angående det undantagna området, hänvisas i författningskommentaren till bl.a. artiklarna 123.1 b, c, e, g, h och p, 133, 134 och 136 i direktiv 2006/112/EG (se mer om mervärdesskattedirektivet nedan) samt till Skatteverkets handledning från 2014⁶⁴.

Av begreppen sjukvård, tandvård och social omsorg anses följa att de avsedda tjänsterna är sådana som *utförs åt eller på annat sätt tillförs vårdtagaren respektive den som faktiskt åtnjuter omsorgen*. Undantaget är vidare tillämpligt oberoende av i vilket led eller av vem tjänsten faktiskt tillhandahålls så länge som tjänsten avser sådana åtgärder som anges i 3 kap. 4–7 §§. Det förhållandet att tjänsten faktiskt utförs av någon annan än den i vars regi vården ges innebär således inte att tjänsten blir skattepliktig.

⁶³ Undantaget gäller däremot inte omsättning av glasögon eller andra synhjälpmedel även om varorna omsätts som ett led i tillhandahållandet av sjukvård. Inte heller gäller undantaget omsättning av varor när de omsätts av apotekare eller receptarier. Beträffande omsättning av läkemedel som lämnas ut enligt recept eller säljs till sjukhus finns särskilda bestämmelser i 23 § 2. Undantaget gäller inte heller vid vård av djur. (se 4 § 3–5 styckena).

⁶⁴ Se SKV Handledning 2014, avsnitt 25 Sjukvård, tandvård och social omsorg.

Sjukvårdsbegreppet i ML

I 5 § regleras följande angående vad som avses med *sjukvård* i lagens mening.

Med sjukvård förstås åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda eller behandla sjukdomar, kroppsfel och skador samt vård vid barnsbörd,

– om åtgärderna vidtas vid sjukhus eller någon annan inrättning som drivs av det allmänna eller, inom enskild verksamhet, vid inrättningar för sluten vård, eller

– om åtgärderna annars vidtas av någon med särskild legitimation att utöva yrke inom sjukvården.

Med sjukvård förstås även sjuktransporter som utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för sådana transporter.

Med sjukvård jämställs medicinskt betingad fotvård.

Vad gäller begreppet *sjukvård* hänvisas i kommentaren⁶⁵ till 5 § till prop. 1989/90:111 s. 106 f. och prop. 1993/94:75. Vidare klargörs att företagshälsovård till den del den inte kan hänföras till sjukvård inte omfattas av undantaget. I enlighet med bestämmelsens första stycke omfattar skattefriheten *all sjukvård* som ges vid de däri uppräknade inrättningarna, *oavsett i vilket led sjukvården utförs och oavsett vilken personkategori som tillhandahåller den*. Sjukvård utanför sådana inrättningar undantas om åtgärderna vidtas av någon med *särskild legitimation* att utöva yrket.

Mervärdesskattedirektivet, sjukvård och EU-domstolspraxis

I mervärdesskattedirektivet (2006/112/EG) finns i artikel 132.1 a–q bestämmelser om undantag från skattskyldighet för vissa verksamheter av hänsyn till allmänintresset, bl.a. vård, omsorg och undervisning.

Enligt artikel 132.1 b ska medlemsstaterna från skatteplikt *undanta sjukhusvård och sjukvård* samt *transaktioner nära knutna till dessa*, om vården utförs av offentligrättsliga organ eller under jämförbara sociala betingelser av sjukhus, centrum för medicinsk behandling eller diagnos och andra i vederbörlig ordning erkända inrättningar av liknande art.

⁶⁵ I författningskommentaren till 3 kap. 5 § finns ytterligare praxis beskriven gällande tolkning och tillämpning av den aktuella bestämmelsen.

I artikel 132.1 c anges att *sjukvårdande behandling* som ges av medicinska eller paramedicinska yrkesutövare såsom dessa definieras av medlemsstaten i fråga ska undantas.

De olika tillämpningsområdena i artiklarna 132.1 b och c har förtydligats i EU-domstolen praxis⁶⁶.

Syftet med bestämmelserna är att reglera hela systemet för undantag från skatteplikt för medicinska tjänster i strikt mening. Artikel 132.1 b avser tjänster som utförs på sjukhus, medan artikel 132.1 c avser medicinska tjänster som utför utan för denna ram, såväl i vårdgivarens hem som i patientens hem eller på annan plats.⁶⁷

I högsta förvaltningsdomstolens (HFD) dom i mål nr 7270–17⁶⁸ prövades frågan om *uthyrning av personal* kan utgöra *skattefri sjukvård* enligt mervärdesskattedirektivet. Till ledning för bedömningen analyserades ett antal mål från EU-domstolen. HFD konstaterade att det av EU-domstolens praxis⁶⁹ framgår att det vid uthyrning av personal är själva *uthyrningstjänsten som ska prövas* mot undantagsbestämmelserna i artikel 132.1 och därmed att en uthyrningstjänst i sig aldrig kan betraktas som sådan sjukhusvård, sjukvård eller sjukvårdande behandling som omfattas av undantagen i artikel 132.1 b och c, oavsett vem som är säljare respektive köpare av tjänsten.

Vidare prövades frågan om uthyrning av personal i sådant fall kan utgöra en *transaktion nära knutna till vården* och på den grunden vara undantagen från skatteplikt. Med hänvisning till ordalydelsen i artikel 123.1 b och det s.k. Horizon College-målet⁷⁰ konstaterade HFD att

⁶⁶ Se Kügler, C-141/00, EU:C:202:473, p. 36 och PFC Clinic, C-91/12, EU:C:2013:198, p. 24.

⁶⁷ Se domskälen i HFD 7270-17.

⁶⁸ Meddelad 2018-06-07.

⁶⁹ Målet *Horizon College* (C-434/05, EU:C:2007:343) som gällde frågan om utlåning av lärare omfattades av undantaget för undervisningstjänster i tidigare gällande sjätte mervärdesskattedirektivet (77/388/EEG). Domstolen konstaterade att utlåning i sig inte kunde betraktas som en verksamhet som omfattades av begreppet undervisning i den mening som avsågs i direktivet och att detta gällde även om det organ som lånade ut lärarna i och för sig var ett sådant utbildningsinstitut som avsågs i bestämmelsen. I målet ”*go fair*” *Zeitarbeit* (C-594/13, EU:C:2015:164) prövades om ett bemanningsföretags uthyrning av personal till vårdinrättningar för social omsorg var undantagen från skatteplikt enligt artikel 132.1 g i mervärdesskattedirektivet. Eftersom de personer som hyrdes ut inte bedrev någon självständig ekonomisk verksamhet utan var anställda, var de inte beskattningsbara personer som skulle omfattas av direktivet. Det konstaterades vidare av domstolen att de tjänster som skulle prövas mot undantagsbestämmelsen inte var de tjänster som *go fair Zeitarbeits* anställda tillhandahöll de personer som var i behov av vård och omsorg. De relevanta tjänsterna var i stället tjänster som bemanningsföretaget tillhandahöll vårdinrättningen, dvs. uthyrning av personal. Dessa tjänster bedömdes dock inte omfattas av undantaget. Det bedömdes också sakna betydelse för bedömningen att den uthyrda personalen var vårdpersonal som att personalen hyrdes ut till sådana erkända vårdinrättningar som avsågs i undantagsbestämmelsen.

⁷⁰ Se *Horizon College* (C-434/05, EU:C:2007:343).

uthyrning av personal under vissa förutsättningar torde kunna omfattas av undantaget men att villkoret för detta är att den som hyr ut personalen är en sådan vårdinrättning som avses i bestämmelsen. HFD beskrev slutsatsen enligt följande.

... uthyrning av vårdpersonal inte utgör sådan sjukhusvård, sjukvård eller sjukvårdande behandling som enligt artikel 132.1 b eller c i mervärdesskattedirektivet ska undantas från skatteplikt. Eftersom bolaget är ett bemanningsföretag som inte självt bedriver sjukvård kan uthyrningen inte heller undantas på den grunden att den ska ses som en transaktion nära knuten till vården. Bestämmelserna om undantag från skatteplikt i 3 kap. 4 och 5 §§ ML ska som framhållits tolkas mot bakgrund av bestämmelserna i mervärdesskattedirektivet. Vid tolkningen är det den personaluthyrningstjänst som bolaget tillhandahåller som ska prövas mot undantagsbestämmelserna. Uthyrningstjänsten som sådan utgör inte sjukvård enligt definitionen i 5 § och ska därmed inte undantas från beskattning enligt 4 §. För den bedömningen saknar det betydelse om de åtgärder som de uthyrda läkarna vidtar i arbetet hos den som hyr in dem i och för sig omfattas av definitionen av sjukvård i 5 §.

I enlighet med Skatteverkets yrkande fastställdes därmed Skatterättsnämndens förhandsbesked⁷¹.

Enligt en annan dom från 2016 i mål nr 2884–16⁷² ansåg HFD att läkares medicinska åtgärder i syfte att ställa diagnos och ge vård för att bota sjukdomar och komma till rätta med hälsoproblem, utgöra sjukvård i ovan angiven mening, även om kommunikationen med patienten sker via internet. Däremot ansågs undantaget från skatteplikt avseende sjukvårdstjänster inte tillämpligt i fråga om enbart rådgivning via Internet.⁷³

Mervärdesskattekomensation för kommuner och landsting m.fl.

I lagen (2005:807) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner landsting, kommunalförbund, och studieförbund (LEMK)⁷⁴ finns bestämmelser om *rätt till ersättning* för bl.a. kommuner för ingående skatt enligt mervärdesskattelagen (ML) och skyldighet att

⁷¹ Skatterättsnämndens beslut den 8 december 2017 i ärende dnr 30-16/I, vari nämnden hade bedömt motpartens tillhandahållna tjänster som *skattepliktig personaluthyrning* som således inte kunde omfattas av sjukvårdsundantaget.

⁷² Dom meddelad 2016–12–02.

⁷³ Se främst RÅ 2007 ref. 88 (III).

⁷⁴ Jfr regler om statens kompensationsrätt för ingående mervärdesskatt i förordning (2002:831) om myndigheters rätt till komensation för ingående mervärdesskatt.

i vissa fall justera sådan ersättning. Det som i lagen sägs om kommun gäller, enligt lagens 1 §, också *landsting* och kommunalförbund och samordningsförbund som avses i 4 § lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser. Ersättningsystemet är till för att utjämna mervärdesskattens konkurrenssnedvridande effekter vid kommunernas, landstingens, kommunalförbundens och samordningsförbundens val mellan att utföra tjänster i egen regi eller att upphandla tjänsterna från privata entreprenörer. Ersättning ges för ingående skatt i icke skattepliktig verksamhet såsom vård, skola och omsorg. Ersättning ges också för den *dolda mervärdesskatt* som ligger i priset vid upphandling av skattefri verksamhet inom vård, skola och omsorg.⁷⁵

I 2–5 §§ LEMK regleras rätten till ersättning. Enligt 2 § har *kommuner rätt till ersättning för ingående skatt* som inte får dras av eller för vilken återbetalning saknas enligt ML.

I 5 § LEMK regleras rätten till ersättning för *dold mervärdesskatt* vid upphandling eller bidragsgivning på följande sätt:

Kommuner har rätt till ersättning för de ökade kostnader som till följd av bestämmelserna om mervärdesskatt uppkommer vid upphandling av verksamhet inom sjukvård, tandvård, social omsorg och utbildning samt vid hyra av lokal för sådana boendeformer som avses i 4 §. Rätt till ersättning har kommunen också när den lämnar bidrag till näringsidkare för dennes verksamhet inom nämnda områden.

Storleken av ersättningar som avses i denna paragraf beräknas enligt schablon.

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om schablonberäkningen.

Nivån på ersättningarna regleras i förordningen (2005:811) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner, landsting, kommunalförbund och samordningsförbund (ersättningsförordningen). Av förordningens 1 § framgår bl.a. att ersättning för *dold mervärdesskatt* ska lämnas med 6 procent av kostnaden vid upphandling eller bidragsgivning.⁷⁶

Den som har rätt till ersättning enligt 2 och 5 §§ får, enligt 7 §, *ansöka* om sådan ersättning hos Skatteverket.⁷⁷

⁷⁵ Se författningskommentar till 1 § LEMK.

⁷⁶ Se dock vidare beskrivning och förslag till ändringar i ersättningsförordningen i Utredningen för översyn av ersättning till kommuner och landsting för s.k. *dold mervärdesskatt* (SOU 2015:93).

⁷⁷ När sådan ansökan senast ska lämnas in samt vilken ersättningsperiod den ska avse framgår också av 7 §.

Av 10 § framgår att det är *Skatteverket* som fattar beslut enligt lagen.

I 13–16 §§ finns bl.a. bestämmelser om Skatteverkets *utrednings- och kontrollmöjligheter* när det gäller rätten till ersättning eller skyldighet att justera densamma.

Av 17 a § framgår att *ersättning som ska utbetalas* av Skatteverket, ska *tillgodoföras mottagaren genom kreditering* på sådant skattekonto som avses i 61 kap. 1 § skatteförfarandelagen (2011:1244) (SKF).

På motsvarande sätt ska, enligt 17 b §, ersättning eller justeringsbelopp som ska betalas till Skatteverket, tas ut genom debitering på skattekontot enligt 61 kap. SKF.

Om frågan inte har avgjorts av förvaltningsdomstol, får Skatteverket *ompröva* ett ersättningsbeslut, beslut om justering av ersättning och beslut om avräkning eller ränta enligt den aktuella lagen (se 18 §) om detta begärs av kommunen eller om det finns andra skäl.⁷⁸

I 20–21 §§ regleras vilka beslut som får, respektive inte får *överklagas till förvaltningsdomstol*, samt att Skatteverket då blir motpart. Av 22 § framgår att Skatteverkets beslut gäller omedelbart om ej annat föreskrivits i beslutet eller bestäms av den instans som ska pröva beslutet.

4.7 Bestämmelser om arbetsmiljö

Arbetsmiljölagen (1977:1160) (AML) utgör en ramlag och upptar de grundläggande reglerna för arbetsmiljöns beskaffenhet. AML kompletteras av arbetsmiljöförordningen (1977:1166) (AMF) som innehåller bemyndiganden för Arbetsmiljöverket att meddela föreskrifter om närmare krav som skall uppfyllas i arbetsmiljöhänseende. Bestämmelser om exempelvis arbetstid finns i arbetstidslagen (1982:673) och i föreskrifter som har meddelats med stöd av den lagen.

⁷⁸ Enligt 20 § får däremot Skatteverkets beslut om föreläggande enligt 13 § eller revision enligt 15 § inte överklagas.

4.7.1 Arbetsmiljölagen (1977:1160)

Arbetsmiljölagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även i övrigt uppnå en god arbetsmiljö (1 kap. 1 §).

Av 1 kap 2 § framgår bl.a. att lagen gäller varje verksamhet i vilken arbetstagare utför arbete för en arbetsgivares räkning.

I 2 kap. 1 § regleras följande:

Arbetsmiljön skall vara tillfredsställande med hänsyn till arbetets natur och den sociala och tekniska utvecklingen i samhället. Vid fartygsarbete skall arbetsmiljön vara tillfredsställande också med hänsyn till sjösäkerhetens krav.

Arbetsförhållandena skall anpassas till människors olika förutsättningar i fysiskt och psykiskt avseende.

Arbetstagaren skall ges möjlighet att medverka i utformningen av sin egen arbetssituation samt i förändrings- och utvecklingsarbete som rör hans eget arbete.

Teknik, arbetsorganisation och arbetsinnehåll skall utformas så att arbetstagaren inte utsätts för fysiska eller psykiska belastningar som kan medföra ohälsa eller olycksfall. Därvid skall även löneformer och förläggning av arbetstid beaktas. Starkt styrt eller bundet arbete skall undvikas eller begränsas.

Det skall eftersträvas att arbetet ger möjligheter till variation, social kontakt och samarbete samt sammanhang mellan enskilda arbetsuppgifter.

Det skall vidare eftersträvas att arbetsförhållandena ger möjligheter till personlig och yrkesmässig utveckling liksom till självbestämmande och yrkesmässigt ansvar.

Vidare är arbetsgivaren, enligt 3 kap. 3 § skyldig att

se till att arbetstagaren får god kännedom om de förhållanden, under vilka arbetet bedrivs, och att arbetstagaren upplyses om de risker som kan vara förbundna med arbetet. Arbetsgivaren skall förvissa sig om att arbetstagaren har den utbildning som behövs och vet vad han har att iaktta för att undgå riskerna i arbetet. Arbetsgivaren skall se till att endast arbetstagare som har fått tillräckliga instruktioner får tillträde till områden där det finns en påtaglig risk för ohälsa eller olycksfall.

Arbetsgivaren skall genom att anpassa arbetsförhållandena eller vidta annan lämplig åtgärd ta hänsyn till arbetstagarens särskilda förutsättningar för arbetet. Vid arbetets planläggning och anordnande skall beaktas att människors förutsättningar att utföra arbetsuppgifter är olika.”

Enligt 3 kap. 4 § ska arbetstagaren medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i åtgärder som är nödvändiga för åstadkommande av en god arbetsmiljö.

I 3 kap. 5 § regleras följande:

I fråga om arbete som arbetsgivare själv utför skall denna lag och med stöd därav meddelade föreskrifter iakttagas i tillämpliga delar. Det samma gäller när två eller flera för gemensam räkning yrkesmässigt driver verksamhet utan att ha arbetstagare anställd, dock ej om verksamheten bedrivs endast av medlemmar av samma familj.

Den som ensam eller gemensamt med familjemedlem driver yrkesmässig verksamhet utan anställd är skyldig att följa vad i denna lag och med stöd av den har föreskrivits i fråga om teknisk anordning och ämne, som kan föranleda ohälsa eller olycksfall, samt beträffande gemensamt arbetsställe.

Av 4 kap. 10 § framgår att föreskrifter får meddelas om skyldigheter även i andra avseenden.

Av 3 kap. 12 § framgår att den som har rådighet över ett arbetsställe, ska se till att det där finns sådana fasta anordningar att en som arbetar där utan att vara arbetstagare i förhållande till honom inte utsätts för risk för ohälsa eller olycksfall och denne ska även se till att andra anordningar på arbetsstället kan användas utan sådan risk. I andra stycket stadgas att den som anlitar inhyrd arbetskraft för att utföra arbete i sin verksamhet ska vidta de skyddsåtgärder som behövs i detta arbete (dvs. kundföretagets s.k. *skyddsansvar* som beskrivits ovan). Av kommentaren till denna bestämmelse belyses problematiken kring gränser mellan uthyrning av arbetskraft och entreprenadverksamhet.

Det kan ibland vara svårt att dra en gräns mellan uthyrning av arbetskraft (och därmed också inhyrning av arbetskraft) och entreprenadverksamhet, speciellt mot bakgrund att bemanningsföretagen ofta bedriver verksamhet av båda slagen. Vägledande uttalanden om gränsdragningen finns i prop. 1970:166 s. 21–25. Omständigheter som talar för entreprenadskap är bl.a. att det är entreprenören som står för den faktiska arbetsledningen; arbetsplatsens storlek och sammansättning samt arbetsresultatet; att arbetet avser fullgörandet av en viss bestämd och avgränsad arbetsuppgift; att entreprenadföretaget står för material, verktyg och maskiner. Genom NJA 1989 s. 629 har ytterligare utvecklats på vilket sätt gränsdragningen ska ske. Se också AD 2006 nr 24. Sammanfattningsvis måste gränsdragningen mellan uthyrning av arbetskraft och entreprenad avgöras efter en bedömning av samtliga omständigheter i det enskilda fallet ...⁷⁹

⁷⁹ Se Blyme, Arbetsmiljölagen (1977:1160) 3 kap. 12 § andra stycket, Lexino 2014-07-01.

Arbetsgivare och arbetstagare ska vidare bedriva en *på lämpligt sätt organiserad arbetsmiljöverksamhet* (se 6 kap. 1 §) och det förutsätts att bestämmelserna (i kapitel 6) AML ska kompletteras med centrala och lokala kollektivavtal och inte genom nya myndighetsföreskrifter eller förelägganden och förbud från tillsynsmyndighet. *Arbetsmiljöverket* utgör *tillsynsmyndighet* över att AML och därtill hörande föreskrifter följs (7 kap. 1 §) och får därmed, gentemot den som har skyddsansvar⁸⁰ besluta om vissa förelägganden, rättelser, förbud och viten, som även får rikta sig mot staten som arbetsgivare (se 7 kap. 7 §).

4.8 Bestämmelser om bisysslor

Bestämmelser om bisysslor finns i lag (1994:260) om offentlig anställning (LOA), anställningsförordningen (AF), högskolelagen (1992:1434) samt andra författningar som gäller statsanställda. Bisysslor regleras också i statliga kollektivavtal. För statsanställda (och därmed enligt lag jämförliga anställningsformer) finns således begränsningar i att ha vissa bisysslor. Förbudet avser tre kategorier av bisysslor:

- Förtroendeskadliga bisysslor
- Arbetshindrande bisysslor
- Konkurrensbisysslor

Begreppet *bisysla* är däremot inte definierat i författningstext. Viss ledning för definitionen finns dock att hämta i praxis.

I målet *AD 1985 nr 69* refereras till förarbetena⁸¹ till dåvarande 6 kap. LOA (nuvarande 7 a–d §§). Av dessa bedöms det framgå

att bisysslebegreppet omfattar varjehanda sysslor vid sidan av den anställning som får anses vara en tjänstemans huvudtjänst. Även extraarbete för huvudarbetsgivaren eller annan myndighets räkning kan vara att betrakta som en bisysla, liksom tillfällig eller kortvarig verksamhet på fritid. Däremot träffar lagregeln inte sådan verksamhet som typiskt sett får anses höra hemma på området för den anställdes privatliv och vad därmed omedelbart har samband.

⁸⁰ Dvs. den som har skyddsansvar enligt 3 kap. 2–12 §§, 5 kap. 3 § första stycket eller 7 kap. 6 § AML.

⁸¹ Se prop. 1970:72 s. 75, jfr även s. 58.

Vidare konstateras i målet att bisyssla inte förutsätter en viss omfattning eller att det ska vara fråga om förvärvsverksamhet (detta kan dock ha betydelse för bedömningen om bisysslan ska förbjudas). I det aktuella rättsfallet har Arbetsdomstolen funnit att med begreppet bisyssla i LOA:s mening får förstås i princip varje bisyssla – tillfällig eller permanent – som utövas vid sidan av anställningen och som inte är hänförlig till privatlivet, vilka också gäller när personen är tjänstledig från sin huvudanställning (se Arbetsgivarverket, *Bisysslor*, 2012). Enligt Arbetsgivarverket bedöms denna i praxis beskrivna innebörd av begreppet bisyssla med härledning från LOA, även äga giltighet på begreppets innebörd i aktuella kollektivavtal.

4.8.1 Lag (1994:260) om offentlig anställning

Enligt 1 § omfattas anställda av 1) riksdagen och dess myndigheter och 2) myndigheterna under regeringen, där också särskilda föreskrifter finns för anställda som lyder under lagen (1994:261) om fullmaktanställning av bestämmelserna i LOA.

Av 2 § framgår att lagens bestämmelser också gäller anställda inom kommun, landsting och kommunalförbund när det gäller *bisysslor* (7–7 c §§), *arbetskonflikter* (23–29 §§), *interimistiskt beslut* (38 §) samt *vissa undantag från lagen (1976:580) om medbestämmande i arbetslivet* (42 § första och andra styckena). Kommunal- och landstingsanställda omfattas också av föreskrifterna i 30 §. Enligt kommentaren till 2 §, anges att motiven⁸² till att kommun- och landstingsområdet numer också omfattas av bestämmelserna om förtroendeskadliga bisysslor, vara att parterna inom detta område

inte längre med giltig verkan kan avtala att en anställd kan få ha en förtroendeskadlig bisyssla. Frågan har alltså avförts från kollektivavtalsområdet och regleras numera i stället i helt tvingande lag. I vilken mån de nya tvingande bestämmelserna om förtroendeskadliga bisysslor påverkar befintliga kollektivavtal och tillämpningen av dem, inklusive den närmare gränsdragningen till arbetshindrande bisysslor och konkurrensbisysslor, är något parterna på arbetsmarknaden själva får bedöma och i sista hand Arbetsdomstolen, om parterna inte är överens.⁸³

⁸² Hänvisning till prop. 2000/01:147 s. 16–18.

⁸³ Se författningskommentar, Hinn, 2 § LOA.

I 3 § undantas 1. statsråden, 2. riksdagens ombudsmän, 3. Riksrevisorerna, 4. arbetstagare som är lokalanställda av svenska staten utomlands och som inte är svenska medborgare, 5. arbetstagare som är anställda med särskilt anställningsstöd, i skyddat arbete eller med lönebidrag för utveckling i anställning, från lagens tillämpning. Däremot gäller bl.a. bestämmelserna om bisysslor i 7–7 d §§ för justitiekanslern och justitieråden.

I 7 § LOA regleras förbudet mot förtroendeskadliga bisysslor.

En arbetstagare får inte ha någon anställning eller något uppdrag eller utöva någon verksamhet som kan rubba förtroendet för hans eller någon annan arbetstagares opartiskhet i arbetet eller som kan skada myndighetens anseende.

Av författningskommentaren framgår följande:

... Med bisysslor avses såväl sysslor vid sidan av det arbete som är arbetstagarens huvudanställning, som extraarbete för huvudarbetsgivarens eller någon annan myndighets räkning eller verksamhet i egen regi. Också en tillfällig eller kortvarig verksamhet på fritiden kan vara oförenlig med anställningen. Risken för att bisysslor är förtroendeskadliga varierar mellan olika myndigheters verksamheter. Det är särskilt känsligt med bisysslor vid myndigheter med utpräglat maktutövande uppgifter (domstolar, polis etc.), medan bisysslor hos andra statliga organ kan vara mindre ömtåliga från förtroendesynpunkt. Bisysslor som inte brukar omfattas av förbudet är bl.a. fackliga, politiska eller andra ideella förtroendeuppdrag, uppdrag på grund av domstols förordnande enligt föräldrabalken samt statliga eller kommunala uppdrag i allmänhet. Bisysslor som kan påverka allmänhetens förtroende för arbetstagaren eller myndigheter som har maktutövande eller rättsvårdande uppgifter kräver särskild försiktighet, vilket bl.a. gäller vissa arbetstagare hos domstolar, inom polis och länsstyrelser, åklagare, utmätningsmän och förrättningslantmätare. För sådana arbetstagare är bisysslor hos enskilda arbetsgivare i stor utsträckning förbjuden. Andra slags privata bisysslor kan också ofta vara otillåtna för dem, t.ex. egen näringsverksamhet eller ersättningsgivande, enskilda uppdrag med rättslig anknytning eller styrelseuppdrag i ett affärsföretag. Bisysseförbudet omfattar bl.a. sådana förtroendeskadliga bisysslor som kan grunda jäv, se 11 § och 12 § FL, jfr Tryggve Hellners och Bo Malmqvist, Förvaltningslagen med kommentarer, 2003, s. 124. Arbetstagaren har själv ett betydande ansvar, när det gäller att bestämma om det är lämpligt att åta sig uppdrag eller andra ”extraknäck” vid sidan av anställningen. Arbetstagare som bryter mot 7 § LOA riskerar i första hand en omplacering eller någon annan ändring av huvudarbetsuppgifterna. Disciplinansvar kan också bli aktuellt. I mycket allvarliga fall kan även uppsägning eller avskedande komma i fråga.

Rätten att ha andra bisysslor än förtroendeskadliga finns i avtal inom alla delar av den offentliga sektorn.⁸⁴

I 7 a § regleras *arbetsgivarens skyldighet* att på ett lämpligt sätt *informera arbetstagarna* om vilka slags förhållanden som kan göra en bisyssla otillåten enligt 7 §. Bestämmelsen ger uttryck för det (den 1 januari 2002) införda kontrollsystemet för förtroendeskadliga bisysslor (bestämmelserna 7 a–d §§ LOA), genom vilket man har velat skärpa, förtydliga och göra detta system mer öppet. Såsom ett viktigt led i det förebyggande arbetet, har därmed ansetts ingå att arbetsgivaren informerar arbetstagarna om vad som kan vara en förtroendeskadlig bisyssla.

Av 7 b § framgår att en arbetstagare, på arbetsgivarens begäran, ska lämna de uppgifter som behövs för att arbetsgivaren skall kunna bedöma arbetstagarens bisysslor. Denna uppgiftsskyldighet omfattar alla slags bisysslor. Däremot måste arbetsgivaren i samband med inhämtandet av uppgifterna beakta gällande integritetsaspekter och på så sätt inte begära ut mer detaljer än nödvändigt. Inhämtade uppgifter får inte heller ske på sätt som kan komma att strida mot grundlagsstadgat skydd (t.ex. RF 2 kap. 2 § – skydd att ge tillkänna sin politiska, religiösa eller kulturella åskådning eller TF:s eller YGL:s förhandsgransknings- och efterforskningsförbud).⁸⁵ Däremot kan en arbetstagare som vägrar att lämna begärda uppgifter eller lämnar felaktiga eller ofullständiga uppgifter, drabbas av arbetsrättsliga påföljder som exempelvis disciplinpåföljd och uppsägning.

Enligt 7 c § ska arbetsgivaren besluta att en arbetstagare som har eller avser att åta sig en bisyssla som inte är förenlig med 7 §, ska upphöra med eller inte åta sig densamma. Ett sådant beslut ska vara skriftligt och måste också innehålla en motivering. Denna bestämmelse har gett myndigheterna en tydligare skyldighet att genom att

⁸⁴ I samma författningskommentar (till 7 § LOA) anges vidare gällande avtalen: ”... För statsanställda: bl.a. ALFA 1:15 och motsvarande kollektivavtal (Arbetsgivarverkets cirkulär 2002 A5). Se även Arbetsgivarverkets cirkulär 2002 A8, s. 52–56. För kommun- och landstingsanställda: se kollektivavtalet AB 01. För högre chefer gäller särskilda bestämmelser enligt 9 § 2 p. i Chefsavtalet (Arbetsgivarverkets cirkulär 2001 A7). Beträffande praxis om förtroendeskadliga bisysslor, se regeringsbesked på olika departementsområden, uttalanden av JK eller JO, beslut i Statens ansvarsnämnd och AD-domar i AD i Hinn/Aspegren, 2005, s. 36 f. Rättsfall från AD: AD 1985 nr 69 (allmänna uttalanden), AD 1989 nr 123, AD 1991 nr 99 och AD 1999 nr 106 (officer). Litteratur m.m.: Hinn/Aspegren, 2005, s. 29–57, förarbetena till 13 § statstjänstemannalagen (1965:274), som finns kommenterad i Ingmar Lidbeck, G. Normark och Sven-Hugo Ryman, Statens tjänstemän, 1970, s. 104; se även prop. 1965:60 s. 169.”

⁸⁵ Se författningskommentar Hinn, 7 b § LOA.

meddela särskilt beslut, förhindra det som är förtroendeskadligt. En sådan beslutsskyldighet föreligger inte bara om arbetstagaren begär det, utan även när arbetsgivaren på annat sätt fått kännedom om bisysslan. ”Om det föreligger risk för förtroendeskada eller andra beaktansvärda skäl utifrån arbetstagarens förhållanden, bör dock arbetstagaren kunna få viss respit – högst ett par, tre månader – med att upphöra med bisysslan.”⁸⁶ Tvister gällande ett sådant beslut ska handläggas enligt lagen (1974:371) om rättegången i arbetstvister (LRA) och Arbetsdomstolen är då slutinstans (enligt 37 § LOA).

I 7 d § regleras att ordinarie domare och chefer för myndigheter som lyder omedelbart under regeringen, är skyldiga att på eget initiativ, till arbetsgivaren anmäla vilka typer av bisysslor de har.

4.9 Kort analys av begreppen i olika regelverk

I styrningen av vårdvalssystemen används, som ovan har beskrivits, i lagtext parallellt ett flertal olika begrepp som syftar på den som antingen organiserar, beställer eller utför vården. Begreppen avgränsas eller utvidgas också beroende på vilken lagstiftning som används och i vilken roll den som exempelvis utför vården ska ses. Huvudmannen som har att organisera vården kan (se ovan) vara både stat, kommun eller landsting. Huvudmannen är då beställare av vård men kan också utföra vården själv (egenregi) och utgör därmed en (offentlig) utförare/vårdgivare. Likaså kan utföraren vara en privat aktör. I samband med att vården organiseras i vårdvalssystem genom LOV blir vårdgivaren eller utföraren också leverantör (eller underleverantör) av vård och vårdvalssystemet blir en del av ett valfrihetssystem. Nedan följer en kort redogörelse för begreppen och vissa viktiga skillnader dem emellan.

Begreppet ”vårdgivare”

I 2 kap. 3 § HSL definieras begreppet vårdgivare på följande sätt:

Med vårdgivare i denna lag avses statlig myndighet, landsting, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.

⁸⁶ Se författningskommentar Hinn, 7 c § LOA.

Enligt författningskommentaren till bestämmelsen tar begreppet alltså inte sikte på den person som faktiskt utför hälso- och sjukvård utan på ansvaret som åligger en vårdgivare, vilket är detsamma oavsett om vårdgivaren samtidigt är huvudman för verksamheten eller inte och innefattar både vårdgivare med offentlig huvudman och annan huvudman, med eller utan offentlig finansiering. Den som bedriver både hälso- och sjukvårdsverksamhet och annan verksamhet kan således anses vara vårdgivare avseende den delen som rör hälso- och sjukvård. Detta innebär att vårdgivare som är underställda huvudmän vars verksamhet inte regleras i HSL, ändå ska uppfylla kraven i HSL i tillämpliga delar.

Av 1 kap. 3 § patientsäkerhetslagen (PSL) framgår att med

vårdgivare avses i denna lag 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.

Av 1 kap. 3 § patientdatalagen (PDL) framgår på liknande sätt som i PSL, dock med tilläggsbeskrivning av vad som utgör offentlig respektive privat vårdgivare att med vårdgivare avses

statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård (privat vårdgivare).

Även om begreppet vårdgivare skiljer sig något i de olika lagarna, synes det beskrivna innehållet i begreppet vårdgivare i sig inte vara problematiskt.

Begreppet ”utförare”

Till skillnad från begreppet vårdgivare, används begreppet ”utförare” i lagtext men är inte definierat däri. Utförare återfinns exempelvis i beskrivningen av vårdvalssystemet i 7 kap. 3 § HSL:

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem) ...

När vårdvalssystemet omsätts i praktisk tillämpning blir vårdvalssystemet ett valfrihetssystem enligt LOV men däri används begreppet leverantör i stället för utförare.

Av patientlagen (PL) 9 kap. 1 § framgår att

Patient som omfattas av landstingets hälso- och sjukvård ska inom eller utom detta landsting ha möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad vård.

Sammanfattningsvis används begreppet utförare i ljuset av HSL med avgränsning till

- utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården,
- enbart med landstinget som huvudman (landstingets ansvar ...),
- som kan bedrivas i utförarens egenskap av offentlig och/eller privat aktör/vårdgivare.

Användande av samma utförarbegrepp i PL är, enligt utredningens tolkning av bestämmelsen, mycket vidare. Huvudmannaskapet och ansvaret för hälso- och sjukvården ligger i patientlagen fortfarande – på samma sätt som i HSL – på landstinget, men ingen avgränsning görs, avseende patientens rätt till val av utförare, till primärvården utan ”*valet*” kan enligt skrivningen omfatta samtliga utförare av offentligt finansierad vård. Det är därför viktigt att skilja på användandet av begreppen beroende på i vilken lag de är beskrivna i och i vilken kontext de är avsedda att användas.

Begreppet ”leverantör”

I 7 kap. 3 § HSL definieras *vårdvalssystemet* samt att lagen om valfrihetssystem (LOV) ska tillämpas i samband med landstingets organisering av primärvården. I 2 kap. 3 § LOV definieras begreppet *leverantör* på följande sätt:

Med leverantör avses den som på marknaden tillhandahåller tjänster som avses i 1 kap. 1 § första stycket. Med leverantör avses också en grupp av leverantörer.

Eftersom landstinget också kan använda sig av upphandling enligt LOU (se beskrivning ovan) blir leverantörsbegreppet relevant även utifrån upphandlingslagstiftningen. Eftersom LOU tillämpas i andra

verksamheter än bara inom hälso- och sjukvården, rymts i lagens leverantörsbegrepp

... den som på marknaden tillhandahåller varor eller tjänster eller utför byggtreprenader. Med leverantör avses också grupper av leverantörer. (se 1 kap. 16 § LOU).

När en vårdgivare eller utförare således bedriver hälso- och sjukvård/erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster som organiseras genom vårdval enligt HSL/valfrihetssystem enligt LOV (eller LOU), blir vårdgivaren/utföraren också *leverantör*. I ljuset av principerna för dessa system ses även den egna regin som leverantör, samtidigt som verksamheten primärt regleras genom kommunallagen (2017:725).

På motsvarande sätt som patienten enligt 7 kap. 3 § har rätt att välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, regleras i 1 kap. 1 § andra stycket LOV att

med valfrihetssystem avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.

Valbarhet för patienten enligt denna bestämmelse *förutsätter* således såväl *ett godkännande* och *ett avtalsförhållande* mellan den aktör som beställer och den som utför vården

Begreppet ”underleverantör”

Vare sig i nationell lagstiftning avseende valfrihetssystem, offentlig upphandling, eller i EU:s upphandlingsdirektiv, finns det någon legaldefinition av begreppet underleverantör. Det finns däremot tämligen utförliga regler om underleverantörskontrakt avseende upphandling inom försvars- och säkerhetsområdet. Likaså är visst kravställande gällande underleverantörer uttryckt i LOU, vilket däremot saknas i LOV. Trots att förfarandet i de olika lagarna väsentligen skiljer sig åt, bedömer utredningen att det på grund av avsaknad av annan vägledning gällande underleverantörsförhållanden, är rimligt att se på underleverantörsbegreppet i ljuset av upphandlingsreglerna och hur detta skulle kunna användas, tolkas och eventuellt förstärkas även inom ramen för vårdvalet/valfrihetssystemet.

Hur underleverantörsbegreppet ska tolkas blir vidare av avgörande betydelse bl.a. för hur de framtida s.k. nätläkartjänsterna ska hanteras

inom ramen för vårdvalssystemet. Den nuvarande tolkningen i bl.a. SKL:s riksavtal för utomlänsvård innebär att en underleverantör av hälso- och sjukvårdstjänster automatiskt blir ”valbar” inom valfrihets-systemet på samma sätt som en huvudleverantör, utan att krav specificeras gällande på vilket sätt eller i hur stor omfattning underleverantören medverkar till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag. En underleverantör omfattas indirekt av huvudleverantörens kontraktsvillkor och de tjänster som erbjuds av en underleverantör har därför enligt praxis också blivit en del av den offentligt finansierade vården.

Eftersom majoriteten av de digitala hälso- och sjukvårdstjänsterna i dag erbjuds av nätläkarbolag till patienter över hela landet (och mer sällan till de patienter som omhändertas eller är listade av huvudleverantören) blir frågan i hur stor del ett sådant nätläkarbolag faktiskt bistår huvudleverantören i uppdraget respektive bedriver vård gentemot en annan målgrupp än huvudleverantören. I befintliga strukturer är det inte orimligt att utifrån en upphandlingsrättslig tolkning snarare betrakta ett sådant nätläkarbolag som en *extern leverantör* till en utförare som har kontrakt med ett landsting, dvs. utan att den externa leverantören har ett eget avtal med landstinget. Se vidare problematisering och diskussion i kapitel 10.

5 Vårdval i primärvården

I takt med vårdens utbyggnad resursmässigt har också valfriheten för patienten ökat, delvis genom styrning. I detta avsnitt beskrivs denna utveckling liksom vårdvalsreformen och dess effekter.

5.1 Kort historik om primärvård och valfrihet

Primärvårdens utveckling

Primärvården har sina rötter i 1600-talet provinsialläkarväsende. De statligt anställda provinsialläkarna hade ett brett ansvarsområde, liksom i dagens primärvård. Provinsialläkare hade en bestämd station (stationeringsort) och tjänstgöringsdistrikt. Men antalet läkartjänster var fram till 1900-talets mitt mycket begränsat. Parallellt med detta växte användningen av distriktssköterskor fram. Ersta diakonissällskap i Stockholm inledde t.ex. sin verksamhet 1851 med ett sjukhus på Kungsholmen där det från början fanns sjuksköterskeutbildning på programmet. Under 1800-talets mitt sändes de första sjuksköterskeutbildade diakonissorna ut och flera kyrkliga diakoniföreningar bildades runt om i landet. Där fick de allt flera diakonissorna fick anställning, framför allt i städerna, där de bedrev öppenvårdsverksamhet och hemsjukvård.

I betänkandet *Den öppna läkarvården i riket* (SOU 1948:14) presenterades förslag till reformering av den öppna sjukvården. Grundprincipen var att skapa s.k. hälsocentraler, som var avsedda för både sjuka och friska och som skulle omfatta såväl sjukvårdens öppna mottagningar och fristående tjänsteläkarmottagningar som centra för både specialiserad och allmänmedicinsk öppenvård.

Huvudmannaskapet för provinsialläkarväsendet överfördes från staten till sjukvårdshuvudmännen och i slutet av 1960-talet fanns cirka 1 000 tjänster, vilket motsvarade 7 000 invånare per provinsialläkare.

Läkarna kom efter hand att arbeta vid större enheter (vårdcentraler), och yrkestiteln ändrades 1973 till distriktsläkare. Där ingick också andra professioner, bl.a. distriktssköterskor, vars uppdrag från 1964 var reglerat (i bl.a. Medicinalstyrelsens normalinstruktion för distrikts-sköterskor).

Under 1970-talet skedde i de flesta landsting en successiv distriktsindelning av primärvården där de nya vårdcentralerna fick bestämda upptagningsområden med vanligen omkring 10 000 invånare. Man bildade inom vårdcentralerna fasta arbetslag (vårdlag), bestående av distriktsläkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera – med ett gemensamt områdesansvar. Invånarna hänvisades vanligtvis till närmsta vårdcentral och systemet byggde alltså inte på valfrihet som princip.

Husläkarsystemet

Lagen (1993:588) om husläkare trädde i kraft 1994 och innebar att alla invånare i landet skulle få möjlighet att välja en husläkare. Flera sjukvårdshuvudmän bedrev redan eller planerade olika husläkar-system (SOU 2008:37). Men husläkarlagen reglerade alltså ett nationellt system med syfte att ge invånarna möjlighet att själva och på förhand välja en viss allmänläkare – husläkare – som sin fasta primärvårdskontakt. Reformen syftade till att förbättra tillgängligheten och kontinuiteten i distriktsläkarvården. Hela befolkningen skulle aktivt eller passivt listas hos en husläkare som man ständigt skulle kunna vända sig till. Husläkarreformen innebar inte bara en valfrihet för patienten att välja läkare. Det innebar också etableringsrätt för läkare och sjukgymnaster, vilka ersattes enligt en nationell taxa.

I lagen angavs att en enskild som ville ha en viss läkare som sin husläkare skulle anmäla detta till denne (3 §) och av HSL följde att landstinget ansvarade för att alla som var bosatta inom landstinget fick möjlighet att välja en husläkare (4 §). En husläkare skulle föra en *särskild förteckning* (dvs. lista) över dem som hen var husläkare för. Husläkaren skulle se till att landstinget fortlöpande hade kännedom om vilka dessa personer var (5 §). En enskild kunde avstå från att bli förtecknad hos husläkare genom att meddela detta till landstinget (6 §).

Hur landstingen skulle ordna valet och listningen pekades inte närmare ut i husläkarlagen. I förarbetena betonades att det var *önskvärt* att hela befolkningen inom ett sjukvårdsområde fick möjlighet att välja vid ett och samma tillfälle och att de mest utsatta grupperna inte eftersattes. Valet fick därför inte göras beroende av att den enskilde måste namnge en viss läkare. En kombination kunde tänkas där den enskilde dels själv namngav en viss läkare, dels fick möjlighet att ta ställning till förslag från landstinget. I frånvaro av aktivt val fick så kallad passiv listning tillämpas. Med detta förstods att de som inte framställt önskan om en viss läkare "automatiskt" tilldelades en husläkare, ofta utifrån områdesanknytningen. Den passiva listningen hade två syften; dels att garantera att svaga grupper ingick i systemet, dels att ge läkarna en ekonomisk säkerhet. Regeringens uppfattning var att det fanns många fördelar med husläkare som i huvudsak hade områdesanknytning, främst samspelet med andra yrkesgrupper i primärvården och "vårdgrannar" på primärvårdsnivån (prop. 1992/93:160).

En inbyggd begränsning av invånarnas valmöjligheter var den faktiska tillgången på husläkare och andelen läkare med ledig plats på sina listor. Antalet listade patienter skulle enligt husläkarlagen vara minst 1 000 och maximalt 3 000 per husläkare, om inte läkaren kom överens med landstinget om annat (12–14 §§). Lokala förutsättningar som geografiska förhållanden, befolkningstäthet, befolkningssammansättning och social struktur skulle därvid beaktas. Om husläkaren hade ledig plats på sin lista, dvs. färre personer på listan än det tak som föranmälts till landstinget, fick hen inte utan särskilda skäl vägra att en person fördes upp på förteckningen eller föra av en person från förteckningen. Landstingen kunde erbjuda de som listat sig hos en viss husläkare en annan sådan läkare, om vederbörande hade färre än 1 000 patienter efter 12 månaders verksamhet.

I husläkarsystemet rådde *etableringsfrihet*. Den som ville etablera sig som privatpraktiserande husläkare skulle anmäla detta till landstinget sex månader innan verksamheten startade (17 §). Efter anmälan skulle ett samråd ske mellan husläkaren och landstinget, bl.a. för att bestämma listans storlek och eventuella tillägg utöver de obligatoriska uppgifter lagen pekade ut. Landstingen hade ett indirekt inflytande över antalet privata etableringar bl.a. genom hur befolkningserbjudandet och husläkaråtagandet utformades.

Stora variationer fanns i andelen privata husläkare mellan landstingen. De privata husläkarna hade ofta varit privatpraktiserande

också före reformen, men även landstingsanställda distriktsläkare övergick till att vara privata husläkare (SOU 2008:37).

I lagen angavs att ersättningen till husläkaren till övervägande del skulle bestå av en fast ersättning per listad individ (dvs. kapitering) (20 §). Därutöver kunde ersättning lämnas dels per besök antingen i form av patientavgifter eller av en besöksavgift som lämnas av huvudmannen eller en kombination av dessa, dels i form av en så kallad åtgärdstaxa för behandling som låg vid sidan om allmänmedicinen.

Husläkarsystemet begränsades genom ändringar 1995 och upphävdes redan 1996. Som motiv för riksdagens ställningstagande angavs bl.a. att husläkarsystemet minskade den enskildes valfrihet och att varje landsting måste ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud. Utskottet uttalade att det viktiga var att garantera ”den enskildes rätt till kontinuitet i sin läkar-kontakt, en fast läkarkontakt, inte läkarens rätt att etablera sig som husläkare”. Husläkarsystemet slog sönder primärvården, att det minskade den enskildes valfrihet och att varje landsting skulle ges rätt att organisera primärvården efter lokala förutsättningar utan centrala påbud (prop. 1994/95:195). Den s.k. Husläkardelegationen, som tillsattes 1993 för att följa utvecklingen och effekterna av husläkar-reformen hade gett en i stora drag positiv bild av reformens första halvår (SOU 1994:126) men en något senare uppföljning av Institutet för hälsoekonomi visade samtidigt på vissa problem, främst för landstingen när det gällde likabehandling av utförare i offentlig och privat regi (SOU 2008:37).

Efter husläkarreformen

Genom propositionen Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) ville regeringen stärka primärvården. I stället för att styra utvecklingen av familjeläkar-system genom lagstiftning kom regeringen i ett utvecklingsavtal överens med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet om insatser i linje med den önskade inriktningen (Avtal om utvecklings-insatser inom vården och omsorgen för åren 2002–2004).

Regeringen eftersträvade inte en likformig detaljerad primärvårdsmodell över hela landet utan primärvårdens uppdrag skulle i varje lands-

ting preciseras utifrån regionala förutsättningar (prop. 1999/2000:149, s. 26).

Uppföljningar av handlingsplanen och primärvården visade att familjeläkar-konceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Viktiga ingredienser i ett familjeläkarkoncept var enligt Socialstyrelsen fast läkarkontakt, valfrihet och mångfald. Just dessa frågor hade dock tonats ner i många landsting. Det tycktes också, menade Socialstyrelsen, ha skett en förskjutning från betydelsen av fast läkarkontakt i primärvården till en ökad kontakt med andra personalkategorier (Socialstyrelsen 2005). Socialstyrelsen redovisade inte heller någon förskjutning i netto-kostnadsandel för hälso- och sjukvården till primärvårdens fördel, trots det relativt stora resurstillskott som kopplades till handlingsplanen. Endast Västmanland hade (på frivillig basis) fortsatt arbeta efter familjeläkarmodellen och inte heller den satsning som gjordes i samband med den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården ledde till en mer familjeläkarinriktad primärvård.

I en undersökning av primärvården 2006 fanns i de flesta landsting en kombination av aktiv och passiv listning i primärvården (Socialstyrelsen 2007). Socialstyrelsen konstaterade att det gemensamma geografiska ansvaret var grunden för de flesta vårdcentraler, men att *enskilda patienter vanligen kunde välja en annan vårdcentral* eller byta läkare inom samma vårdcentral. Två landsting tillämpade enbart aktiv listning och två enbart passiv listning. Ersättningsprinciperna för primärvården kunde variera inom ett och samma landsting. Tio landsting uppgav att de använde någon form av kapitering, vilket innebär att vårdgivaren får en fast ersättning per listad individ. I nio av dessa landsting hade kapiteringen kompletterats med en rörlig ersättning per besök (fem landsting), alternativt med en rörlig ersättning per besök kompletterad med ersättning för uppnådda mål (fyra landsting). Även bland de nio landsting som angav att de tillämpade ”andra ersättningsprinciper” var kombinationer av kapitering och rörlig ersättning den vanligaste principen.

5.2 Vårdvalsreformens kärna var valfrihet och etablering

Landstingen blev skyldiga att införa vårdvalssystem i primärvården den 1 januari 2010 (prop. 2008/09:74). Några landsting hade på frivillig väg infört vårdvalssystem i primärvården: Halland (2007), Västmanland och Stockholm (båda 2008), samt Uppsala, Kronoberg, Skåne, Östergötland och Västra Götaland (samtliga under 2009) och resterande landsting började under 2010, efter att den tvingade lagen hade trätt i kraft.

Som beskrivs närmare i avsnitt 4.2.2 anger den sammantagna regleringen av vårdvalssystem i primärvården dels hur landstingen ska *organisera* primärvården, dels att patienten har *valfrihet* mellan alla utförare i primärvården, dels att privata utförare som möter de av landstinget uppställda kraven enligt LOV har *etableringsfrihet*.

5.2.1 Syfte och mål

I förarbetena till vårdvalsreformen angavs att det under senare år gjorts flera insatser för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Men utvärderingar visade på fortsatt bristande tillgänglighet och att patienterna saknade tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation. Regeringen angav att patienternas möjligheter att få vård i tid och att själva välja vårdgivare och vårdtillfälle därför behövde stärkas ytterligare samtidigt som mångfald inom vården behövde stimuleras. Regeringen gjorde övervägandena att en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Genom att pengarna följer patienten kan ökad valfrihet också bidra till att stimulera kvalitetsutveckling eftersom stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet. Det skapas därmed konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Ett sätt att stärka patienternas valmöjligheter och inflytande och samtidigt förbättra möjligheterna för vårdgivare att starta egen verksamhet, är att införa obligatoriska vårdvalssystem i primärvården. En sådan modell har flera fördelar. Den innebär att det blir möjligt för fler privata vårdgivare att etablera sig så att patienterna får fler vårdgivare att välja

mellan. Genom en rätt till vårdval där ersättningen följer patienternas val, förtydligas och förstärks också patienternas valmöjligheter ytterligare. (prop. 2008/09:74 s. 26)

Regeringen anförde att *det grundläggande syftet* med att införa ett vårdvalssystem i primärvården är att *stärka patienternas valmöjligheter*. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienten. Ett vårdvalssystem med *fri etablering* ökar dessutom möjligheten för fler vårdgivare att etablera sig. ”Genom att vårdgivaren finansieras genom patientens val är det av avgörande betydelse för vårdgivarna hur patienterna väljer” (prop. 2008/09:74 s. 37 f.).

5.2.2 Överväganden inför reformen

Av regeringens direktiv (dir. 2007:90) till utredningen Patientens rätt i vården framgick att

för att stärka rätten till valfrihet skall utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. Konkurrens skall ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård. Utredaren skall föreslå åtgärder som befrämjar detta.

Regeringen anförde vidare att

patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver stärkas ytterligare. En viktig del i ett sådant arbete är en vidareutveckling och lagreglering av den nationella vårdgarantin och av det fria vårdvalet. Genom en sådan reglering blir vårdens åtagande mot patienten tydligare både för patienten och för vårdgivaren.

Utredningen presenterade i delbetänkandet *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37) ett antal alternativ för fri etablering. Betänkandet innehåller *inga överväganden om innehållet i valfriheten*, dvs. vad patienten vill eller bör välja mellan. Såvitt får förstås gjordes utredningen bedömningen att eftersom målet att stärka rätten till valfrihet var givet, fanns det inte anledning att uppehålla sig kring sådana frågor.

Nytt husläkarsystem

Ett återinförande av husläkarsystemet med den norska primärvården som förebild avfärdades av utredningen, som menade att förslaget inte gick i linje med den pågående utvecklingen i många landsting.

Husläkarsystemet har kritiserats för att vara alltför läkarcentrerat och inte tillräckligt beaktat behovet av andra kompetenser. Landstingen eftersträvade i stället att skapa effektivare vårdkedjor och utveckla teamarbetet där olika professionella yrkesgrupper tillsammans förebygger, behandlar och rehabiliterar utifrån den enskildes behov. Teamarbetet hade traditionellt sett haft en stor betydelse i den svenska primärvården och de organisationsstrukturer som då fanns på plats i primärvården byggde på andra premisser än i Norge.

Statligt ansvar för primärvården

En nationellt reglerad vårdvalsmodell där staten skulle ta över ansvaret för primärvården bedömdes ha flera fördelar. Den kunde ge bättre förutsättningar för en mer enhetlig primärvård med större likhet över landet och också beskriva det offentliga åtagandet tydligare. Det bedömdes bättre bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. En reform skulle också gynna kvalitetsutvecklingen i primärvården genom att kvalitetskriterier bestäms på en gemensam nivå samt underlätta för privata vårdgivare att etablera sig i landsting som av tradition har få privata vårdgivare. Men nackdelarna bedömdes överväga: en nationell modell kan vara trögare att förändra och således vara mindre utvecklingsinriktad än olika regionala system och förslaget kan ses som en begränsning i landstingens självbestämmande.

Regional vårdvalsmodell

Utredningen föreslog att fri etablering i primärvården införs genom en regional vårdvalsmodell som i huvudsak utformas av landstinget, men där staten fastställer primärvårdens grunduppdrag. Som en fördel med modellen lyfte utredningen fram att förslaget kan genomföras på relativt kort tid, eftersom det inte medför några systemförändringar i ansvaret mellan stat och landsting. Förslaget innebär också att systemen kan utvecklas genom att olika vårdvalsmodeller kan existera parallellt och prövas mot varandra. Samtidigt konstaterade utredningen att modellen innebär att

de olikheter som i dag finns över landet kring primärvårdens innehåll och resultat kan komma att bestå. Det finns – i alla fall i teorin – risk för att 21 olika vårdvalssystem kommer att byggas upp i landet. Avsaknaden av ett nationellt vårdvalssystem innebär att de vårdgivare som önskar etablera sig skulle få olika villkor för att kunna ansluta sig beroende på i vilket landsting verksamheten ska bedrivas. Det finns också risk för att landstingen genom olika villkor kan komma att försvåra för privata vårdgivare som önskar etablera sig.

Regeringen konstaterade därefter att varje primärvårdsmodell innebär olika styrkor och svagheter. Målet att stärka patienternas intressen och verka för en likformig vård för hela befolkningen ställs delvis mot landstingens intresse av att självständigt bestämma hur de vill organisera vården. Det är följaktligen svårt att utforma ett förslag om fri etablering med ökade valmöjligheter utan att landstingens möjligheter till självbestämmande påverkas (prop. 2008/09:74). Regeringen drog slutsatsen att den modell som bäst balanserar patienternas, utförarnas och landstingens intressen är en regional vårdvalsmodell där landstinget formulerar kraven (bl.a. uppdragen) och vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven har rätt att etablera sig inom primärvården med offentlig ersättning.

Därefter har en reglering av ett nationellt grunduppdrag för primärvården lämnats av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2018:39, se avsnitt 5.3.3). Förslaget bereds för närvarande i Regeringskansliet.

5.2.3 Behovet av omprövning

I betänkandet som föregick vårdvalssystemen konstaterades följande.

Hittills är emellertid systemen oprövade och de reella effekterna på patientinflytandet okänt. Genom löpande vunna erfarenheter och redovisade utvärderingar har landstingen möjligheter att justera systemen utifrån icke önskvärda effekter. Landsting som i dag inte har vårdvalssystem kan ta del av erfarenheter från de landsting som har infört vårdvalssystem när de ska konstruera sitt system. Att vårdvalssystemen kan se olika ut över landet kan också stimulera utvecklingen, genom att olika system, utan någon nationell detaljreglering, får prövas mot varandra.

(SOU 2008:37 s. 101)

I en regional vårdvalmodell är det enligt utredningens bedömning naturligt att landstingen också i fortsättningen beslutar om ersättningssystemets utformning. En aktivare nationell granskning och uppföljning är dock angelägen ur flera perspektiv.

(SOU 2008:37 s. 111)

Regionalt utformade ersättningssystem innehåller såväl möjligheter som svårigheter. Utvecklingen av ersättningssystemen måste omgärdas med en aktiv uppföljning, också från ett perspektiv av att upprätthålla konkurrensneutralitet.

(SOU 2008:37 s. 118)

Efter det att de regionala vårdvalssystemen varit i kraft en tid och också utvärderats kan det finnas anledning att återkomma till frågan om en mer enhetlig nationell reglering bör införas. Det är enligt utredningens bedömning mycket som talar för en sådan utveckling.

(SOU 2008:37 s. 104)

Viss uppföljning av olika avgränsade aspekter av vårdvalsreformen har genomförts av bl.a. Konkurrensverket, Riksrevisionen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys samt landstingen själva. Gemensamt utvecklingsarbete har även bedrivits av landstingen med statligt ekonomiskt stöd när det gäller utveckling av ersättningssystemen samt uppföljning. Någon samlad uppföljning eller utvärdering har däremot inte genomförts tidigare.

Flera av dessa tidigare uppföljningar liksom offentliga utredningar har pekat på behoven av att justera vårdvalet. I det följande återkommer vi till de närmare invändningar som riktats mot vårdvalssystemen.

5.3 Tidigare överväganden avseende vårdvalssystemen och LOV

5.3.1 Förslag till avskaffande av det obligatoriska vårdvalet 2015

Genom regeringens proposition 2014/15:15 föreslogs att landstingen inte längre ska vara skyldiga att ha vårdvalssystem inom primärvården. Landstingen skulle i stället *få* ha vårdvalssystem enligt lagen om valfrihetssystem.

I motiven till förslaget anförde regeringen bl.a. följande:

Utöver att kravet på vårdvalssystem har inskränkt det kommunala självstyret har uppföljningar av vårdvalet visat att nya vårdcentraler främst etablerats i storstäder och i områden med redan hög tillgänglighet. [...]

Nya privata vårdgivare har efter 2010 oftare etablerat sig i områden med goda socioekonomiska förhållanden [...] Landsting med låg befolkningstäthet har generellt haft mindre ökning av vårdutnyttjandet än mer tätbefolkade regioner. Tillgängligheten har således främst tillfallit invånare med god eller genomsnittlig närhet till tätort. [...] Kravet på obligatoriskt vårdvalssystem har således inneburit en ojämn fördelning av primärvårdens resurser mellan olika grupper. Detta står i strid med målen om en jämlik vård och med hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att vården ska fördelas efter människors behov. [...]

De föreslagna ändringarna innebär således att skyldigheten att tillämpa LOV tas bort. Landstingen har dock fortfarande möjlighet att själva bestämma om de vill organisera primärvården i enlighet med LOV. Landsting som vill fortsätta att använda privata vårdgivare kan följaktligen organisera primärvården i enlighet med LOV eller upphandla primärvård enligt [...] LOU. De kan även tillhandahålla vårdvalssystem inom ramen för egen regi.

(prop. 2014/15:15).

Förslaget som hade remitterats i form av en remisspromemoria hade mött kraftig kritik från många remissinstanser. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* avstyrkte förslaget och anförde att landstingen själva ansvarar för utformningen av ersättningssystem, villkor för listning, åtagande och kvalitetskrav och har möjlighet att indirekt styra över etableringen av vårdgivare och utbudet i olika delar av landstingen, även inom vårdvalssystem enligt LOV. Landstingen har även möjlighet att direkt styra utbudet genom etableringen av egen regi till exempelvis socioekonomiskt svaga områden. Inom ramarna för nuvarande obligatoriska vårdval bedömde myndigheten att det finns stora möjligheter för landstingen att korrigera för icke önskvärd snedfördelning av vårdutnyttjandet mellan olika grupper. Myndigheten såg vidare risker att den föreslagna lagändringen medför försämrad likvärdighet över landet. Om landsting väljer att inte tillämpa LOV finns ingen nationell lagreglering gällande att ersättningen till utförarna oavsett regi ska följa patientens val av vårdgivare. Om vissa landsting väljer att avskaffa LOV, och samtidigt inför en ersättningsmodell där ersättningen inte följer patientens val, bedömdes utförarna ha svagare incitament att ta emot fler patienter eller beakta patienters perspektiv och önskemål.

Bl.a. *SKL* avstyrkte förslaget med hänvisning till patientlagen och risken för ökade olikheter över landet. Förslaget kan innebära att landsting inte kommer att ha valfrihetssystem inom primärvården och att medborgare därför kommer att ha begränsade valmöjligheter i det egna landstinget men däremot möjligheten att välja olika utförare i andra landsting.

Vårdföretagarna anförde att LOV ger långsiktiga relationer för patienter, vårdgivare och landstingen. Valet står mellan att använda LOV eller göra LOU-upphandlingar, om inte landstinget vill driva all primärvård i landstingsregi. Patientens kontinuitet och val av läkare kan inte garanteras vid LOU-upphandlingar.

Mot bakgrund av kritik under riksdagsbehandlingen, bl.a. med hänvisning till remissutfallet samt den bristande beredningen av ärendet, återtogs förslaget av regeringen i december 2014.

5.3.2 Förslag till en ny lag om valfrihetssystem

Välfärdsutredningen föreslog i delbetänkandet *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78) att nuvarande LOV ska upphävas och ersättas av en ny lag om valfrihetssystem. Den nya LOV föreslogs vara begreppsmässigt distanserad från upphandlingslagstiftningen och i stället anpassas till att det är en nationell reglering, som tydligare bör följa svenska förvaltningsrättsliga principer, t.ex. ska lagen gälla generellt för tjänster som omfattas av vissa angivna lagar, såsom HSL, SoL och LSS. I den nya LOV föreslogs ytterligare grunder för när en sökande får uteslutas. Utredningen föreslog vidare att det i lagen ska anges att kommuner och landsting ska se till att avtal som ingås inom ramen för ett valfrihetssystem innehåller villkor som gör det möjligt att avsluta avtalet om kommunen eller landstinget beslutar att avsluta valfrihetssystemet. Vidare föreslogs att förvaltningslagen (1986:223) (FL) ska tillämpas vid handläggningen av ärenden enligt nya LOV, vilket inte är fallet enligt nuvarande LOV. Även vissa bestämmelser i FL som gäller vid myndighetsutövning, så som rätten att få del av uppgifter som tillförts ärendet genom någon annan skulle gälla.

I motiven till förslaget anförde utredningen att kontrakt som ingås enligt LOV varken ska ses som upphandling eller tjänstekoncessio-

ner.¹ Utredningen bedömde att valfrihetssystem, EU-rättsligt, utgör en form av auktorisationssystem. Detta innebär att valfrihetssystem inte behöver anpassas till det upphandlingsrättsliga regelverket. Enligt utredningens bedömning är det också under vissa förutsättningar rättsligt möjligt att reservera ett valfrihetssystem enbart för idéburna aktörer.

Flera remissinstanser ifrågasatte frikopplingen från upphandlingslagstiftningen i övrigt samt bedömningen att valfrihetssystem enligt LOV inte utgör tjänstekoncessioner (bl.a. *Kammarrätten i Stockholm* och *Almega*). Även förslaget att en myndighet själv ska få bestämma att införa ett valfrihetssystem enbart för idéburna aktörer om det inte föreligger ett gränsöverskridande intresse kritiserades. *Svenskt Näringsliv* anförde att det i princip alltid föreligger ett gränsöverskridande intresse inom vård- och omsorgsbranschen i Sverige. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* anförde att förslaget om reserverade valfrihetssystem kan riskera valfriheten om vinstdrivna aktörer utesluts där få idéburna aktörer är aktiva.

Utredningens förslag i denna del har hittills inte föranlett något förslag från regeringen.

5.3.3 Förslag till Vårdval primärvård och ett nationellt grunduppdrag för primärvården

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård föreslog i delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) att ett nationellt grunduppdrag för primärvården ska införas. Det nationella grunduppdraget innebär att landsting och kommuner inom ramen för sitt hälso- och ska sjukvårdsansvar ska säkerställa att primärvården särskilt

1. tillhandahåller kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som av kvalitets eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,
2. svarar för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens,

¹ Tjänstekoncessioner är en speciell form av upphandling som genom 2014 års upphandlingsdirektiv kommit att omfattas av ett särskilt direktiv.

3. ger sakkunnig information, rådgivning och stöd utifrån individuella behov, förutsättningar och preferenser till patienter som själv eller med hjälp av närstående kan vidta åtgärder,
4. bedriver forskning,
5. samordnar patientens kontakter med andra delar av hälso- och sjukvården i de fall primärvården är involverad i patientens vård,
6. tillhandahåller förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser,
7. tillhandahåller rehabiliterande åtgärder utifrån patientens individuella behov, förutsättningar och preferenser, och
8. har en mycket god tillgänglighet.

Grunduppdraget föreslogs införas i hälso- och sjukvårdsförordningen. För att tydliggöra särställningen hos det av landstingets vårdval i primärvården som utgår från generalistkompetensen hos bl.a. specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor, och fungerar som navet i den primärvård som bedrivs med landstinget som huvudman, föreslog utredningen att det bör benämnas *Vårdval primärvård*. Utredningen föreslog också att landstinget ska organisera Vårdval primärvård så att utförare ensam eller i samverkan med andra särskilt tillhandahåller de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras.

Många remissinstanser tillstyrkte utredningens förslag om en övergripande nationell reglering av primärvårdens grunduppdrag. SKL anförde att grunduppdraget måste vara brett förankrat och hållbart över tid för att kunna utgöra ett förtydligande för befolkningen avseende hur hälso- och sjukvårdens resurser förväntas disponeras och vad befolkningen kan förvänta sig av primärvården. Det är SKL:s mening att denna övergripande styrning, som kommer att inskränka det kommunala självstyret men som bedöms nödvändig ska ske genom lagstiftning. SKL betonar att grunduppdraget bör fokusera på vad primärvården ska åstadkomma snarare än hur detta ska uppnås.

Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

5.4 Kartläggning av styrningen av primärvården

I delbetänkandet gav vi en utförlig beskrivning av statens och landstingen styrning med särskilt fokus på landstingens styrning samlade styrning av primärvården och vårdvalssystemen. I det följande kommer delar av den beskrivningen att sammanfattas och därutöver kommer vi ge en uppdaterad beskrivning av landstingens ersättningssystem. Uppgifterna i denna del utgår från en enkätundersökning till landstingen som SKL har genomfört under 2019 (SKL 2019c). I förekommande fall görs jämförelser med ersättningssystemen 2016 och 2017, som bygger på tidigare enkätundersökningar av SKL till landstingen under samma år. Uppgifter från de tidigare undersökningarna presenterades mer utförligt i delbetänkandet.

Det har under senare år även kommit flera andra sammanställningar av landstingens ersättningssystem (se bl.a. Lindgren 2019).

Landstingens styrning innehåller många delar som påverkar i styrningshänseende. Nedan beskrivs de främsta delarna.

1. Uppdraget

I praktiken utgår landstingens styrning till stor del från uppdraget. Landstingsstyrelsen beslutar årligen om ”landstingsplanen”, som är det övergripande styrdokumentet för landstingen. Där anges mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar. Landstingsplanen omsätts av de politiska nämnderna och förvaltningen.

Det faktum att primärvården sedan 2010 ska organiseras i form av vårdvalssystem, med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem innebär principiellt att landstingen har någon form av beställar-utförarmodell. En central del i landstingens styrning av primärvården är därför uppdraget, dvs. vad som ingår i utförarens åtagande. Detta framgår av förfrågningsunderlaget (ibland synonymt med benämningen regelbok) där uppdraget framgår samt de krav och villkor som gäller.

2. Kostnadsansvaret

Med kostnadsansvar avses i vilken mån en enhet eller utförare har ett kostnadsansvar för t.ex. medicinsk service eller när patienten besöker en annan vårdgivare.

3. Ersättningsmodellen

Med ersättningsmodellen avses dels vilka ersättningsprinciper som används, t.ex. kapitering eller prestationsbaserad ersättning, dels på vilket sätt principerna justeras genom viktning på olika sätt, t.ex. utifrån socioekonomi.

Som utgångspunkt kan sägas att de tre huvudsakliga kategorierna av ersättning är antingen fast, rörlig eller målbaserad ersättning (eller någon kombination av dessa). De grundläggande ersättningsprinciperna för hälso- och sjukvården inom dessa kategorier är följande.

Tabell 5.1 Olika ersättningsmodeller

Typ av ersättning	Förklaring
Fast ersättning	
Anslagsfinansiering	Innebär att utföraren får ersättning som baseras på en i förväg bestämd budget.
Kapitering	Innebär att utföraren får en fast ersättning per individ i den befolkning som är knuten till utföraren, t.ex. genom listning.
Rörlig ersättning	
Ersättning per utförd åtgärd/tid	Innebär att utföraren får ersättning utifrån den volym vård som produceras, t.ex. besök eller operationer eller andra åtgärder.
Ersättning per produktgrupp	Innebär att utföraren får ersättning som baseras på ett i förväg fastställt pris på vissa givna insatser. Inom den specialiserade vården används s.k. Diagnosrelaterade grupper (DRG) och vårdepisodersättning.
Målbaserad ersättning	
Målbaserad ersättning	Innebär att utföraren får ersättning i förhållande till de resultat som uppnås. Används som komplement till övriga ersättningsprinciper.

Kategoriseringen ovan kan i viss mån vara flytande. Ett exempel är att kapitering från utförarens perspektiv kan ses som en rörlig ersättning eftersom antalet individer som ersättningen baseras på är rörligt, på grund av valfriheten.

4. Ersättningsnivån

Med ersättningsnivån avses ersättningens storlek för olika delar i styrmodellen och vilken sammantagen resursram som finns för att bekosta vården.

5. Uppföljning

En ytterligare viktig aspekt av landstingens styrning är uppföljningen. Ökade krav på kostnadskontroll samt produktivitet och kvalitet har inneburit ett ökat inslag av prestationsmätningar i vården på olika sätt. Tillgången till data från kvalitetsregister och andra datakällor har bidragit till detta. Långt ifrån all den prestationsmätning som görs av vårdens verksamheter används för ersättningssystemen. Det kan t.ex. i stället handla om att användas som ett stöd för verksamheter att utveckla arbetssätt (Glenngård 2017a).

5.4.1 Uppdragen

Ett sätt för huvudmännen att styra vårdgivares aktiviteter inom vårdvalssystemet är kontraktet eller ”godkännandet” som det ibland kallas. Detta är en förutsättning för att privata mottagningar ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom vårdvalssystemen. De ekonomiska och verksamhetsmässiga kraven på utförare bestäms av respektive landsting. Samma krav ska gälla för privata och offentliga mottagningar. Huvudmännen godkänner privata mottagningar som uppfyller dessa krav och tecknar sedan ett kontrakt som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga mottagningar tecknas i stället en vårdöverenskommelse för varje mottagning baserad på samma krav. Godkännandet gäller formellt i två år med automatisk förlängning i de flesta fall.

I praktiken gäller godkännandet tills vidare så länge man uppfyller kraven, och uppföljning sker kontinuerligt (Glenngård 2015).

Förfrågningsunderlaget (eller regelboken eller ackrediteringsvillkoren, som det benämns av några landsting) reglerar vilka krav som vårdgivare ska uppfylla för att få bedriva primärvård och ta del av offentlig finansiering i respektive landsting. Det är också detta dokument som ligger till grund för det kontrakt som tecknas mellan vårdgivare och huvudmän.

Utformningen av kraven varierar mellan huvudmännen beroende på lokala prioriteringar. En genomgång av förfrågningsunderlagen visar dock att primärvårdens uppdrag generellt är omfattande, med undantag för främst Stockholm. Vårdgivare förväntas ta ett stort ansvar för listade individers behov av öppenvård. Det finns en gemensam kärna som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting, visar en uppföljning av Socialstyrelsen (2016). Detta omfattar följande:

- Mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- Jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- Läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård
- Medverkan i landstingets smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.

Samtidigt som det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar t.ex. om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt för rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser. I betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) ges en utförlig beskrivning av skillnader m.m. i uppdragen. Mot bakgrund av detta föreslås i betänkandet ett nationellt grunduppdrag för primärvården (se avsnitt 5.3.3).

5.4.2 Kostnadsansvaret

En betydelsefull del av villkoren för alla utförare inom primärvården är hur stort ansvar man har för kostnader som uppkommer i andra delar av hälso- och sjukvården men som anses kunna hänföras till en patient som man har ansvar för (genom listning). I nästan alla lands- ting har utförarna kostnadsansvar i olika utsträckning för sina listade patienters vårdkonsumtion men utformningen av ansvaret och i vilka fall det inträder varierar, som framgår av tabell 5.2.

Tabell 5.2 Kostnadsansvar för listades konsumtion

Region	Vård- konsumtion	Inom länet		Utom länet		Läkar- Besök nat. taxan	Fullt kostnads- ansvar medicinsk service
		Digital vård läkar- kontakt	Fysisk vård läkar- besök	Digital vård läkar- kontakt	Fysisk vård läkar- besök		
Blekinge	Ja	200	400	Fakt. pris	Fakt. pris	NA	Ja
Dalarna	Ja	Nej	500	650	Fakt. pris	562	Ja
Gotland	Ja	Nej	400	Nej	Nej	Nej	Nej
Gävleborg	Ja	Nej	700	Nej	Nej	700	Ja
Halland	Ja	450	450	650	Fakt. pris	740	Nej
Jämtland/ Härjedalen	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Jönköping	Ja	650	650	650	650	770	Ja
Kalmar	Ja	Nej	500	Nej	Nej	Nej	Nej
Kronoberg	Ja	595	595	650	Fakt. pris	Nej	Ja
Norrbottnen	Ja	Nej	430	Fakt. pris	Fakt. pris	537	Nej
Skåne	Ja	200	350	Nej	Fakt. pris	900	Nej
Stockholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Nej	200	Nej	Nej	200	Ja
Uppsala	Ja	260	313	Nej	Nej	Nej	Ja
Värmland	Ja	500	500	Nej	Nej	500	Nej
Västerbotten	Ja	Nej	200	Nej	Nej	200	Ja
Västernorrland	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Västra Götaland	Ja	Nej	500	Nej	500	500	Nej
Västmanland	Ja	600	600	650	Fakt. pris	0	Ja
Örebro	Ja	Nej	500	Nej	Nej	Nej	Nej
Östergötland	Ja	500	500	Nej	Nej	Nej	Ja

Källa: SKL 2019c.

Kostnadsansvar för besök och digitala vårdkontakter

Kostnadsansvar för utförarna för de fysiska besök som en listad patient gör på en annan vårdcentral i länet finns i 18 landsting. Kostnaden varierar mellan 200 och 700 kronor per besök. I hälften av dessa landsting har utförarna även kostnadsansvar för digitala vårdkontakter som en listad patient tar inom länet. Kostnaden varierar mellan 200 och 650 kronor. Utförarna har kostnadsansvar för besök hos taxeläkare i tio landsting och kostnaden per besök varierar mellan 200 och 900 kronor.

Kostnadsansvar för fysiska utomlänsbesök finns i nio landsting och kostnaden varierar mellan 500 och fakturerat pris. I sju av landstingen har utförarna dessutom kostnadsansvar för digitala vårdkontakter, där kostnaden per kontakt uppgår till mellan 650 kronor och fakturerat pris.²

Kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel

Femton av landstingen tillämpar ett kostnadsansvar för utförare när det gäller förskrivning av läkemedel och de flesta av dessa landsting låter kostnadsansvaret även avse de fall när patienten gör ett läkarbesök i ett annat län eller har en digital kontakt i ett annat län.³ I tolv av landstingen har dessutom utföraren fullt kostnadsansvar för medicinsk service, dvs. både laboratorieanalyser och röntgen.

5.4.3 Ersättningsmodellen

Inom primärvården är ersättning baserad på kapitering basen i samtliga landstings ersättningssystem. Graden av kapitering varierar mellan 59 och 96 procent men i 15 av landstingen utgör kapitering mer än 80 procent av ersättningen till utförarna. Generellt sett har det under senare år skett en rörelse mot ökad kapitering och ett minskat inslag av prestations- och målbaserade ersättningsprinciper.

² Den rekommenderade ersättningen för digitala vårdkontakter vid utomlänsvård ändrades från 650 till 500 kronor genom beslut den 14 juni 2019 (SKL 2019d). Detta kan komma att påverka kostnadsnivåerna.

³ Denna uppgift baseras på en enkät från SKL till landstingen 2017.

Samtliga landsting har infört någon form av riskjustering av ersättningen

I samtliga landsting finns i olika grader och utföranden riskjustering eller viktning av kapitationsersättningen. Det finns en rad olika sätt att göra en sådan riskjustering.

Alla landsting använder *CNI* (Care Need Index), där data från SCB ligger till grund för beräkning av förekomsten av sju socio-ekonomiska variabler inom ett listningsområde. Variablerna definieras på följande sätt:

- Ålder över 65 år och ensamstående
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området
- Lågutbildad 25–64 år
- Ålder yngre än fem år.

Graden av *CNI*, dvs. hur mycket det påverkar kapiteringsersättningen har ändrats endast på marginalen mellan 2016–2018, tre landsting har minskat *CNI* något och sju har ökat *CNI* men inget landsting sticker ut med en mycket hög justering genom *CNI*.

Näst vanligast är viktning utifrån *ålder*, som används av 18 av landstingen. Det har dessutom skett en rörelse mot att allt fler landsting använder viktning utifrån *lokalisering*, vilket 2018 användes av 14 landsting (tre fler än 2016). Detsamma gäller viktning utifrån vårdtyngd, *ACG*, (Adjusted Clinical Groups), vilket bygger på beräkningar av förväntad resursåtgång beroende på sjukdomshistorik. Även *ACG* används av 14 av landstingen. Endast fyra av landstingen viktat ersättningen efter *kön*.

Av tabell 5.3 framgår att alla landsting använder olika kombinationer och grader av riskjustering. Kapiteringsersättningens andel av den totala ersättningen har mellan 2016 och 2018 minskat i åtta landsting och ökat i sju landsting. Framför allt landstingen i Södermanlands och Blekinge sticker ut med en tydlig minskning av kapiteringen (12 respektive 10 procentenheter).

Fortsatt är bilden att inga landsting använder identiska ersättningsmodeller. I åtta av landstingen finns dock gemensamma nämnare i form av en hög grad av kapitering (>80 procent) och justering på både ålder, ACG och CNI.

Tabell 5.3 Grad av kapitering och riskjustering i landstingen 2018

Region	Kapita- tionens andel	Kön	Ålder	ACG (andel av kap.)	CNI (andel av kap.)	Justering geografi	Målrela- terad ersätt- ning	Täcknings- grad
Blekinge	90 %		x	NA	10 %		x	x
Dalarna	71 %			75 %	25 %		x	x
Gotland	83 %		x	NA	1 %		x	x
Gävleborg	80 %	x	x	12 %	4 %	x	x	x
Halland	90 %	x	x	NA	10 %			x
Jämtland/ Härjedalen	92 %		x	NA	14 %	x		
Jönköping	90 %		x	85 %	11 %	x		
Kalmar	69 %			26 %	26 %	x		x
Kronoberg	95 %		x	85 %	10 %	x	x	x
Norrbottnen	66 %		x	25 %	10 %	x	x	
Skåne	90 %			80 %	20 %			x
Stockholm	61 %		x	49 %	24 %		x	x
Sörmland	59 %		x	2 %	5 %	x	x	x
Uppsala	71 %		x	NA	20 %	x	x	
Värmland	96 %	x	x	31 %	5 %	x		
Västerbotten	80 %		x	NA	3 %	x	x	x
Västernorrland	84 %		x	35 %	18 %		x	
Västra Götaland	90 %	x	x	50 %	2 %	x	x	x
Västmanland	80 %		x	23 %	19 %	x	x	
Örebro	85 %		x	NA	10 %	x	x	x
Östergötland	96 %		x	76 %	12 %	x		

Källa: SKL 2019c.

Målrelaterade ersättningar och prestationsbaserad mätning

Som konstateras i delbetänkandet är trenden i ersättningssystemen under senare år att de målrelaterade ersättningarna minskar i antal och när det gäller ersättningens storlek. I genomsnitt är det endast någon procentenhet av den totala ersättningen som avser målrelaterad ersättning i landstingen.

Indikatorer för att mäta prestationer har även de minskat i antal men är fortfarande ganska vanligt förekommande. Gradvis har prestationsmätningen börjat användas till att vara ett stöd i det löpande arbetet med att utveckla arbetsmetoder och förbättra kvaliteten kopplat till specifika förutsättningar hos vårdgivare. Att involvera medarbetare ute i verksamheterna tycks ha varit en viktig faktor för att uppföljning av indikatorer ska kunna utgöra stöd i verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete (Glenngård 2017).

5.4.4 Ersättningsnivån

Den samlade ersättningen till utförare inom primärvården består av flera delar. Viktigast är som framkommit ovan kapitationsersättningen men även t.ex. målrelaterade ersättningar och patientavgifter ingår. I våra intervjuer framkommer att ersättningsnivåerna inom primärvården har relativt stora variationer, på grund av alla ingående parametrar, som också varierar. Som ett exempel kan nämnas Halland där den ojusterade vårdpengen uppgår till cirka 3 200 kronor i år. Samtidigt gör skillnaderna i framför allt uppdrag och kostnadsansvar att det är svårt att jämföra ersättningsnivåer mellan landsting.

Tabell 5.4 Patientavgifter och ersättningsnivåer för besök

Region	Patientavgift för läkarkontakt			Komp. för avgiftsfrihet	Ersättning per läkarbesök (inkl. patientavgift om inget annat anges)			
	Patientavgift digital kontakt	Patientavgift besök	VC behåller patientavgift		Egenlistad	Egenlistad (exkl. patientavgift)	Olistad patient	Utomlänspatient
Blekinge	150	150	Nej	Nej	0	0	400	1 594
Dalarna	200	200	Nej	Nej	100	100	500	1 900
Gotland	100	200	Nej	Nej	80	80	400	900
Gävleborg	200	200	Ja	Ja	200	0	900	2 020
Halland	200	200	Ja	Ja	200	0	650	1 641
Jämtland/ Härjedalen	300	300	Ja	Nej	300	0	300	2 017
Jönköping	250	250	Nej	Nej	0	0	650	650
Kalmar	200	200	Nej	Nej	0	0	500	1 550
Kronoberg	100	150	Nej	Nej	0	0	595	1 641
Norrbottnen	200	200	Ja	Ja	200	0	630	2 017
Skåne	200	200	Nej	Nej	0	0	350	1 641
Stockholm	200	200	Ja	Ja	260	60	260	1 800
Sörmland	0	0	Nej	Nej	200	200	400	1 970
Uppsala	150	150	Ja	Ja	313	163	626	626
Värmland	200	200	Nej	Nej	0	0	500	2 020
Västerbotten	200	200	Ja	Ja	200	0	200	2 017
Väster-norrland	200	200	Ja	Ja	200	0	200	2 017
Västra Götaland	100/300	100/300	Nej	Nej	0	0	500	500
Västman-land	140	140	Nej	Nej	110	110	600	2 020
Örebro	100	150	Nej	Nej	119	119	500	2 020
Östergötland	200	200	Ja	Nej	200	0	700	2 275

Källa: SKL 2019c.

Patientavgifter

En mindre del i ersättningen inom primärvården består i patientavgiften. Landstingen har frihet att ta ut olika avgifter för olika typer av tjänster. Det innebär t.ex. att avgifter kan differentieras mellan yrkeskategorier, mellan olika tider på dygnet och mellan olika typer av kommunikations- och besöksformer (fysiskt, telefon, digitalt)

(SKL 2018a). När det gäller avgifter för slutenvården anges i lagen en maximal avgift per dag. Någon liknande reglering när det gäller avgifter i öppen vård finns inte.

Under 2019 tar alla landsting utom ett (Södermanland) ut en patientavgift för fysiska besök hos allmänläkare i primärvård, se tabell 5.4. Avgiften varierar mellan 100 kronor och 300 kronor.

Alla landsting utom tre har samma patientavgift för digitala som fysiska läkarbesök. Totalt 13 landsting har samma avgift för sjukvårdande behandling som för läkarbesök; i övriga är avgiften lägre för sjukvårdande behandling. I några få landsting är besök hos sjuksköterska kostnadsfritt.

Endast ett landsting (Västra Götaland) gör skillnad på listade och olistade patienter när det gäller patientavgiften.

5.4.5 Uppföljningen

Samtliga huvudmän använder en kombination av dialog och prestationsmätning för att följa upp hur väl vårdgivare lever upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlagen samt som grund för att utveckla primärvården (Glenngård 2017). Antalet indikatorer i uppföljningen tycks ha minskat under senare år, vilket efterfrågats i flera utredningar (SOU 2016:2 och SOU 2017:56). Samtidigt konstaterades i en genomgång av förfrågningsunderlagen 2017 att antalet indikatorer landstingen följer upp avseende utförarnas verksamheter och detaljeringsgraden skiljer sig stort mellan olika landsting liksom måltal för enskilda indikatorer. Vissa indikatorer kan vara föremål för målrelaterad ersättning (SOU 2018:39)

Den informella styrningen i form av dialog mellan beställare och utförare är ett viktigt komplement till den mer formella uppföljningen genom prestationsmätningar samt genom ersättningssystemen. I en enkät som genomfördes 2016 uppgav 19 landsting att regelbunden dialog med samtliga utförare genomförs (Glenngård 2017). Dialogen avsåg att skapa förståelse för uppdraget, utkräva ansvar, skapa verklighetsförankring inför revideringar av förfrågningsunderlag samt att ge stöd till lärande och utveckling. Men det finns tecken på att uppföljningen genom dialog behöver stärkas (SOU 2016:2). En intervjustudie till beställarchefen och vårdgivare visar att utrymmet för dialog är begränsat och att mötena tenderar att bli informations-

tunga. Privata utförare menar att det finns en generell misstänksamhet mot privata vårdgivare och att dialogen inte innebär ett reellt inflytande för utförarna (Vårdföretagarna 2015).

Huvudmännens syn på dialog är att denna form är något mer stödande än uppföljning av indikatorer men endast marginellt på övergripande nivå. Däremot finns ett starkare samband mellan huvudmännens syn på rollen för uppföljning av indikatorer och användning av dialog. Ju högre förekomst av dialog desto mer stödande uppfattas den uppföljning som baseras på indikatorer. Vid dialogmöten kan utfallet i indikatorerna sättas i ett relevant sammanhang och utgöra underlag för en diskussion om förbättringsarbete (Glenngård 2017).

5.5 Kartläggning av måluppfyllelse i primärvården kopplat till vårdvalsreformens mål

5.5.1 Etablering och mångfald

Ökat antal vårdcentraler

En utgångspunkt för vårdvalsreformen var att stärka mångfalden, t.ex. genom att fler privata vårdgivare kan etablera sig så att patienterna får fler vårdgivare att välja mellan.

Andelen privata utförare i primärvården ökade kraftigt (med cirka 80 procent) i samband med vårdvalsreformen. Totalt sett ökade antalet vårdcentraler med 19 procent de första två åren efter vårdvalets införande (Konkurrensverket 2014). Av de nya mottagningarna var 258 privata och 9 offentliga. Åren därefter har ökningen avstannat och på grund av ett minskat antal offentliga utförare har det totala antalet vårdcentraler minskat något under de senaste åren. Med hänsyn till stabiliteten när det gäller utbudet har det inte varit motiverat för utredningen att upprepa analyser som avser avstånd och utbud. Tidigare data står sig troligen väl, trots befolkningsökningen.

Tabell 5.5 Offentliga och privata vårdcentraler inom primärvården 2006–2017

År	Offentliga utförare	Privata utförare	Totalt	Andel offentliga	Andel privata
2006	755	263	1 018	74 %	26 %
2007	748	263	1 011	74 %	26 %
2008	743	297	1 040	71 %	29 %
2009	727	368	1 095	66 %	34 %
2010	706	475	1 181	60 %	40 %
2011	700	497	1 197	58 %	42 %
2012	685	473	1 158	59 %	41 %
2013	677	479	1 156	59 %	41 %
2014	679	478	1 157	59 %	41 %
2015	668	482	1 150	58 %	42 %
2016	658	486	1 144	57,5 %	42,5 %
2017	653	492	1 145	57 %	43 %

Källa: SKL (ej publicerade data).

De etableringar som genomförts sedan 2010 är också ojämnt fördelade. Som konstaterats i delbetänkandet indikerar vissa studier att nyetableringarna har styrts av förändringar i befolkningsstruktur, dvs. det har etablerats nya primärvårdsmottagningar i större städer och andra områden med en hög inflyttning så att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningsfördelningen relativt väl (Vårdanalys 2017a). Men befolkningsförändringar kan inte ensamt förklara förändringen av antalet vårdcentraler. När Konkurrensverket granskade detta under 2014 drog myndigheten slutsatsen att under perioden 2011 till 2013 var den procentuella ökningen i vårdcentraler större än befolkningsökningen i landstingen Stockholm, Uppsala, Östergötland och Gävleborg. I Norrbotten, Blekinge, Dalarna, Halland och Kalmar minskade i stället antalet vårdcentraler, utan att det skett motsvarande minskning av antalet invånare (Konkurrensverket 2014).

Tabell 5.6 Antal vårdcentraler inom primärvården per region samt förändring i antal, 2006–2017

Region	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	+/-
Stockholm	172	171	190	201	200	201	197	208	209	206	206	209	+37
Uppsala	41	29	29	42	40	44	42	43	41	42	40	37	-4
Sörmland	22	22	22	21	24	26	26	26	26	26	27	27	+5
Östergötland	42	42	42	42	44	42	44	43	43	43	42	42	+/-0
Jönköping	34	34	33	32	51	52	52	52	48	47	46	44	+10
Kronoberg	25	26	26	31	31	33	33	32	32	31	32	32	+7
Kalmar	44	43	46	46	46	44	38	34	38	38	37	35	-9
Gotland	7	7	9	8	8	8	8	8	7	7	6	6	-1
Blekinge	21	20	21	21	23	23	21	21	21	21	20	20	-1
Skåne	129	124	125	148	149	150	151	149	150	152	152	154	+25
Halland	44	-	47	47	49	48	47	46	47	48	48	49	+5
Västra Götaland	158	158	157	174	218	225	199	201	201	198	198	200	+42
Värmland	35	35	35	35	40	37	37	37	37	38	38	38	+3
Örebro	36	43	43	29	29	30	30	29	29	29	29	29	-7
Västmanland	32	30	31	30	32	31	30	30	29	29	29	28	-4
Dalarna	27	27	28	30	33	31	29	29	28	28	28	28	+1
Gävleborg	28	36	39	37	35	40	40	41	42	42	42	43	+15
Västernorrland	34	35	34	26	31	31	32	31	32	32	32	32	-2
Jämtland Härjedalen	27	26	26	26	28	27	27	26	25	25	25	26	-1
Västerbotten	34	38	38	36	37	37	37	37	38	38	39	39	+5
Norrbottnen	33	33	33	33	34	37	38	33	34	30	24	27	-6
Summa	1025	979	1054	1095	1182	1197	1158	1156	1157	1150	1140	1145	+120

Källa: SKL (ej publicerad data).

När man sätter antalet vårdcentraler i relation till befolkningen framträder en bild av att utbudet av vårdcentraler varierar ganska kraftigt, se tabell 5.7. En begränsning i en sådan jämförelse är att den inte säger något om avstånden i landstinget, vilket påverkar valmöjligheterna, se vidare avsnitt 5.5.3.

Tabell 5.7 Utbud av vårdcentraler i relation till befolkning, 2017

Region	Invånare/vårdcentral	Vårdcentral/100 000 inv.
Blekinge	7 969	13
Dalarna	10 220	10
Gotland	9 766	10
Gävleborg	6 643	15
Halland	6 629	15
Jämtland Härjedalen	4 993	20
Jönköping	8 119	12
Kalmar	6 958	14
Kronoberg	6 172	16
Norrbottnen	9 307	11
Skåne	8 732	11
Stockholm	11 044	9
Sörmland	10 790	9
Uppsala	9 972	10
Värmland	7 379	14
Västerbotten	6 884	15
Västernorrland	7 687	13
Västmanland	9 682	10
Västra Götaland	8 454	12
Örebro	10 307	10
Östergötland	10 893	9
Riksgenomsnitt	8 839	11

Källa: SKL (ej publicerad data).

Andelen privata aktörer i primärvården skiljer sig kraftigt åt mellan landstingen, från 14 procent i Örebro till 68 procent i Stockholm.

Tabell 5.8 Andel vårdcentraler i privat regi per region, 2017

Landsting/region	Andel i privat regi
Blekinge	35 %
Dalarna	18 %
Gotland	33 %
Gävleborg	37 %
Halland	51 %
Jämtland Härjedalen	19 %
Jönköping	32 %
Kalmar	29 %
Kronoberg	34 %
Norrbottnen	15 %
Skåne	45 %
Stockholm	68 %
Sörmland	33 %
Uppsala	49 %
Värmland	26 %
Västerbotten	18 %
Västernorrland	38 %
Västmanland	61 %
Västra Götaland	48 %
Örebro	14 %
Östergötland	21 %
Riksgenomsnitt	43 %

Källa: SKL, 2019, Köp av verksamhet 2017.

Som en naturlig följd av detta skiljer sig också graden av konkurrens mellan vårdgivare och de reella möjligheterna att välja primärvårdsmottagning åt beroende på var man bor i landet.¹

¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i en studie beräknat ett mått på konkurrens, det så kallade Herfindahl-Hirschman-indexet (HHI), som visar i vilken omfattning utbudet av en tjänst koncentreras till enskilda producenter, i detta fall enskilda primärvårdsmottagningar. Indexet har värdet ett vid monopol och faller allteftersom fler producenter etablerar sig på marknaden. Vid värdet noll råder perfekt konkurrens. Konkurrensgraden, mätt som HHI, varierar kraftigt mellan landstingen – störst möjligheter att välja primärvårdsmottagning verkar finnas i Gotland, Stockholm och Halland, medan bl.a. Värmland präglas av väsentligt mindre konkurrens. Marknadsandelen har beräknats som hur stor andel varje mottagning har av det totala antalet listade personer i landstinget (Vårdanalys 2017a).

Olika typer av utförare

Ett annat perspektiv på mångfald är i vilken mån det finns olika typer av aktörer inom primärvården. År 2017 var det 264 olika privata vårdgivare som drev vårdcentraler. Av dessa drev 189 av vårdgivarna en enda vårdcentral (Vårdföretagarna 2019). Störst är Capio och Praktikertjänst med drygt 80 vårdcentraler vardera. När det gäller privata icke-vinstdrivande vårdgivare kan konstateras att det ännu är ett litet fåtal, 14 stycken under 2018.

Den juridiska ägandeformen skiljer sig också åt i viss mån, bolagsformen aktiebolag är absolut vanligast men även handelsbolag, kommanditbolag, ekonomisk förening och stiftelse finns representerade (Konkurrensverket 2014). För aktiebolag där vinstutdelningen ska vara begränsad finns en särskild bolagsform, Aktiebolag med särskild vinstutdelningsbegränsning, men ingen av vårdgivarna i Sverige har den bolagsformen.

En speciell aktör bland de privata vårdgivarna som drivs i aktiebolagsform är Praktikertjänst, där endast personer som har en klinisk yrkeslegitimation och samtidigt är anställda i Praktikertjänst kan vara aktieägare. Alla aktieägare är verksamhetschefer och har därmed personalansvar, ekonomiskt ansvar och kliniskt ansvar för den mottagning de jobbar på, motsvarande vad en verksamhetschef inom landstingsdriven vård har (Carlsson 2018).

5.5.2 Valfrihet

Det grundläggande syftet med vårdvalsreformen var att stärka patienternas valmöjligheter och studier visar att valfrihet värderas högt av befolkningen. Oavsett om man i praktiken kan tänka sig att byta vårdcentral anser en stor majoritet (76 procent) av befolkningen att det är viktigt att få välja utförare av primärvård (Vårdanalys 2013a). Detta ligger i linje med andra tjänsteområden (men är inte viktigare). Eftersom frågeställningen inte relaterat valfriheten till något annat bör kanske svaren förstås som att *valfriheten anses vara principiellt viktig* (se vidare nedan).

Det bekräftar även den tidigare forskning som finns och som visar (både i Sverige och övriga Europa) att en klar majoritet vill ha möjligheten att välja primärvårdsutförare (Winblad m.fl. 2012).

Listning används för att knyta patienten till en utförare men omfattas inte av valet

Patientens valfrihet i vårdvalssystemen innebär en möjlighet att utan begränsning välja utförare (se avsnitt 4.2.2). Detta skiljer Sverige från flertalet länder, t.ex. Norge där patienten knyts till en utförare genom att välja var hen ska vara listad. Listning som begrepp används flitigt även i Sverige men har alltså ingen rättslig betydelse. I stället är det ett sätt att styra ersättningen till utförare och är en utgångspunkt för systemet med kapitering.

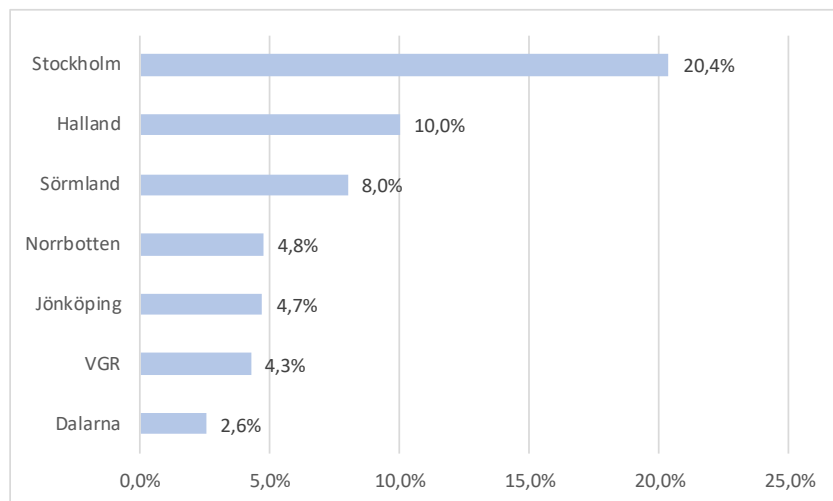
I samtliga landsting används således listning som begrepp för att beskriva att patienten är knuten till en vårdcentral och för att hantera ersättning till utföraren för patienten. Enligt LOV är landstingen dessutom skyldiga att tillhandahålla ickevalsalternativ, dvs. utförare för patienter som inte gör ett aktivt val. Nästan alla landsting tillämpar en så kallad passiv listning.

”Otrohetsbesöken” kompletterar bilden av patienternas val

Som utredningen återkommer till finns det i dag en skillnad mellan att välja att lista om sig eller att välja att besöka en annan utförare utan att lista om sig. Sådana tillfälliga besök hos en annan utförare än där patienten är listad brukar benämnas ”otrohetsbesök”.

Utredningen har jämfört förekomsten av otrohetsbesök i sju landsting. Av jämförelsen framgår att andelen otrohetsbesök varierar mycket mellan landstingen, från knappt 3 procent i Dalarna till drygt 20 procent i Stockholm. Även inom vart och ett av landstingen varierar otrohetsbesöken stort och vanligen är andelen otrohetsbesök större hos privata utförare (utom i Stockholm och Norrbotten). Det kan noteras att Västra Götalandsregionen har en låg andel otrohetsbesök, trots tätbebyggelse och ett stort antal utförare. De uppgifter som utredningen samlat in från de sju omfattar totalt cirka 17 miljoner besök i primärvården under ett år, varav drygt 1,1 miljoner besök utgjorde otrohetsbesök.

Figur 5.1 Andel av besöken i primärvården på annan vårdcentral än den där patienten är listad (otrohetsbesök) 2018



Källa: kontakt med respektive landsting under juni och juli 2019.

För patienten har det ingen betydelse vilket av valen de gör – utom i Västra Götalandsregionen där patienter betalar lägre patientavgift där de är listade – varför patienterna troligtvis ofta är omedvetna om vilket av valen de gör. För utförare däremot har det ofta stor betydelse. Givet detta vet vi inte säkert vad studier av vårdval och byte etc. visar. Patienter kan ha valt om i lagens mening utan att ha sett på det som ett val. Patientundersökningar kring val visar alltså en aspekt, medan landstings data kring listning visar en annan. Detta kan vara viktigt vid genomgången av studierna i det följande.

Kännedom om valmöjligheter och förekomst av val

Tidigare studier visar att kännedomen om valfriheten är mycket hög. På frågan ”Vet du att du kan välja vilken vårdcentral du vill gå till/ vara listad vid?”, svarade 95 procent ja (Konkurrensverket 2014). I samma enkätstudie, som alltså gjordes tre år efter införandet av vårdvalssystemen, ansåg två av tre tillfrågade att de gjort ett aktivt val. De flesta invånare (71 procent) var listade vid den vårdcentral som låg närmast bostaden. För de invånare som inte gör ett aktivt val av vårdcentral ska landstinget erbjuda ett ickevalsalternativ. Icke-

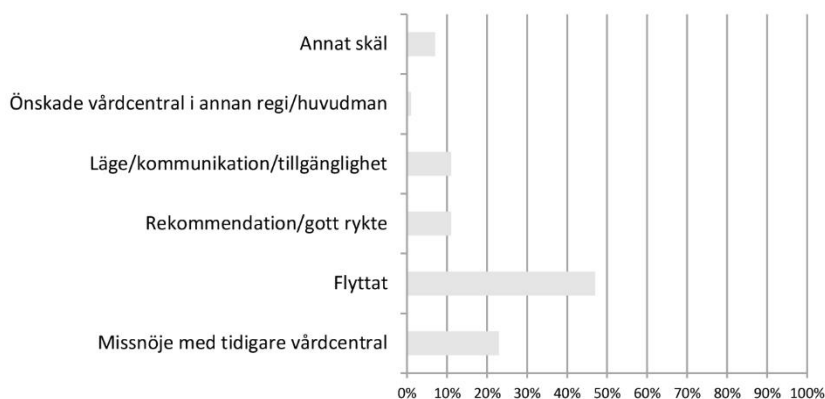
valsalternativet kan vara en offentlig eller privat vårdcentral. Det vanligaste ickevalsalternativet är att invånaren listas vid den vårdcentral som är geografiskt närmast bostaden. Cirka hälften av ”icke-väljarna” hade valt att stanna kvar vid ickevalsalternativet.

En annan aspekt på valfriheten är om man kan tänka sig att byta vårdcentral. I tidigare studier har tre grupper av individer identifierats (Vårdanalys 2013a):

- Bytare, som definieras av att de har bytt vårdcentral minst en gång de senaste tre åren. Gruppen utgör 24 procent av riket och har en jämn fördelning mellan kvinnor och män. De är något yngre, vilket gör att de i högre utsträckning studerar och också i viss utsträckning har lägre inkomst.
- Funderare, som definieras av att de har funderat på att byta vårdcentral de senaste 12 månaderna, men inte gjort det. Gruppen utgör den minsta i samtliga landsting och motsvarar 11 procent av riket och har en viss överrepresentation av kvinnor. Funderarna har ett relativt sämre hälsotillstånd och i högre utsträckning en kronisk sjukdom.
- Icke-bytare, som är personer som inte har bytt eller funderat på att byta vårdcentral. De utgör den största gruppen i alla landsting och den motsvarar 64 procent av riket och har en viss överrepresentation av män.

Även en annan studie visade att ungefär en fjärdedel hade bytt vårdcentral under en 3-årsperiod (dvs. 2010–2013). Den vanligaste anledningen till bytet var flytt (47 procent) (Konkurrensverket 2014). Liknande resultat fick Vårdanalys i sin fördjupade undersökning (Vårdanalys 2013a). Bland ”funderarna” såg bilden något annorlunda ut. Av funderarna uppgav 34 procent missnöje som skäl, 25 procent att en annan vårdcentral verkade bättre och 21 procent angav flytt som det viktigaste skälet.

Figur 5.2 Vanligaste anledningen till byte är flytt



Källa: Konkurrensverket 2014. "Vad var den huvudsakligen anledningen till att du bytte vårdcentral?"

En viss rörlighet kunde förväntas vid införandet av vårdvalssystemen. Andelen som väljer att byta mottagning är normalt större i områden där primärvården tidigare haft ett geografiskt ansvar, där det finns många som inte tidigare gjort ett aktivt val och där det finns nyetablerade mottagningar. Efter införandet av vårdval minskar andelen i befolkningen som gör omval och det är få som väljer en ny mottagning när de väl har gjort ett val (Glenngård 2015).

Det är oklart vad patienterna vill välja

Det saknas ännu helt studier som diskuterat frågan om patienten vill välja en person, ett team eller utförare/vårdcentral eller en kombination av dessa. Det får ses som en brist givet hur högt patienter värderar personkontinuitet (se nedan).

Det finns endast begränsat underlag när det gäller vilka faktorer som styr valet. Aspekter som rör tillgänglighet i termer av geografiskt läge och väntetider, bemötande, kontinuitet och läkarens egenskaper ges relativt stor vikt. I mellanskiktet hamnar faktorer som berör offentliga resultatmätningar, såsom medicinska resultat och patientnöjdhet (Vårdanalys 2013a). Patienters egna vårdupplevelser väger tungt i valet av vårdcentral, oberoende av ålder och bostadsort. Patienter med aktuell erfarenhet av möten med vården och som gjort aktiva val av vårdgivare i primärvården lägger störst tonvikt vid möjligheten

till kontinuitet, med avseende på läkarbesök, och tillgänglighet, i valet av vårdgivare. Med tillgänglighet menas dels möjligheter att snabbt kunna få en tid till en läkare eller annan vårdpersonal vid den valda vårdcentralen, dels det geografiska avståndet till vårdgivaren. För äldre personer var det geografiska avståndet till vårdcentralen den viktigaste aspekten av tillgänglighet. Yngre personer tycker det var viktigast att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn och det var mindre betydelsefullt att få träffa samma läkare (Nordgren m.fl. 2010).

Liknande resultat ses i en mer nylig amerikansk undersökning av unga vuxna, s.k. millenials. Enligt studien är den gruppen ofta inte intresserade av kontinuitet i form av en fast vårdkontakt eller en fast vårdcentral utan av att maximera tillgängligheten, där det viktigaste är bekvämlighet, snabbhet i tjänsterna och möjligheten till digitala kontakter (Boodman 2018). Den nuvarande situationen i Sverige är ännu inte kartlagd med mycket av den anekdotiska information som utredningen fått tyder på att samma tendens finns i Sverige. Ett antagande är att detta ser olika ut för olika grupper och olika personer, beroende på den situationen individen befinner sig i.

Information till stöd för valfriheten

Vare sig de som bytt eller de som funderar på att byta vårdcentral har sökt information i någon större utsträckning. Runt 75 procent av dem som har bytt eller funderar på att byta uppger att de inte alls eller i liten utsträckning har sökt efter information (Vårdanalys 2013a).

Ett tydligt mönster är vidare att det är mer egeninitierade byten av vårdcentral som driver informationssökande, snarare än byten som beror på yttre omständigheter, t.ex. flytt.

Flera studier i Sverige har slagit fast att familj och bekanta är huvudsakliga informationskällor om vårdcentraler och hur man byter (se t.ex. Vårdanalys 2013a). Därefter följer information från den vårdcentral de vill byta till och därefter vänder sig respondenterna till landstingets hemsida. Och trots att många alls inte söker efter information har cirka en tredjedel angett att de inte byter vårdcentral på grund av att de saknar tillräcklig information om andra vårdcentraler. De som funderar på att byta vårdcentral anger i högst

utsträckning att avsaknad av information är ett skäl till att inte byta. Respondenterna uppger också andra viktiga skäl till att inte byta. Bland annat uppger cirka en tredjedel att de är trötta på alla val som ska göras i samhället, liksom att det är jobbigt att börja om på en ny vårdcentral (Vårdanalys 2013a).

Enligt uppgifter till utredningen bygger SKL upp en nationell plattform för strukturerade patientrapporterade mått. Patienter, vårdgivare och forskare behöver få bättre möjligheter att bidra till insamling, användning och delning av patientrapporterade data på ett etiskt, säkert och strukturerat sätt. Förslaget är därför en Nationell plattform för strukturerade patientrapporterade mått, som i ett första steg innefattar verktygen Nationell Patientenkät och Hälso- och sjukvårdsbarometern. Den nationella plattformen är en del i en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

5.5.3 Tillgänglighet

Ett ytterligare mål med vårdvalsreformen var att stärka tillgängligheten. Att vården ska vara lätt tillgänglig ingår även i det lagstadgade kravet på att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL). Med det avses geografiska förhållanden och närhet enligt förarbetena men det kan även röra sig om andra förhållanden, t.ex. öppethållande vid mottagningarna, jourtjänstgöring och hur förekomsten av köer ser ut (prop. 1981/82:97 s. 57, 117). Andra aspekter på tillgänglighet är kostnader i form av egenavgifter, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa (Socialstyrelsen 2018a).

Både väntetider och tillgänglighet i bred bemärkelse har sedan länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Svenska patienter upplever sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården än patienter i andra jämförbara länder. De upplever i större utsträckning att de behöver vänta länge på att få tid hos läkare eller sjuksköterska och de upplever sämre tillgänglighet till vård på kvällar och helger (vårdanalys 2017b).

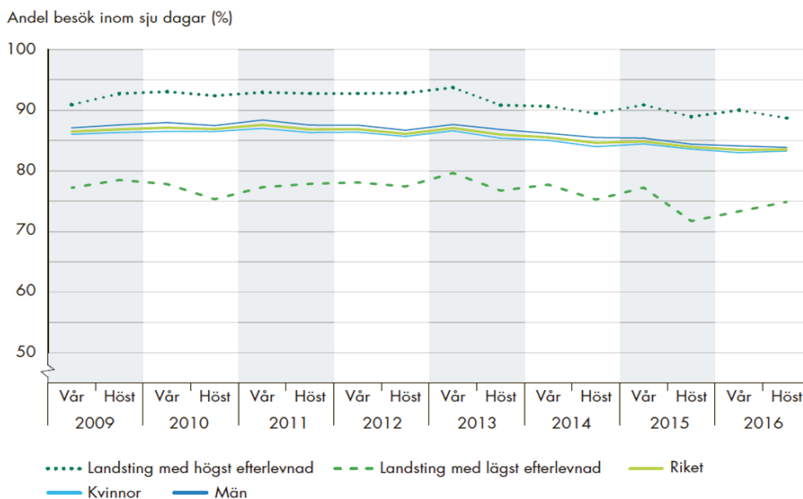
Väntetider till vård

Trots tydliga politiska intentioner att ”korta köerna” till vården har väntetiderna till primärvården generellt sett ökat något under den senaste 10-årsperioden. Den nationella vårdgarantin infördes i lagstiftningen 2010, dvs. ungefär samtidigt som vårdvalssystemen i primärvården infördes. Enligt vårdgarantins ursprungliga lydelse ska patienten bl.a. få kontakt med primärvården samma dag och besök hos en läkare inom primärvården inom sju dagar. Den uppföljning av tillgängligheten enligt vårdgarantin som gjorts utgår från denna lydelse.

Telefontillgängligheten, dvs. om patienten får kontakt samma dag, har legat ganska stabilt mellan 2009 och 2018 kring strax under 90 procent för riket som helhet men med en viss försvagning de senaste åren (86 procent under 2018). Det finns mycket stora skillnader mellan landsting i andelen kontakter som besvaras samma dag även om dessa har blivit mindre över tid – under 2018 (hösten) varierade det från 80 procent på Gotland till 100 procent i Jönköping.

Läkartillgängligheten, dvs. andelen patienter som fick ett besök inom 7 dagar, har minskat över tid. Även när det gäller detta mått på tillgänglighet finns stora skillnader mellan landstingen, vilket har bestått över tid.

Figur 5.3 Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar 2009–2016



Källa: Vårdanalys 2017b.

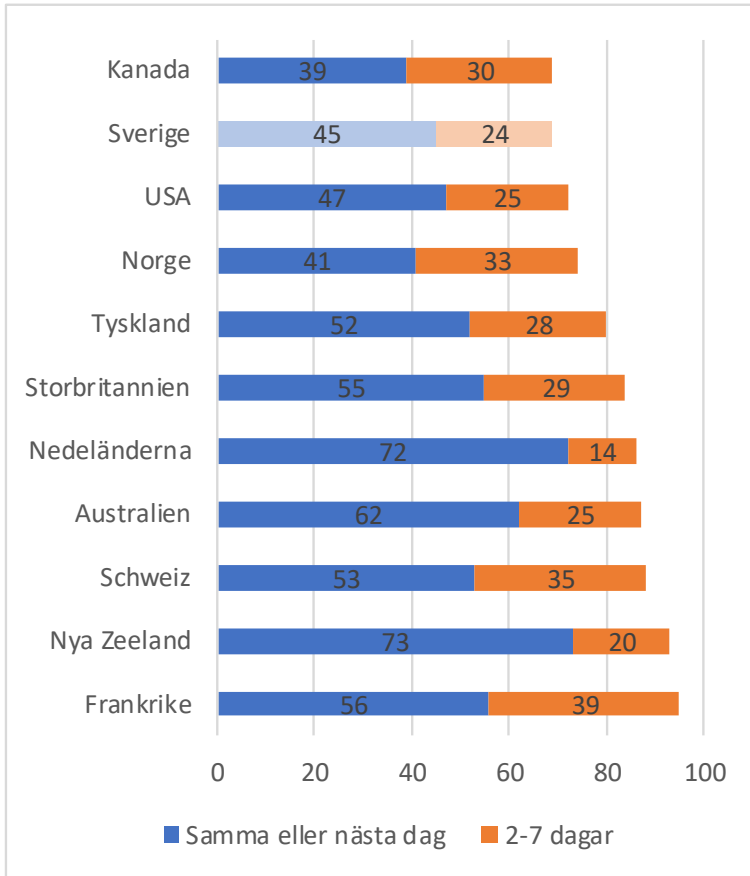
När patienter tillfrågas om erfarenheter av tillgänglighet är bilden mer negativ

Troligen överskattas tillgängligheten till primärvården i ovan redovisade statistik. Det beror bl.a. på att vissa patienter inte syns i statistiken:

- Patienter som kommer på drop-in men inte får något besök
- Patienter som inte får en tid på vårdcentral där man endast kan boka besök med kort varsel (t.ex. så kallade akuttider)
- Patienter som får besked att det inte finns några lediga tider och hänvisas till en annan vårdcentral
- Patienter som registreras som ”patientvalt väntande” (t.ex. därför att man vill träffa en särskild läkare).

Flera rapporter har dessutom visat en bristande överensstämmelse mellan patienternas uppfattningar av tillgängligheten och den som redovisas i statistiken (se t.ex. Vårdanalys 2017a och Vårdanalys 2017c) och i internationell jämförelse framkommer tydligt att tillgängligheten är svag i Sverige när patienterna tillfrågas.

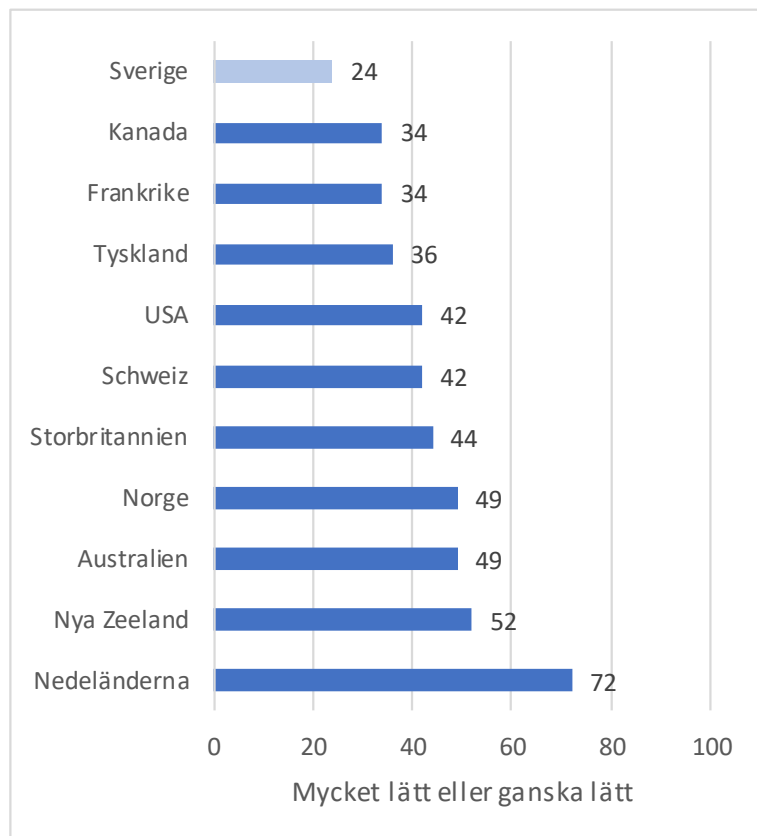
Figur 5.4 Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska?
Siffror anges i procent.



Källa: Vårdanalys 2016a.

Figur 5.5 Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?

Siffror anges i procent.



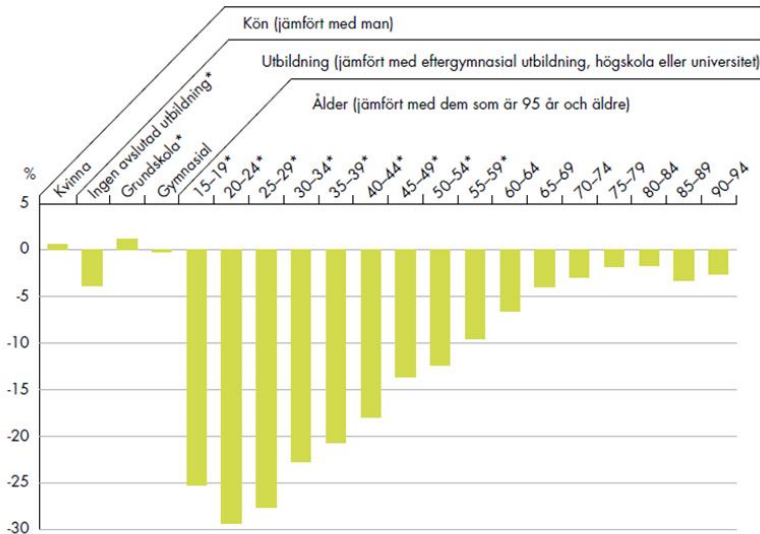
Källa: Vårdanalys 2016a.

Sämre upplevd tillgänglighet bland vissa grupper

Det är utifrån de data som finns tillgängliga svårt att göra långtgående jämförelser av olika gruppers upplevelse av tillgängligheten. I figuren nedan framkommer vissa skillnader utifrån Nationell patientenkät – de med hög utbildning och hög ålder är mest nöjda med tillgängligheten. Mellan kvinnor och män finns nästan ingen skillnad.

Figur 5.6 Skillnader mellan patientgrupper med olika utbildning och ålder i andelen som angett ett positivt svar på frågan "Fick du besöka hälso-/vårdcentralen i rimlig tid?"

Skillnaden uttrycks i procentenheter.



Not: Positivt svar motsvarar de respondenter som har svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala. Resultaten i figuren baseras på en multipel regression (OLS) där "positivt svar" på frågan är utfallsvariabel och ålder, kön och utbildning är förklarande variabler (bilaga 6). * Indikerar att skillnaden är statistiskt signifikant på åtminstone 5-procentsnivå. Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

Källa: vårdanalys 2017a.

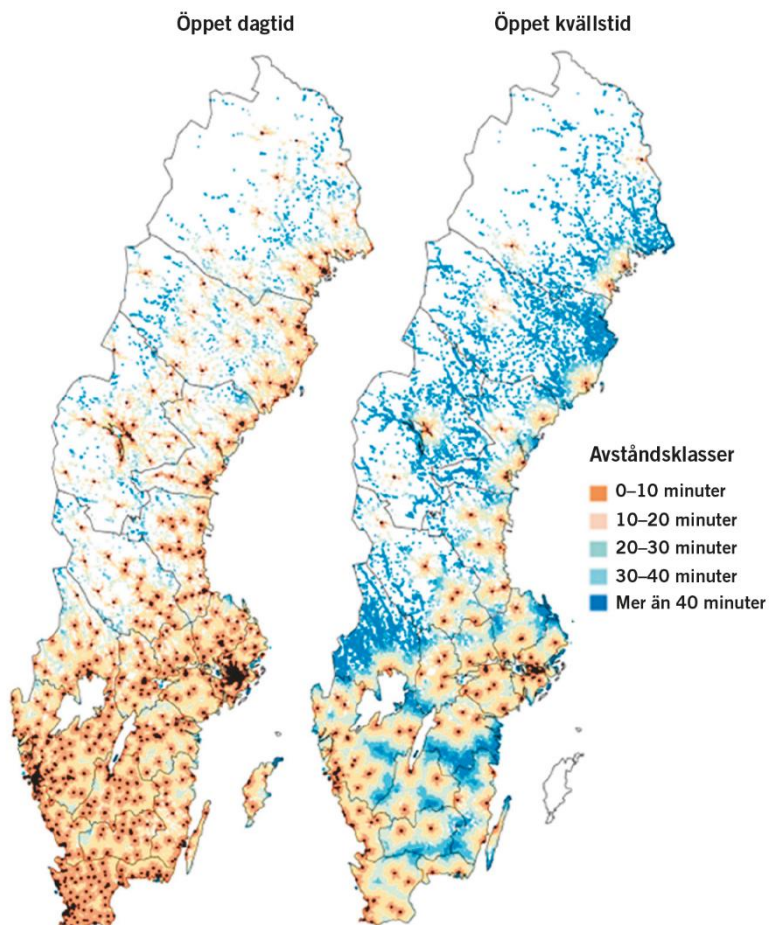
Geografisk närhet till vårdcentral och öppettider

Huvuddelen av befolkningen i landet (92 procent), hade 2018 mindre än 10 minuters bilresa till sin närmaste vårdcentral under dagtid på vardagarna. Denna andel varierar från 77 procent i Jämtland Härjedalen till 98 procent i Stockholm. Andelen med en bilresa på mer än 40 minuter är 0,1 procent varav den största andelen på 1,8 procent återfinns i Norrbotten (Socialstyrelsen 2018a).

Tillgängligheten under kvällstid respektive nattetid är väsentligt sämre. I landet finns det sammanlagt 182 tillgängliga kvällsmottagningar som har kvällsöppet någon vardag i veckan. Av det totala antalet har 123 mottagningar (68 procent) kvällsöppet fem vardagar i veckan. Totalt 71 stycken (58 procent) är tillgängliga mellan kl. 17.00 och 22.00, varav 10 mottagningar är tillgängliga även till 24.00. Akutmottagningarna står i stället för tillgängligheten på helger och nattetid

på vardagar. Det finns sammanlagt 73 tillgängliga mottagningar i landet, varav 66 stycken (90 procent) är akutmottagningar som har öppet dygnet runt, alla dagar i veckan. De övriga består av jourmottagningar eller jourcentraler (Socialstyrelsen 2018a).

Figur 5.7 Illustration av tidsavstånd till vårdmottagningar under dagtid och kvällstid



Källa: Socialstyrelsen 2018a.

För att det ska finnas mångfald och valfrihet i praktiken kan hävdas att det bör finnas minst två valbara vårdmottagningar inom rimligt avstånd att välja bland. Konkurrensverket och Tillväxtanalys har

tidigare (2014) kartlagt avståndet till näst närmaste vårdcentral och konstaterade då att möjligheten att välja självklart är störst i de centrala delarna av storstadsområdena samt medelstora och större städer men att det även finns relativt små orter med minst två vårdmottagningar. Över 80 procent hade sin näst närmaste vårdcentral inom 5 minuters bilfärd (Konkurrensverket 2014). Sedan Konkurrensverkets kartläggning är antalet mottagningar i princip oförändrat och därmed sannolikt även tillgängligheten.

Digitala kontaktvägar

I avsnitt 9 ges en närmare beskrivning av utvecklingen av de digitala kontaktvägarna och konsumtionsmönster.

5.5.4 Kvalitet (kvalitetskonkurrens)

Som framgår ovan var en idé med vårdvalssystemen att stimulera kvalitetsutveckling. Regeringen bedömde att stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet och att det därmed skapas konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Svårt att uttala sig om kvalitet

I Sverige finns dessvärre mycket knapphändig information om primärvården, bl.a. vad gäller kvalitet, i jämförelse med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I nuläget saknas lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I detta avseende skiljer sig därmed primärvården från övrig öppen vård samt sluten vård. Det innebär att majoriteten av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården i Sverige inte följs upp på samma systematiska sätt som övrig vård. Flera förslag ligger för närvarande hos regeringen att stärka möjligheterna till sådan uppföljning men har ännu inte realiserats (Socialstyrelsen 2012a, SOU 2018:39).

Under uppbyggnad är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, *Primärvårdskvalitet*. Syftet är att ge stöd för vårdcentra-

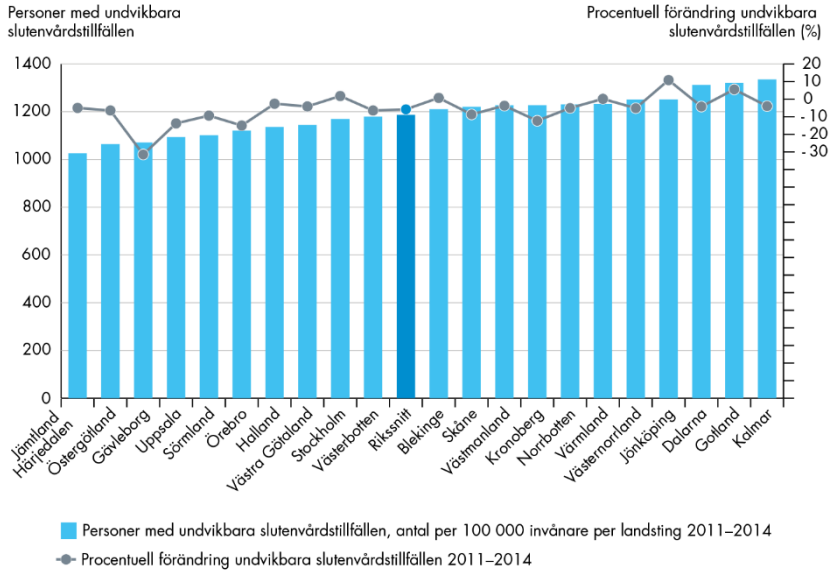
lerna att följa upp och förbättra sitt arbete. Ungefär två tredjedelar av vårdcentralerna är anslutna till systemet för närvarande (SKL 2019a).

Patientrapporterade mått när det gäller primärvården följs upp av SKL i den Nationella patientenkäten. På grund av ändringar i enkäten under 2013–2015 går det inte att jämföra resultaten bakåt i tiden för att se hur den patientrapporterade kvaliteten förändrats efter vårdvalssystemens införande. En studie från Västra Götalandsregionen visar på generellt minskad nöjdhet med primärvården efter vårdvalets införande.

De mått som finns visar på en positiv utveckling i primärvården

Undvikbar slutenvård är ett övergripande mått på öppenvårdens resultat och där är primärvården en central del. Måttet syftar till att mäta hur ofta det förekommer slutenvård som borde ha kunnat förhindras med en optimalt fungerande öppenvård och primärvård. Sammantaget har den undvikbara slutenvården minskat med cirka 6 procent mellan 2011 och 2014. Men det finns förhållandevis stora variationer i utvecklingen av dessa slutenvårdstillfällen mellan de olika landstingen.

Figur 5.8 Personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal per 100 000 invånare under perioden 2011–2014 fördelat på landsting samt procentuell förändring av undvikbara slutenvårdstillfällen från 2011 till 2014 i respektive landsting



Källa: Vårdanalys 2017a.

Not: Vid beräkning korrigeras för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Den geografiska fördelningen baseras på patienternas hemort.

I övrigt finns få mått som i nuläget kan användas på nationell nivå för att belysa utvecklingen av kvalitet i primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har beräknat ett genomsnitt för perioden 2011–2014 när det gäller landstingens genomsnittliga måluppfyllelse för tre diabetesrelaterade resultatindikatorer. Resultaten visar en stor spridning mellan landsting, 25 procent i det landsting med lägst resultat och 45 procent i det landsting med högst resultat. Mellan 2011 och 2014 förbättrades resultaten i samtliga landsting utom två. I många fall är förbättringarna stora procentuellt sett. I Värmland och Örebro ökade måluppfyllelsen med över 60 procent.

Patienten har liten vägledning när det gäller att jämföra kvalitet mellan olika utförare

För det fall att patienten vill informera sig om olika utförares kvalitet och med ledning av det göra ett val finns ganska knapphändig information. Tidigare fanns en redovisning av väntetider samt generella omdömen som hämtas från nationell patientenkät på 1177.se, där patienten kunde hitta och jämföra t.ex. vårdcentraler med varandra. I rutan anges de indikatorer som redovisades tidigare. Under 2019 beslutades att redovisningen samt möjligheten till jämförelser skulle tas bort från 1177.

Faktaruta 5.1 Tidigare mått för att jämföra vård på 1177.se – hitta och jämför vård

Från nationella väntetidsdatabasen

- Hur stor andel av de telefonsamtal som rings till en vårdcentral som besvaras samma dag
- Hur stor andel personer som får träffa en läkare inom sju dagar

Från nationell patientenkät

Uppgifter om vad de som har besökt en mottagning tycker om den. Generella omdömen om upplevelse av:

- delaktighet i vården
- information och kunskap
- kontinuitet och samordning
- känslomässigt stöd
- tillgänglighet
- helhetsintryck

I vissa fall (mindre ofta förekommande) fanns uppgifter från andra källor

- Följer rekommenderad läkemedelsförskrivning
- Mätt blodsockret på diabetespatienter
- Fotundersökning vid diabetes
- Ögonbottenundersökning vid diabetes.

5.6 Kartläggning av måluppfyllelse i primärvården utöver vårdvalsreformens mål

I utredningens direktiv framgår att vi som utgångspunkt för vår översyn av vårdvalssystemen ska ha hur vården kan främja jämlikhet och behovsbaserad vård. Det framkommer även frågor om hur effektiviteten i vården kan öka samt att kontinuiteten i vården behöver stärkas. Samtliga dessa mål följer också av HSL. I det följande kommer vi därför att diskutera hur vårdvalet påverkat även dessa mål.

5.6.1 Jämlik och behovsbaserad vård

Utbud

Utbudet varierar stort utifrån geografi

Det finns omfattande dokumentation som beskriver att organiseringen av vården påverkar dess jämlikhet. Kanske mest uppenbart är att tillgången till vård påverkas av dess geografiska distribution (SOU 2017:47 s. 251). Som framgår av redovisningen när det gäller etablering och tillgänglighet ovan råder dramatiska regionala skillnader när det gäller utbudet av primärvård. Efter vårdvalets införande har dessa skillnader i enstaka fall minskat men i flera fall har de snarare förstärkts efter vårdvalets införande. (I några landsting minskade antalet vårdcentraler, utan att det skett motsvarande minskning av antalet invånare.) Det finns vidare skäl till att glest befolkade områden bör ha fler vårdcentraler i förhållande till befolkningsandelen än tätbefolkade områden, dels för att kunna upprätthålla en tillräcklig service, dels för att de ofta möter en större andel mer komplicerade vårdbehov än vårdcentraler belägna närmre sjukhus (Konkurrensverket 2014).

Vissa socioekonomiska skillnader i utbudet finns

När det gäller jämlikhet ur ett socioekonomiskt perspektiv är det i viss mån omdebatterat på vilket sätt det fria vårdvalet och fri etablering påverkar jämlik vård och reformen har tagit olika form på olika håll i landet. I den senaste översiktsartikeln på området (Burström m.fl. 2017) dras slutsatserna *dels* att det är svårt att på ett korrekt

sätt mäta utbud och tillgång till vård så att det blir meningsfullt ur jämlikhetsperspektivet och *dels* att de utvärderingar som finns är få och inte heltäckande; endast 6 vetenskapliga artiklar och 9 rapporter. Hittills finns dock enligt översiktsartikeln sammantaget *tecken på att reformen lett till minskad jämlikhet i vården* och att det finns anledning att bl.a. se över hur ersättningssystemen kan dämpa de effekterna. Reformen bedöms särskilt ha gynnat ekonomiskt starkare grupper med lägre behov och dessutom ha försvårat integrerad vård för de med komplexa behov. Resursfördelningen till utförare bedöms efter reformen bero mer på var utföraren är etablerad och patientval och efterfrågan och mindre på behovet av vård. Genom ett, i jämförelse med tidigare, snävare uppdrag bedöms det vidare finnas risker för att primärvården fått en minskad påverkan på folkhälsa (Burström m.fl. 2017).

Några studier har försökt undersöka om vårdvalet inneburit ojämlikheter när det gäller etableringar (se mer i delbetänkandet SOU 2018:55). Vissa analyser pekar på att nyetableringarna har styrts av förändringar i befolkningsstruktur, dvs. det har etablerats nya primärvårdsmottagningar i större städer och andra områden med en hög inflyttning så att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningsfördelningen relativt väl (Vårdanalys 2017a). Men som konstaterats ovan kan befolkningsförändringar inte ensamt förklara förändringen av antalet vårdcentraler.

I Riksrevisionens granskning av vårdvalsreformen konstateras att etableringar i samband med vårdvalsreformen samvarierar positivt med befolkningstäthet, områdets medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel personer över 70 år. Nedläggningar har i större utsträckning ägt rum i områden med svårare socioekonomiska förutsättningar eller lägre medelinkomst. Rapporten har mött en del kritik, bl.a. har Västra Götalandsregionen i en egen analys konstaterat att motsvarande mönster inte går att se i Västra Götaland. Västra Götaland hör dock till de landsting som gått längst i justeringen av ersättningen utifrån socioekonomi, vilket kan tala för Riksrevisionens slutsatser ändå är korrekta på nationell nivå.

I senare forskning konstateras att nya vårdcentraler etablerar sig i större utsträckning i områden där det bor färre ensamstående föräldrar och äldre som lever ensamma men att det inte finns något samband med andra socioekonomiska variabler (Isaksson 2016).

Konkurrensverket har i analyser gjort uppskattningar av sambanden mellan bl.a. hur landstingens ersättningsmodeller och storleken på uppdraget påverkar antal vårdcentraler (Konkurrensverket 2014). Slutsatsen är att landstingen genom sina styrsystem i form av ersättningssystem, kostnadsansvar och uppdragsbredd (förklaringsfaktorer) kan ha viss möjlighet att påverka både antalet vårdcentraler och vårdcentralernas resultat inom landstinget. Denna del är dock mycket liten i förhållande till de naturliga förutsättningarna i form av befolkningens mängd och dess fördelning. Styrsystemens effekter är starkare för offentliga vårdcentraler än för privata, både avseende närvaro och resultat.

Motsvarar utbudet av primärvårdbehovet i befolkningen?

De analyser som refererats till ovan är främst inriktade på *förändringen* efter vårdvalet. En brist i forskningen är att det finns ytterst lite analys när det gäller den fråga som väcktes innan vårdvalsreformens införande, dvs. om det *redan fanns ojämlikheter* i vården och att vårdvalsreformen inte gav förutsättningar att förändra det utan att i bästa fall upprätthålla status quo. Som flera har konstaterat är det utifrån de knapphändiga data som finns om primärvården svårt att uttala sig om skillnader i behov och utfall. I utredningens samtal med vissa landsting framkommer vidare att landstingen anser att det är svårt att göra behovsanalyser på befolkningsnivå i relation till utbud.

Däremot kan konstateras att personer med svagare socioekonomi och därmed sämre (förväntad) hälsa i högre utsträckning besöker primärvården medan de med starkare socioekonomi i högre utsträckning besöker annan öppen specialiserad vård (Vårdanalys 2017a). Primärvården kan därmed ha en utjämnande och omfördelande effekt. Resurserna till primärvården har dock minskat i relation till övrig vård sedan vårdvalets införande (se avsnitt 5.6.3 och Vårdanalys 2017a).

Konsumtion

Konsumtionen skiljer sig mellan olika grupper

I delbetänkandet beskrev vi skillnaderna i konsumtion av all hälso- och sjukvård mellan olika grupper, med ledning av data från Dalarna, Norrbotten, Västra Götaland och Skåne. Sammanfattningsvis visade våra analyser att starkare socioekonomi samvarierar negativt med vårdkonsumtion och vårdkostnader. Förvärvsarbetande har i genomsnitt lägre vårdkostnader än individer som inte arbetar. Personer med en hög disponibel hushållsinkomst har i genomsnitt lägre vårdkostnader än individer med lägre inkomst. Ju högre utbildning man har desto lägre kostnader har man för sjukvård. En brist är att vi fortfarande inte kan ge någon samlad beskrivning för alla landsting när det gäller dessa skillnader.

Det finns tecken på att ökad konsumtion inte gynnar de med störst behov

Principen om behovsbaserad kan förstås på flera sätt. Dels kan den handla om den övergripande fördelningen av vårdutbudet utifrån analyser av befolkningens behov i olika områden eller inom olika grupper. Det kan t.ex. avse att utbudet inte motsvarar de socioekonomiska skillnader som finns i befolkningen, se ovan.

Dels kan principen handla om hur arbetet i verksamheterna organiseras för att möta de med störst behov. Ett exempel är att studier har visat att ett fåtal patienter står för en stor del av kostnaderna inom sjukvården. Inom hälso- och sjukvården avser halva kostnaden de 3–4 procent i befolkningen som har högst vårdkostnad. En majoritet av sjukvårdens resurser riktas till personer med kroniska sjukdomar; kronisk sjukdom förekommer hos nästan halva befolkningen och en person med kronisk sjukdom har i genomsnitt fyra till sex gånger så hög sjukvårdskostnad jämfört med en person utan kronisk sjukdom (Socialdepartementet 2010, Vårdanalys 2014a).

I en studie i tre landsting (Skåne, Stockholm och Östergötland) före och efter vårdvalets införande har konsumtionen av vård jämförts mellan befolkningen som helhet och i olika grupper med kroniska sjukdomar som diabetes, astma, KOL och demens samt i en vårdtunga grupp med ett brett diagnospanorama som står för en stor

andel av vårdens kostnader (Vårdanalys 2013b). Analysen visar att *befolkningen*, i större utsträckning än varaktigt vårdbehövande grupper, fått del av ökningen av läkarbesöken i samtliga landsting. Sett enbart till läkarbesök på mottagning i primärvården pekar resultaten i samtliga landsting på att merparten av besöksökningen tillfallit befolkningen som helhet snarare än grupperna med större förväntat vårdbehov. Den tydliga ökningen av andelen läkarbesök vid enklare diagnoser, i relation till dem med stora vårdbehov som observeras i Stockholm, understryker ytterligare denna utveckling. Den generella ökningen av antalet ospecifika diagnoser i primärvården talar också för detta. Troligen visar detta också att primärvården i organisering och arbetssätt inte lyckats hitta mer kostnadseffektiva sätt att ta hand om de ”enklare” besöken jämfört med de mer komplexa.

Förutsättningarna att göra val är inte jämlika

Utformningen av vårdvalet i primärvården innebär att vem som helst kan lista sig var som helst i teorin. Att man bor i ett socioekonomiskt svagt område betyder inte att man måste lista sig där. Men i praktiken är geografisk närhet till hemmet ofta avgörande vid val av vårdcentral – geografisk närhet är ett av de vanligaste skälen till varför man valt en viss vårdcentral. Närheten kan avse både till hemmet och till jobbet (Vårdanalys 2013a). Byte av bostad är dessutom, som framgår ovan, det överlägset vanligaste skälet till att man väljer att byta vårdcentral.

Vidare konstaterar Riksrevisionen att ”mycket talar för att personer med stora vårdbehov i särskilt stor utsträckning listar sig och konsumerar vård i området där man bor” (Riksrevisionen 2014a). En orsak till detta kan vara att individer med sämre socioekonomiska förutsättningar, och alltså ofta större vårdbehov, tenderar att ha sämre tillgång till transportmedel.

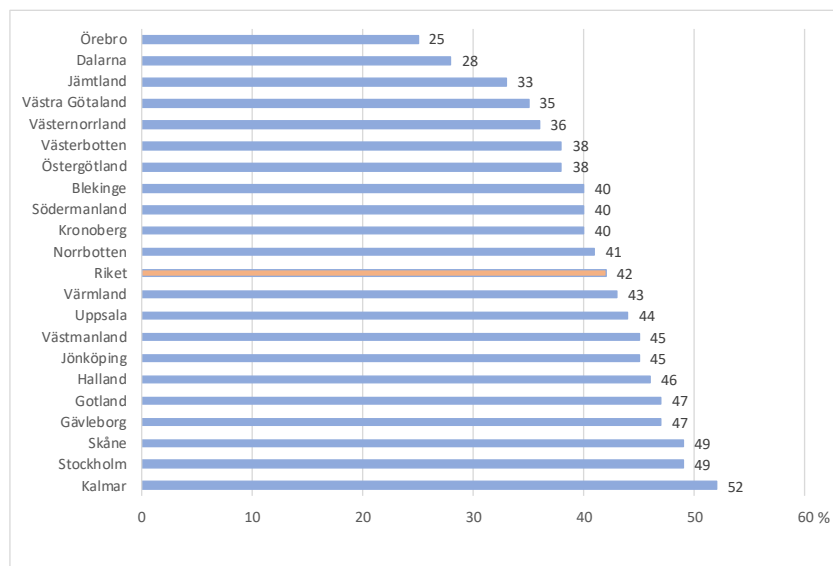
Av de äldre som ofta har störst behov är det vidare endast en ytterst liten andel som har de kognitiva, fysiska och psykiska resurser som krävs för att göra informerade val (Winblad m.fl. 2012). De ”transaktionskostnader” som är förknippade med ett omval kan dessutom förväntas vara större för de patienter som har störst behov, t.ex. på grund av ålder eller dålig hälsa, varför de kan förväntas välja om mindre ofta.

5.6.2 Kontinuitet

Samordning och kontinuitet är en av den svenska hälso- och sjukvårdens verkliga skilleshälar i en internationell jämförelse (SOU 2016:2). Med kontinuitet avses här i första hand relationell kontinuitet, dvs. att patienten får träffa samma person. Det är också utgångspunkten i lagstiftningen, som bl.a. anger att patienten ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. En uppföljning av effekterna av patientlagen visar att andelen med fast läkarkontakt i primärvården minskade från 42 procent 2014 till 39 procent 2016. Det råder också mycket stora skillnader mellan landstingen när det gäller tillgången till kontinuitet, vilket bekräftas av både patienter och primärvårds-läkare.

Figur 5.9 Andel som har minst en fast läkarkontakt

Andel som har svarat ja på frågan "Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? T.ex. familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?"



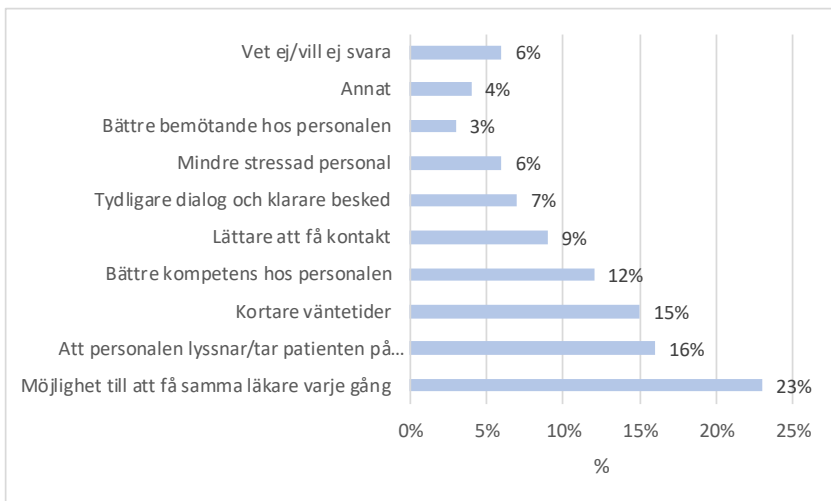
Källa: Vårdanalys 2016a.

Det finns socioekonomiska skillnader när det gäller förekomsten av en fast läkarkontakt. För patienter med vissa kända vårdbehov är det vanligare att höginkomsttagare har en fast läkarkontakt än patienter

med lägre inkomst. För övriga patienter är det mindre vanligt för låginkomsttagare att ha en fast läkarkontakt jämfört med patienter med en medelinkomst. När det gäller olika utbildningsnivåer finns däremot inga skillnader (Vårdanalys 2018c).

I undersökningen hälso- och sjukvårdsbarometern ställs bl.a. frågan om faktorer som skulle öka *förtroendet* för hälso-/vårdcentraler. Den faktor som flest anser skulle öka förtroendet är möjligheten att få samma läkare varje gång. Andra relativt vanliga faktorer som skulle ge ett högre förtroende är att ha personal som lyssnar och tar patienten på allvar respektive kortare väntetider.

Figur 5.10 Åtgärder som skulle öka förtroendet för hälso-/vårdcentraler i sin region



Källa: SKL 2019b.

Inspektionen för vård och omsorg har inom ramen för tillsynen hämtat in synpunkter från patienter på vårdcentraler och konstaterar att de vanligaste negativa synpunkterna handlar om att patienter får olika läkare vid sina besök, att det saknas läkare eller att det kan vara svårt att byta läkare om man inte är nöjd med den som man har. En patient anger exempelvis att ”På grund av att man inte har samma läkare tycker jag att det saknas en helhetssyn. Det finns för lite personal, speciellt läkare.” En annan patient säger att ”På sistone har det

inte varit den kontinuitet i mötet med läkare som jag hade/upplevde tidigare” (IVO 2016a).

5.6.3 Effektivitet

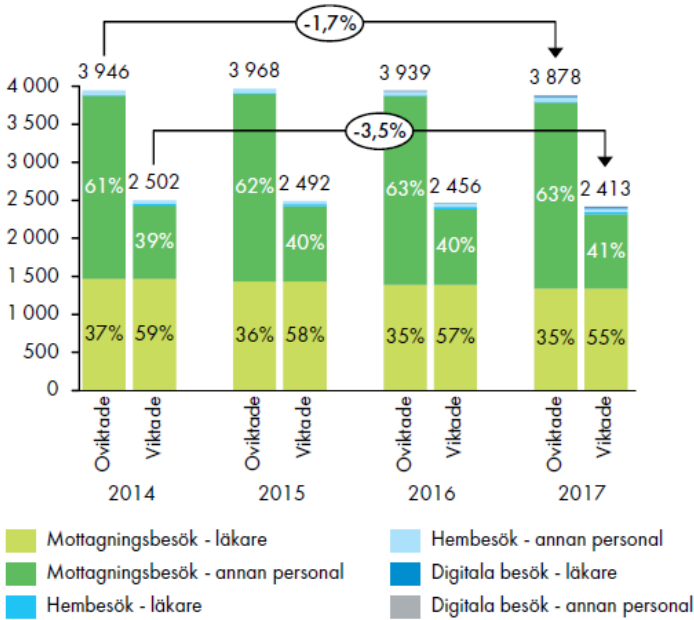
I förarbetena till vårdvalsreformen betonades att en ökad mångfald genom vårdvalssystemen kan bidra till en ökad kostnadseffektivitet i vården. I utredningens direktiv anges också att utredningen ska lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Kravet på effektivitet framgår både av kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen. Effektivitet brukar beskrivas som hur väl målen för en verksamhet uppnås i förhållande till de resurser som används. Det innefattar att resurserna ska användas på bästa sätt i varje del av verksamheten, liksom att de ska användas till rätt saker så att det samlade resultatet på bästa sätt bidrar till målen.

Det är svårt att mäta effektiviteten i vården. Som närmare beskrivs i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) används ofta mått på ineffektivitet för att övergripande beskriva effektiviteten, dvs. att det inträffar oönskade händelser. Det gäller t.ex. ”undvikbar slutenvård”, ”oönskade händelser efter knä- och höftoperationer”, ”vårdrelaterade infektioner”, ”biverkningar av läkemedel”, osv. Som framgår ovan har den undvikbara slutenvården minskat med sex procent mellan åren 2011–2014, vilket skulle kunna antyda en ökad effektivitet. Utredningen har dock inte kunnat hitta den typen av analyser. Med hänsyn till de mycket begränsade kvalitetsmåten för primärvården är det svårt att uttala sig om effektiviteten eller hur denna har utvecklats efter vårdvalet.

En del i effektivitetsbegreppet är produktivitet, dvs. mängden prestationer och kvaliteten i dessa i förhållande till insatta resurser. Ett mått på detta är antalet konsumerade primärvårdsbesök per 1 000 invånare. Som beskrivs i delbetänkandet ökade antalet besök inom primärvården efter vårdvalets införande; antalet läkarbesök i primärvården ökade med knappt åtta procent under perioden 2006–2013. Under åren därefter (2014–2017) har dock produktiviteten minskat, främst därför att antalet mottagningsbesök med läkare minskar. I figuren nedan framgår antalet viktade och oviktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare, där varje besök viktas utifrån resursåtgång

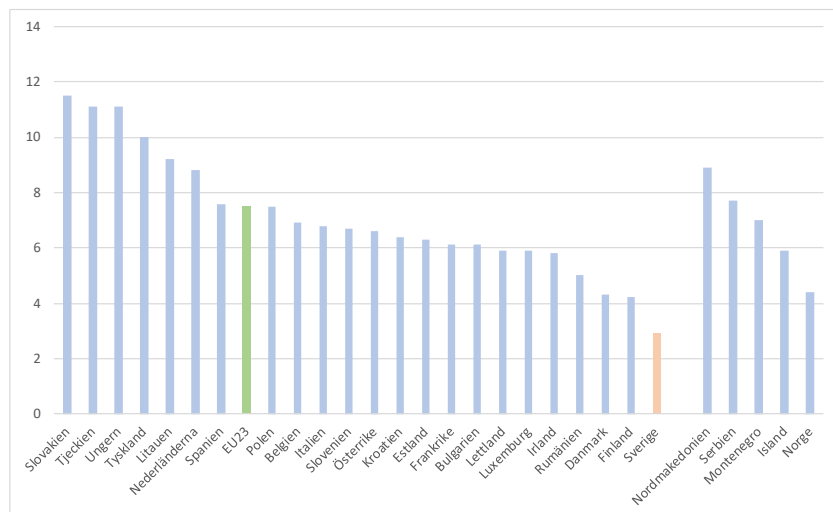
beroende av vilken personalkategori som träffat patienten och var besöket ägde rum.

Figur 5.11 Oviktrade och viktade primärvårdsbesök i riket per 1 000 invånare



I ett internationellt perspektiv är produktiviteten till synes låg, där Sverige fortsatt har lägst antal läkarbesök per person och år – 2,9 besök per år, vilket inte ändrats under den senaste 20-årsperioden.

Figur 5.12 Antal läkarbesök per person och år inom OECD, 2016 (eller närmaste år)



Källa: OECD Health Statistics 2018.

Det saknas ännu jämförande underlag som förklarar den låga produktiviteten men som trolig förklaring framförs ofta att den svenska hälso- och sjukvården har ett annat funktionssätt än vården i andra länder och en bättre förmåga att använda andra professioner eller att organisera sig i team. Enligt andra bedömningar finns det några faktorer som talar emot detta:

Antalet sjuksköterskor i Sverige är endast medelhögt i ett internationellt perspektiv eller t.o.m. lågt jämfört med de skandinaviska länderna. Antalet undersköterskor är på en historiskt låg nivå och ingen annan yrkesgrupp som kan ta arbetsuppgifter från läkare sticker heller ut. Samtliga professioner som tillfrågats i enkätundersökningar anser att det finns en stor potential i att personal med lägre formell kompetens tar över arbetsuppgifter från de med högre formell kompetens.

(SOU 2016:2)

”Antalet patientbesök” är sannolikt inte det bästa måttet på produktivitet eftersom det inte fångar nyttan med att använda digitala lösningar för att kommunicera med patienten eller för att stödja patienten att bidra med sina egna insatser. Inte heller fångar antalet patientbesök nyttan med att ta hand om flera problem samtidigt under ett längre besök. Besökens längd är internationellt sett mycket

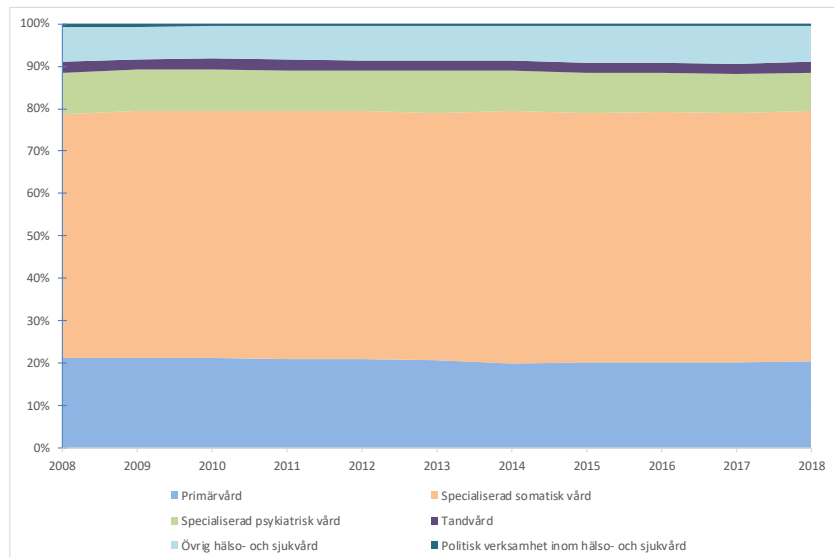
varierande men slutsatsen från en större internationell systematisk jämförande studie (67 länder) är att den svenska primärvården har längst besök (Irving m.fl. 2017). Ersättningssystemens utformning i olika länder torde påverka såväl besöksstatistiken som besökens längd. Om en stor del utgörs av besöksersättning styr detta mot många men korta besök. Exempel på sådana besök är receptförnyelse, som skulle kunna klarats av per telefon. Till synes hög produktivitet kan således vara förenad med låg effektivitet.

Den längre besökstiden skulle också kunna förklaras av ett annat arbetssätt i Sverige där mer tid ges till kroniker och patienter med komplexa problem. Men en annan förklaring som även understöds av tidigare studier är att långa besökstider är relaterade till bristande kontinuitet där läkaren saknar kunskap om patientens medicinska historia och bakgrund (jämför SOU 2016:2).

Primärvårdens resurser har inte stärkts

Det finns sedan länge en trend i Sverige mot en minskad konsumtion av slutenvård till förmån för vård i öppna former. Hittills har detta dock haft ett ytterst begränsat genomslag på kostnadsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) konstateras att Sverige har en i internationell jämförelse sjukhustung vård och att de långvariga ambitionerna att stimulera primärvården och att få primärvårdens resurser att växa, har gett få bestående resultat. Figuren nedan visar fördelningen av delverksamheternas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna mellan 2008 och 2018. Primärvårdens kostnadsandel omfattar i denna jämförelse allmänläkarverksamhet och jour samt övrig primärvård och var cirka 20 procent 2018, varav allmänläkarvård inklusive jourverksamhet svarade för knappt 12 procent (av totalen). Primärvårdens kostnadsandel har minskat med ungefär en procentenhet under det senaste decenniet medan den specialiserade somatiska vårdens kostnadsandel har ökat med cirka två procentenheter under samma tid.

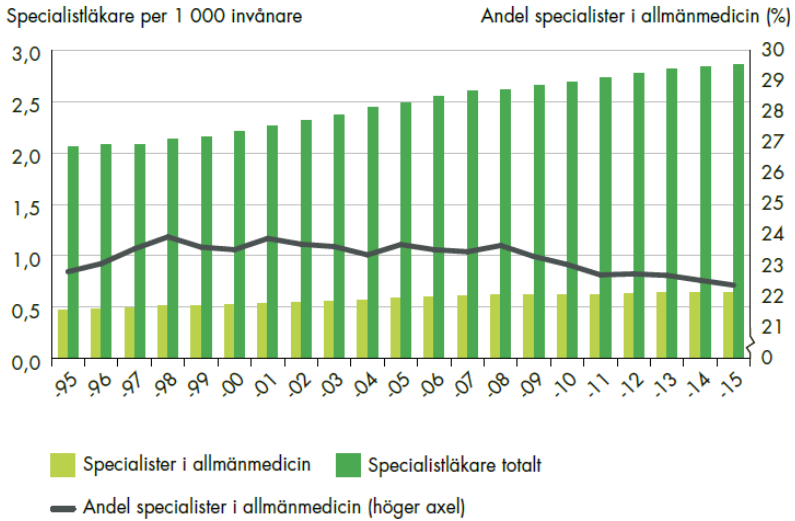
Figur 5.13 Delverksamheters andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna 2008–2018



Källa: SCB, www.statistikdatabasen.scb.se

Sverige har en god tillgång till specialtläkare i den öppna och slutna specialistvården. Antalet verksamma specialtläkare har dessutom ökat i förhållande till befolkningen sedan slutet av 1990-talet men specialtläkare i allmänmedicin har inte hängt med i den ökningen. Antalet specialister i allmänmedicin har nätt och jämnt följt med befolkningsökningen, vilket innebär att de har minskat som andel av det totala antalet specialtläkare över tid (se figur 5.14).

Figur 5.14 Antal specialisläkare och specialister i allmänmedicin per 1 000 invånare samt andelen specialister i allmänmedicin 1995–2015

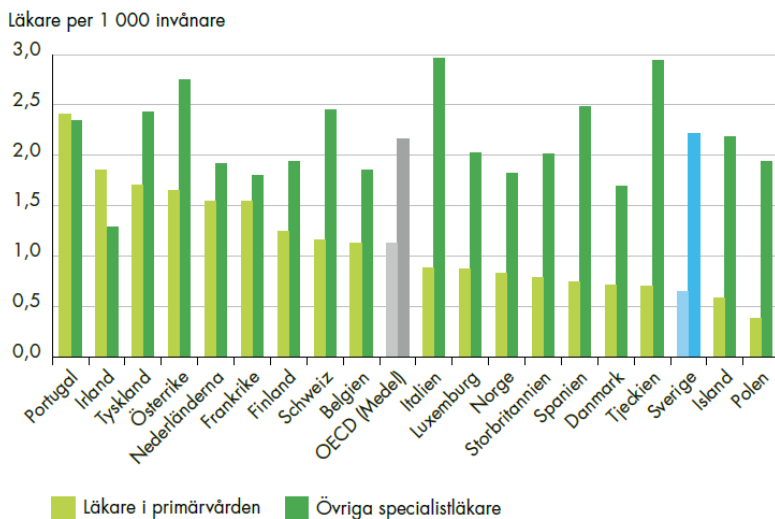


Not: Figuren visar antal specialisläkare verksamma i hälso- och sjukvården.

Källa: Vårdanalys 2018a.

Vid en jämförelse med andra OECD-länder kan vidare konstateras att antalet primärvårdsläkare per invånare i Sverige ligger på en låg nivå.

Figur 5.15 Läkare i primärvården och övriga specialisläkare i OECD 2015 (eller senare år, per 1 000 invånare)



Not: OECD definierar läkare i primärvården (*general practitioners*) som läkare som arbetar med att ge "långsiktig och generell vård till individer, familjer och samhällen". Observera att även ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialiskompetens kan ingå i statistiken för vissa länder. Statistiken för Sverige visar antalet specialister i allmänmedicin jämfört med antalet övriga specialisläkare.

Källa: Vårdanalys 2018a.

5.7 Vårdvalssystemen i en europeisk jämförelse

Flera utredningar har under senare år gett relativt omfattande belysning av den svenska primärvården i ett internationellt perspektiv (SOU 2018:39, Vårdanalys 2017a, 2017d). I det följande ges en sammanfattning av några viktiga fynd från andra utredningar.

Det finns en pågående trend i Europa att alltmer uppmärksamma primärvårdens betydelse som ett sätt att möta kommande utmaningar vad gäller en åldrande befolkning, ökningen av sjukdomsburden i form av kroniska sjukdomar samt ojämlik hälsa (SOU 2018:39). Många länder brottas liksom Sverige med en minskande andel allmänläkare och svårigheter att få ett jämnt geografiskt fördelat utbud (OECD 2019). Det finns vidare en trend i Europa att alltmer uppmärksamma betydelsen av att gå mot grupppraktiker (där flera allmänläkare tjänstgör tillsammans och även tillsammans med andra yrkeskategorier). Detta har bedömts vara viktigt för att gå mot en mer personcentrerad och samordnad vård och har i studier visats hänga

samman med bättre patientutfall, minskade inläggningar på sjukhus och ökad nöjdhet hos såväl patienter som personal (SOU 2018:39).

Styrning av primärvården

Primärvårdssektorns struktur och styrning skiljer sig åt mellan Europas länder, såväl mellan som inom skattebaserade system och socialförsäkringssystem. Den centrala statsmakten har i de flesta länder ett övergripande ansvar och styr via lagstiftning och reglering. I vissa länder är staten även huvudman för hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en fördjupad jämförelse av Sveriges primärvård med fyra länder vars system har relativt likartade förutsättningar som det svenska stora – Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien (vårdanalys 2017a). Av jämförelsen framkommer att i övriga fyra länder är styrningen genom uppdrag och ersättningssystem i huvudsak definierade på nationell nivå genom gemensamma avtal och överenskommelser. De andra länderna har också nationella regelverk för hur befolkningen väljer läkare och var de listas. Den svenska lösningen, där 21 landsting i stort sett ensidigt fattar beslut om ersättningsprinciper och hur uppdraget ska preciseras, avviker från förhållandena i de andra länder som studerats.

En annan stor skillnad mellan Sverige och jämförelseländerna är det jämförelsevis omfattande kostnadsansvaret som svenska primärvårdsmottagningar har. Detta kostnadsansvar innebär att svenska mottagningar har ett betydligt större finansiellt ansvar än mottagningar i andra länder, i synnerhet i kombination med en hög andel fast ersättning per listad individ.

När det gäller ersättningsens utformning i övrigt finns likheter mellan Sverige och många länder i Europa att den fasta ersättningen per listad invånare, den så kallade kapiteringen, har relativt stor betydelse för mottagningarnas samlade intäkter. Visserligen saknas konsensus om en optimal ersättningsform för primärvården, men utvecklingen internationellt visar att ensidiga ersättningar minskar och går mot en kombination av ersättningsprinciper. I flera länder kombineras kapitering – ofta korrigerad för behov via justering för socioekonomiska förhållanden och sjuklighet – med olika typer av prestationsersättningar (Vårdanalys 2017d).

Egenavgifter

I de flesta länderna i OECD länder tas inga patientavgifter ut i primärvården (Kringos 2015). Utvecklingen inom OECD-länderna har gått mot en ökad eller bibehållen hög andel offentlig finansiering av såväl primärvård som övrig hälso- och sjukvård. Länder med socialförsäkringssystem uppvisar i dag samma andel offentlig finansiering som skattebaserade system.

Primärvårdens organisation, valfrihet och etablering

Utformningen av primärvårdens organisation skiljer sig mellan länderna i Europa. Ett mönster är att privata primärvårdsmottagningar oftast drivs av enskilda läkare oavsett system. Gruppraktik förekommer dock vid privata mottagningar i ett antal länder. I skattebaserade system, där offentliga vårdgivare svarar för utbudet, dominerar större enheter som kliniker eller vårdcentraler.

Tabell 5.9 Organisationsformer, listning och ersättningsmodell inom primärvården i ett urval av länder

Land	Sjukvårdssystem	Driftsform	Typ av praktik	Måste eller uppmuntras patienter att lista sig hos en läkare eller mottagning i primärvård	Ersättningsmodell
Belgien	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Danmark	Skattebaserat	Privat	Grupp praktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Finland	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste lista sig	Anslag
Frankrike	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning/anslag
Island	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Anslag/ Rörlig ersättning
Nederländerna	Socialförsäkring	Privat	Grupp praktik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning /mårel ersättning
Norge	Skattebaserat	Privat	Ensampraktik	Patienten måste lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Spanien	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste lista sig	Kapitering/mårel ersättning/anslag
Storbritannien	Skattebaserat	Privat	Grupp praktik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning /mårel ersättning
Sverige	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Tyskland	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Rörlig ersättning

Källa: Vårdanalys 2017d avseende uppgifter om sjukvårdssystem och driftsform, samt 2016 OECD Health System Characteristics Survey avseende uppgifter om listning och ersättning

Valfrihet

I länder med socialförsäkringssystem finns en tradition av valfrihet kombinerat med privata driftsformer. Men även skattebaserade system som Danmark, Irland och Storbritannien har en tradition av valfrihet. Norge och senare Sverige är exempel på skattebaserade system som mer nyligen infört olika valfrihetsmodeller i primärvården. Valfriheten är oftast reglerad. I vissa länder finns incitament för såväl listning som remiss, genom att patienterna får en reducerad avgift eller avgiftsbefrielse för olika vårdformer om de accepterar listning vid en husläkare/mottagning och krav på remiss till annan specialläkare. I flera länder föreligger även geografiska begränsningar vid val av mottagning, ofta angivna med en maximal tidsgräns eller distans från boendeorten till vårdgivaren.

Valfriheten och etableringsfriheten inom svensk primärvård är jämförelsevis stora efter införandet av LOV. Flera länder med en betydligt längre erfarenhet av valfrihet och privata vårdgivare har mer regleringar av både valfrihet och tillträde till marknaden (Vårdanalys 2017d).

Etablering

Tillgången till och etableringen av främst primärvårdsläkare är ojämnt fördelade geografiskt i flera länder. Främst glesbygdsområden, men även socioekonomiskt utsatta områden, har ofta läkarbrist. I länder med valfrihetssystem har olika strategier testats för att få en mer jämn geografisk spridning av läkartillgången. I vissa länder finns s.k. etableringskontroll, som innebär att fri etablering inte råder utan att inträdet till en geografisk marknad sker genom ansökningsförfarande där sjukvårdshuvudmän eller regleringsmyndighet bedömer behovet av nyetablering. Det är dock relativt ovanligt i ett europeiskt perspektiv och det är osäkert om denna typ av styrmekanism leder till ett mer jämlikt utbud geografiskt sett (vårdanalys 2017d). De åtgärder som används för att undvika över- eller underetablering i olika geografiska områden är – vid sidan av etableringskontroll – bonus via ersättningsystem samt selektiv kontraktering där det råder brist på främst läkare.

Utbudet är normalt sett reglerat genom olika typer av ackrediteringsförfaranden. Det förekommer reglering om att vårdgivare inte kan neka en patient att lista sig och hur en s.k. full lista ska hanteras med väntetider eller andra ransoneringsmetoder. Det förekommer även regler om hur ofta patienten har möjlighet att byta vårdgivare, incitament att gå till den vårdgivare man är listad vid, osv.

I den ovan nämnda fördjupade jämförelsen med fyra andra länder framkommer att etablerade mottagningar har större frihetsgrader i de andra länderna. Mottagningar och allmänpraktiserande läkare i de länderna kan exempelvis själva välja att sätta ”tak” för antalet listade, även om det finns krav på en viss lägstanivå för heltidsarbetande läkare. Det finns också ett större utrymme att neka individer att lista sig om de bor långt ifrån mottagningen. I svensk primärvård har det bedömts att det i princip inte finns sådana möjligheter att neka listning, när en privat eller offentlig primärvårdsmottagning väl är etablerad. Däremot har svenska privata mottagningar mycket större frihetsgrader än i andra länder när det gäller var de ska etablera sin verksamhet och vem som kan äga mottagningen.

5.8 Kort jämförelse med skolan

Sedan början av 1990-talet är det svenska skolsystemet decentraliserat. Huvudmannaskapet för skolan är delat på så sätt att kommuner och privata leverantörer (s.k. fristående skolor) ansvarar för grundskolor och gymnasier, inklusive organisationsutveckling och kontroll, och lärarutbildning och kompetensutveckling. Kommunerna ansvarar dessutom för vuxenutbildning. Det skiljer huvudmannaskapet från hälso- och sjukvården där landstinget är huvudman även för den vård som privata (kontrakterade) utförare bedriver. Fristående skolor följer samma regler och läroplan som offentliga skolor.

Fri etablering efter statligt godkännande

En annan skillnad jämfört med hälso- och sjukvården är att fristående skolor inte upphandlas enligt LOU eller kontrakteras enligt LOV. Fristående skolor har fri etableringsrätt efter prövning och godkännande av Skolinspektionen. Enligt 2 kap. 5 § skollagen ska godkännande ska lämnas om den enskilde:

1. genom erfarenhet eller på annat sätt har förvärvat insikt i de föreskrifter som gäller för verksamheten,
2. har ekonomiska förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för verksamheten, och
3. i övrigt har förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för utbildningen.

För att godkännande ska lämnas krävs därutöver att utbildningen inte innebär påtagliga negativa följder på lång sikt för eleverna eller för den del av skolväsendet som anordnas av det allmänna i den kommun där utbildningen ska bedrivas. Om godkännandet avser gymnasieskola eller gymnasiesärskola ska följderna i närliggande kommuner för den del av skolväsendet som anordnas av det allmänna också beaktas. Avser godkännandet förskoleklass, grundskola eller grundskolasärskola krävs därutöver att elevunderlaget är tillräckligt för att verksamheten ska kunna bedrivas långsiktigt.

Valfrihet inom skolan

Hemkommunen är skyldig att ordna en plats för alla barn i grundskolan och vårdnadshavaren har rätt att välja skola för sitt barn i hela kommunen.

Hur många elever som får plats vid varje skolenhet bestäms av kommunen. Kommunen ska i första hand utgå från vårdnadshavarens önskemål när en elev ges en plats vid en skola. Men vårdnadshavarens önskemål får inte gå ut över ett annat barns rätt till placering vid en skolenhet nära hemmet (närhetsprincipen). Det kan dock finnas flera skolor i kommunen som ligger nära hemmet, så närhetsprincipen innebär inte alltid att barnet blir placerad i den skola som ligger närmast hemmet. När platserna tar slut på en skola är det kommunen som bedömer vilka elever som har rätt till en plats på skolan.

Grundskolelever har dessutom rätt att välja en fristående skola (oavsett geografisk plats). Hur många elever som får plats vid en fristående skola beslutas av den privata leverantören. De fristående skolorna har vidare sina egna antagningssystem, som ska vara icke-diskriminerande. Vanliga antagningskriterier är syskonförtur, geografisk närhet och turordning utifrån ansökningsdatum.

Ersättning

Skolans finansiering fastställs av kommunen med undantag för vissa riktade statliga bidrag. Kommunerna är skyldiga att finansiera grundskola och gymnasieutbildning för barn som är bosatta i kommunen, oavsett om barnet har valt en friskola eller en skola i en annan kommun. Finansieringen sker genom ett bidrag som bl.a. avser ersättning för undervisning, läroverktyg, elevhälsa, måltider, administration, mervärdesskatt och lokalkostnader. Beloppet bestäms på samma grunder som vid kommunens fördelning av resurser till sin egen grundskola.

Jämlikheten i skolan utreds

Utredningen om en mer likvärdig skola (U 2018:05) har uppdraget att bl.a. analysera och ta ställning till hur bestämmelserna om dels placering vid kommunala skolenheter, dels mottagande och urval till fristående skolor, bör ändras för att i större utsträckning främja en allsidig social sammansättning av elever inom förskoleklass och grundskola samt, vid behov, grundsärskola. Utredningen ska också kartlägga och analysera de bakomliggande orsakerna till skillnaderna i avsatta resurser för undervisning och elevhälsa inom förskoleklass och grundskola mellan kommunerna och mellan de enskilda huvudmännen samt hur skillnaden i avsatta resurser påverkar kunskapsresultaten. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2020.

6 Analys och överväganden om vårdvalssystemen i primärvården

I detta kapitel beskriver och diskuterar utredningen de problem vi ser med dagens vårdvalssystem och med de överväganden som gjordes vid vårdvalssystemens införande. De mycket närliggande och ibland överlappande frågorna om patientens valfrihet över länsgränser samt framväxten av digitala vårdtjänster som en del i vårdvalssystemen och utomlänsvården kommer att diskuteras i kapitel 8 och 10.

6.1 Primärvården behöver reformeras

6.1.1 Utmaningarna i primärvården går utöver brister i vårdvalssystemen

Utredningen vill inledningsvis betona att vårdvalssystemen bara är *en del* i primärvårdens utveckling mot framtiden hälso- och sjukvård. Det blir därmed viktig att diskutera vårdvalssystemen i en bredare kontext. Som tidigare konstaterats i flera sammanhang har den svenska primärvården stora brister och behov av utveckling. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) gjordes bedömningen att primärvården är underdimensionerad i förhållande till förväntningar och potential. Tillgängligheten i akuta fall är låg och många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå. Primärvården har också låg status hos befolkningen – det verkar vara accepterat att man vänder sig till akutmottagning även i de fall vårdcentralen skulle vara ett bättre alternativ. Slutligen bedömdes primärvården i Sverige ha en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas

hemsjukvård och socialtjänst. I *Effektiv vård* beskrevs att systemet för vård och omsorg är fragmenterat. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora brister.

Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara t.ex. yngre med kroniska sjukdomar.

(SOU 2016:2)

Den nu aktuella utredningens arbete har på många sätt bekräftat denna problembeskrivning, bl.a. under utredningens hearingar.

Förtroendemätningar visar också på ett hos befolkningen långsamt minskande förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet och i synnerhet för primärvården. Brister i tillgängligheten, personkontinuiteten, kompetensen och personcentreringen anges som huvudorsaker till bristande förtroende. Skillnaderna mellan landstingen är dock stora. På landstingsnivå samvarierar bl.a. en bättre tillgänglighet och en låg andel hyrläkare med ett stort förtroende för primärvården (Vårdanalys 2018b).

6.1.2 Utredningens utgångspunkter för att nå målbilden om primärvårdens del i framtidens hälso- och sjukvård

Mot bakgrund av analysen av primärvården i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) tillsattes utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). I delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) anges en färdplan för omställningen av hälso- och sjukvården mot en starkare primärvård:

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

I betänkandet anges vidare att man ser den nära vården som

mer flexibel, ofta mobil, en hälso- och sjukvård och omsorg som möter och inkluderar patienten eller brukaren utifrån var och ens förutsättningar och preferenser. Personen är en aktiv part i att medskapa sin vård utifrån aktuella behov, förutsättningar och preferenser och i det som tillhandahålls har vården redan på systemnivå tagit ansvar för att vården erbjuds utifrån beslutade prioriteringsgrunder. Det är tydligt att vården samordnas och hänger ihop oavsett huvudman eller vårdaktör. Stöd till egenvård och förebyggande arbete är centrala delar i bilden. Hälso- och sjukvården och omsorgen mobiliseras utifrån personen, som i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet är subjekt i förhållande till vården och omsorgen, inte längre ett passivt objekt. Det är samtidigt viktigt att betona att den som vill ha mer stöd av vårdens medarbetare i sin hälso- och sjukvård och omsorg förstås ska beredas den möjligheten.

Vi ställer oss helt bakom denna övergripande inriktning för framtidens hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av de problem som vi för närvarande ser i primärvården och i den organisering som följer av vårdvalssystemen i primärvården bedömer vi att det finns ett antal komponenter i denna omställning som är särskilt viktiga:

1. **Patient-/invånarperspektivet** med en mer personcentrerad vård som i ökad utsträckning utgår från individers olika behov, både i organiseringen av vården och i mötet med patienten. I den samordnade och inkluderande vården blir relationer särskilt viktiga och för att skapa dessa behövs långsiktighet och kontinuitet, vilket är tydligt prioriterat när patienter tillfrågas. En del i detta är vidare att vården blir mer proaktiv och arbetar hälsofrämjande och förebyggande.
2. **Systemeffektiviteten** för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka. En central del i detta är en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård. Detta förutsätter en tydlig horisontell prioritering där primärvården prioriteras högre än i dag. Ytterligare en central del är kontinuitet inom alla delar av hälso- och sjukvården, inkl. kommunernas hälso- och sjukvård. Kontinuitet är den enskilt mest effektivitetsbefrämjande faktorn. Kontinuitet ökar patientsäkerheten, minskar dödligheten och minskar behovet av akutbesök och sjukhusvård.

3. **En mer integrerad och samordnad vård** behövs, mellan olika vårdgivare, vårdnivåer och huvudmän där organisering, styrning och arbetssätt i högre grad ska utgå från att de med störst behov ska ha företräde till vården och att främja kontinuitet, sammanhängande vårdkedjor och det mest effektiva omhändertagandet. Konkurrerande parallella spår samt motstridiga ersättningsprinciper och incitament tas bort.
4. **Ett mer transparent och stabilt system** med ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig av vården och vad utförarens åtagande är. Det är en nödvändighet för en bättre arbetsmiljö, vilket är avgörande för kvalitet och patientsäkerhet. Det är också en förutsättning för en stärkt kompetensförsörjning för att möjliggöra kontinuitet för patienten och en bra arbetsmiljö.
5. **Den digitala revolutionen** behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård, där det ska vara självklart att vården är digital när det är möjligt och fysisk när det behövs. Det förutsätter utveckling och nyttiggörande av digitala arbetssätt integrerat i den traditionella fysiska vården. Det förutsätter vidare förbättrade möjligheter att utbyta information inom offentligt finansierad vård och omsorg med likvärdiga möjligheter oavsett var informationen om patienten finns. Digitala arbetssätt är dessutom ett viktigt sätt att uppnå ökad personcentrering och effektivisering speciellt i kombination med kontinuitet.
6. **Ett mer nationellt system** med minskade skillnader i landstingens styrning. De stora variationerna i patientavgifter och i landstingens styrning skapar ett ojämlikt system för patienter men också utförare, där ytterligare steg bör tas mot en mer nationell ram för primärvårdens styrning som samtidigt ger möjlighet till lokal anpassning.

6.1.3 Ökad systemeffektivitet med en starkare primärvård kräver tydlig horisontell prioritering

I delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) anges att landstingen och kommunerna behöver fatta beslut för att genomföra omställningen av hälso- och sjukvården mot

en starkare primärvård med start 2020 men det anges inget närmare om dessa beslut eller landstingens pågående arbete.

Det verkar finnas en brett uttalad viljeinriktning att ställa om hälso- och sjukvården mot en nära vård. Många av landstingen ställer sig bakom färdplanen men anser samtidigt att den för närvarande är alltför vag. Region Västmanland framför t.ex. att ”det inte i tillräcklig omfattning beskrivs hur förändringen/förflyttningen kan och ska göras. En kostnadskalkyl saknas också. Skarpa förslag som säkerställer en förflyttning till en mer primärvårdbaserad sjukvård saknas vilket medför att förändringen av den svenska sjukvården kommer ta lång tid.” Region Östergötland framför att ”det är av stor vikt att utforma en tydlig färdplan på makro-, meso- och mikronivå för att färdplanen skall komma att realiseras.”

Några av landstingen kommenterar i sina remissvar att omställningsplanen ligger i linje med deras egna tankar men samtidigt får konstateras att det ännu saknas en samlad bild av hur primärvårdens omställning ser ut i Sverige.

Hälso- och sjukvårdens struktur fortsatt ett hinder mot omställningen

I betänkandet *God och nära vård* (SOU 2019:29, bilaga 4) finns en uppföljning av utvecklingen och omställningen av primärvården. I flera landsting finns olika typer av planer eller strategier med koppling till omställningsarbetet men det är svårt att ännu få en tydlig eller samlad bild av vart utvecklingen är på väg. Uppföljningen visar att *primärvårdens kostnadsandel av den totala hälso- och sjukvården minskar* något i de flesta landsting. Sammantaget har inte primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader ökat under lång tid, trots politiska ambitioner att stärka primärvården (se avsnitt 5.6.3). Vi menar att det är en allvarlig utveckling som visar att primärvården trots allt fortfarande inte är prioriterad av landstingen.

Utredningen har viss förståelse för att omställningen är ett långsiktigt arbete. Samtidigt måste konstateras att det nu finns starka skäl för både landstingen och staten att intensifiera arbetet med omställningen och att driva på mot en resursmässig förstärkning av primärvården. I ett sådant arbete ryms många aspekter men både den nuvarande resursfördelningen mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden och tidigare analyser visar att en viktig faktor är att fort-

sätta att föra ut vård från sjukhusen och att totalt sett öka effektiviteten på sjukhusen (jfr SOU 2016:2).

Primärvårdens funktion och uppdrag behöver återspeglas i resurser

Under utredningens hearingar och andra möten har det från både verksamheter och beställarfunktioner i landsting förmedlats en bild av att både förväntningarna på och uppdragen till primärvården ökat under lång tid. Ett landsting beskrev t.ex. att man har kommit långt med att föra ut specialiserade mottagningar för olika kronikergrupper till primärvården (vilket varit önskvärt) och samtidigt haft en ganska snabbt ökande konsumtion/produktivitet av primärvård utan att samtidigt tillföra resurser och att detta i nuläget tänt verksamheterna ”till bristningsgränsen”. Flera har beskrivit hur primärvården har svårt att förhålla sig till och balansera mellan å ena sidan de med stora vårdbehov och för låg konsumtion och å andra sidan de med små vårdbehov och för hög konsumtion.

Tidigare studier visar att primärvården har svårt att på ett ändamålsenligt sätt ta hand om patienter med stora behov av hälso- och sjukvård (Vårdanalys 2017a). T.ex. har endast 14 procent av primärvårdsläkarna angett att de är förberedda på att vårda patienter med (allvarlig) psykisk ohälsa, trots att över 40 procent av läkarna svarat att de ofta träffar sådana patienter. En betydande andel av de multisjuka äldre har enligt SKL:s kartläggning inom projektet ”de mest sjuka äldre” förvånansvärt lite kontakt med primärvården. I stället bOLLAS man mellan olika sjukhusanknutna specialistmottagningar och söker vård på akutmottagning när läget blivit akut eller allvarligt. Detsamma gäller personer med risk att utveckla kroniska sjukdomar eller som har en sådan sjukdom i ett tidigt stadium. Utredningens möten, bl.a. med patient- och brukarrådet på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har bekräftat denna bild.

I kontrast till detta konsumeras en relativt stor andel (i uppskattningar upp till 25 procent) av primärvårdens resurser av personer där vårdgivaren bedömt att tillståndet kunde ha hanterats med egenvård. Det gäller i synnerhet unga personer (16–26 år) som söker för t.ex. muskelsmärter, huvudvärk, sjukdomskänsla och trötthet. Unga vuxna upplevs av primärvårdsrepresentanter i större utsträckning än tidigare

söka vård för att hantera livssituationer som de inte ser en lösning på, som avslutade förhållanden eller stress på arbetet (Vårdanalys 2017a).

Flera yrkesverksamma i vården har till utredningen beskrivit en utveckling hos särskilt yngre personer som innebär dels att man oroar sig över sin hälsa och inte upplever att man har någon närstående att fråga, dels att man är otålig och kräver snabba svar på frågor av vården, helst av en läkare. Den höga tillgängligheten hos de s.k. nät-läkarna och konsumtionsmönstren av den vården menar vi ger visst stöd för denna bild.

Samtidigt hör dessa (ofta yngre) personer till grupper som i intervjuer anger att de ofta söker information på internet eller via 1177. De anger vidare att det dels är svårt att hitta bra information med tydliga rekommendationer på internet, dels att 1177 ofta rekommenderar dessa grupper att söka vård, snarare än att ge råd om egenvård.

Detta visar att det finns ett behov av bättre guidning, rådgivning och starkare stöd för egenvård, där digitala vårdtjänster kommer att ha stor betydelse.

Den demografiska utvecklingen understryker behovet

År 2028 beräknas Sveriges folkmängd att passera 11 miljoner. Enligt SCB:s senaste framskrivning kommer det då att vara 231 000 fler barn och unga, 399 000 fler i åldrarna, 19–64 år, och 309 000 fler som är 65 år och äldre jämfört med i dag. Allra mest, procentuellt sett, ökar de som är 80 år och äldre och år 2028 beräknas de vara 255 000 fler än i dag, en ökning med 50 procent. Mot denna bakgrund behöver det övervägas hur primärvården i en nära framtid på lämpligt sätt kan möta denna historiskt kraftiga befolkningsökning, eftersom primärvården redan nu har underkapacitet.

En starkare primärvård främjar en mer jämlik och behovsbaserad vård

Vår slutsats i delbetänkandet utifrån tidigare studier är att primärvården kan ha en viktig omfördelande funktion eftersom de med lägre socioekonomi, och antagligen också högre ohälsa, konsumerar mer primärvård. Geografisk närhet till vården har ett samband med hur mycket kontakt vi har med vården, där ett ökat utbud påverkar

i form av ökad konsumtion. Respektive landstings ansvar för att utreda och planera hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning borde därmed innebära att primärvården ges en stark ställning och att utbud, tillgänglighet och funktionssätt motsvarar medborgarnas behov. Både utbudet av primärvård och tillgången till kontinuitet varierar mellan landstingen. De nya digitala vårdtjänsterna har hittills i huvudsak accentuerat dessa skillnader eftersom de hittills primärt konsumeras av personer i tätbebyggda områden med god tillgänglighet.

Principerna för prioriteringar i vården talar för en omfördelning till primärvården

Det finns stöd i den etiska plattformen för att prioritera primärvården högre och för att organisera den så att möjligheterna till förebyggande arbete och vård av kroniska sjukdomar stärks. Men frågan om förhållandet mellan primärvården och prioriteringar i vården är inte okomplicerad. Plattformen kan nog till del sägas utgå från ett sjukhus-specialist-perspektiv, där det kan finnas tydligare evidens för åtgärders nytta och hälsoekonomiska bedömningar. Så kallade horisontella prioriteringar (t.ex. mellan verksamheter) är särskilt svåra att göra. Men vi bedömer att både gruppstorleken och möjligheterna till kostnadseffektiva insatser starkt talar för att primärvården bör prioriteras högre. Primärvården ska vara första linjens vård som vänder sig till hela befolkningen. Det är i primärvården som tidiga eller förebyggande insatser kan göra störst nytta.

Samtidigt kan noteras att plattformen ger begränsad vägledning och i utredningens intervjuer har bl.a. framkommit att det vid prioriteringsplattformens införande fanns en önskan att låta primärvården delvis stå utanför plattformen eller att prioriteringsgrupperna skulle ges en annan inbördes ordning. Det finns skäl att göra ett samlat omtag om prioriteringar i vården i samband med omställningen mot en mer nära vård. Vi noterar att landstingen inom ramen för det gemensamma systemet för kunskapsstyrning angett att man vill utveckla en nationell modell för horisontell prioritering inom ramen för landsting och regioners system för kunskapsstyrning (SKL 2019f).

6.2 Bristande förutsättningar för fungerande vårdvalssystem

6.2.1 Den svenska primärvårdens underkapacitet är ett hinder för vårdvalssystemen

En grundläggande förutsättning för ett fungerande system med patientval är att det finns viss överkapacitet. Innan valfrihetssystemen infördes konstaterades detta av Konkurrensverket:

För att valfrihetsmodellens intentioner ska infrias krävs att det råder faktisk valfrihet för konsumenterna. Det måste således finnas flera utförare på marknaden och ett (potentiellt) överutbud bör råda – dvs. utbudet bör vara större än efterfrågan för att undvika köbildning och att konkurrensen därmed hämmas. För att fler än en producent ska kunna vara verksamma på marknaden krävs det att kundunderlaget är tillräckligt stort. Det kan därför vara svårt att uppnå verklig valfrihet i glesbefolkade områden.

(Konkurrensverket 2007)

Redan 2003 påtalade den norska tillsynsmyndigheten behovet av extra kapacitet i Norge för att möjliggöra val (Statens helsetilsyn 2003 s. 25). Trots minskningen i antalet ”öppna listor” och ”listplatser” i Norge överstiger dock antalet lediga platser på öppna listor fortfarande med råge antalet invånare som saknar listning eller har plats på en lista utan läkare. Att det skett en ökning i antalet verksamma läkare (sett till antalet motsvarande heltidstjänster) beskrivs alltså som en förutsättning för Fastlegeordningens genomförande. (SOU 2008:37 s. 168).

Även i förarbetena till vårdvalssystemen noterades detta men det finns inga slutsatser om i vilken mån det svenska systemet hade förutsättningar för ett fungerande patientval. Betänkandet refererade till de norska erfarenheterna om det principiella behovet av överetablering i ett system med patientval; utan överetablering finns ingen dynamik i systemet eftersom bytet till en viss läkare endast kan ske om någon annan väljer bort samma läkare. Däremot nämndes ingenting om antalet specialister i allmänmedicin i Sverige eller antalet läkare verksamma i primärvården. I underlaget för reformen saknas det således en bedömning av om den svenska primärvården hade en tillräcklig kapacitet för fungerande vårdvalssystem.

Som konstaterats i föregående avsnitt lider den svenska primärvården av en uttalad underkapacitet. Detta förhållande har i princip varit oförändrat sedan vårdvalsreformens införande. Till exempel har

andelen specialtläkare i allmänmedicin nätt och jämnt följt med befolkningsutvecklingen och utgör en tydligt minskande andel av det totala antalet specialtläkare under den senaste tio-årsperioden (se avsnitt 5.6.3). Givet de ökande behoven i befolkningen på grund av demografiska förändringar, de ökande förväntningarna på vad primärvården ska kunna göra liksom glidningen av primärvårdens uppdrag framstår primärvården som i det närmaste anorektisk. Att på detta system och utan resurstillskott lägga en valfrihetsreform kan konstateras ha varit mindre lämpligt.

Visserligen ökade antalet utförare (dvs. vårdcentraler) i primärvården under reformens första år men i allt väsentligt utan att resurserna (ekonomiskt eller i form av personal) till primärvården ökade. Resurserna tycks snarare ha smetats ut.

I Norge fanns en hel struktur riggad för valet liksom en modell för hur en aktör på ”marknaden” ska möta en stor efterfrågan (kösystem) liksom hur en principiell avvägning av vårdbehov kan ske (företrädare för äldre) medan dessa frågor får sägas ha lämnats därhän i Sverige.

I en norsk studie undersöks valfrihetens effekter på tillgängligheten. Studiens resultat visar att det behövs överkapacitet i systemet för att det ska få effekter på väntetiderna. Studien visar att det inte råder ett enkelt samband mellan patienters valmöjlighet och väntetid, utan att andra faktorer som exempelvis läkarnas kapacitet till att kunna ta emot nya patienter inverkar på väntetiden (Winblad 2012).

6.2.2 Olika mål har inte tillräckligt balanserats mot varandra

Ett sällan diskuterat faktum är att hälso- och sjukvårdslagstiftningen innefattar ett antal mål som riskerar att komma i konflikt med varandra. Ett exempel är de senaste årens utveckling mot en stark ställning för patienten å ena sidan och att den som har störst behov ska ha företräde till vården å andra sidan. Visserligen är de bestämmelser som rör patientens ställning formulerade som skyldigheter för vården att tillvarata, snarare än legala rättigheter som kan utkrävas av patienten. Konstruktionen av t.ex. vårdgarantin och valfriheten ger dock patienten möjligheter att agera och tillvarata sin ”rätt”. Detta har på många sätt bedömts som en eftersträvansvärd utveckling men det har också konstaterats att alla inte har samma möjligheter att nyttja den starkare

ställningen. Särskilt de med störst behov av vård kan ha svårare att både informera sig och agera utifrån de möjligheter lagstiftningen ger. Forskning visar t.ex. att äldre inte alltid har de kognitiva, fysiska och psykiska resurser som krävs för att informera sig och göra val (Winblad 2013).

Varken staten eller landstingen diskuterade potentiella målkonflikter vid införandet av vårdvalet

En risk med reformer som stärker valfrihet och marknadsmekanismer i vården är att de bidrar till ökade skillnader mellan grupper av socioekonomiskt ”starka” individer och socioekonomiskt ”svaga” individer som har sämre förutsättningar att informera sig, göra informerade eller medvetna val och att ”rösta med fötterna”. Det gäller även grupper som på grund av sjukdom, funktionsnedsättningar eller ålder har svårt att ta tillvara den starkare ställning som lagstiftningen avsett att ge dem (Vårdanalys 2017c).

I linje med detta har i forskningen sedan länge betonats risker med marknadskrafter i hälso- och sjukvården. Teoretiskt har förutspåtts att marknadskrafterna kommer ge ett inverterat förhållande mellan tillgången till hälso- och sjukvård och befolkningens behov, dvs. att marknadskrafterna leder till ett svagt utbud i områden där behoven av hälso- och sjukvård är stora. Man har vidare menat att detta inverterade förhållande är starkare ju starkare marknadskrafterna är (Burström 2017). I praktiken har landstingen i ökande grad försökt möta detta genom att justera styrningen (se vidare avsnitt 6.2.8).

Vid en analys av förarbeten och den debatt på nationell nivå som föregick införandet av vårdvalssystemen kan konstateras att nu nämnda frågor, liksom andra som är av relevans för utredningen inte adresserades. Det saknas konsekvensbeskrivningar av hur vårdvalsreformen skulle kunna påverka jämlikheten i hälso- och sjukvården när det gäller fördelningen av utbud eller vårdkonsumtionsmönster. Inte heller diskuterades hur reformen skulle påverka befintlig ojämlikhet i vården, t.ex. att en jämlik hälsa skulle kunna kräva ett ojämnt utbud till förmån för de med lägre socioekonomi. Inte heller problematiserades förhållandet mellan å ena sidan vårdvalet, som bygger på utgångspunkter som konsumerism och individuella val, och å andra sidan hälso- och sjukvårdslagen som utgår från jämlikhet och vård efter behov (Winblad 2013). Det tidigare områdesansvaret som fanns

vid varje vårdcentral har inte ersatts av något motsvarande inom vårdvalet.

När frågan om ”behov” diskuterades lyftes särskilt fram att reformen stärker patientens möjligheter att utifrån personliga behov och önskemål avgöra vilken läkare som ger vården. Det innebär en viss glidning från den tydliga åtskillnad mellan behov och efterfrågan som finns i förarbetena till prioriteringsplattformen:

Att göra åtskillnad mellan behov och efterfrågan är också viktigt. I motsats till behov, som kan vara både omedvetna och icke uttryckta, är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas som hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns behov av. Det kan exempelvis bero på att den vårdsökande har felaktiga förväntningar på vården. Behovs-solidaritetsprincipen kan på så vis komma i konflikt med efterfrågeprincipen. Ett tillämpande av efterfrågeprincipen skulle kunna innebära att individer med sämre förmåga att ta för sig kommer i kläm, vilket kan äventyra principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen.

(prop. 1996/97:60).

Landstingens utredningar i samband med införandet av vårdvalssystemen fokuserade främst på tillgänglighet även om det fanns en förhoppning om att vårdvalssystemen skulle bidra till en utveckling av primärvården. I en genomgång av beslutsunderlagen inför införandet av vårdvalet framkommer att de landsting som redan hade ”vårdval” på frivillig väg ansåg att anpassade kundvalssystem i enlighet med LOV var ett sätt dels att bättre kunna bemöta behoven som finns hos befolkningen, dels bemöta utvecklingen och det framtida behovet av primärvård. Det blev även ett sätt att öka tillgängligheten vilket många landsting upplevde som ett problem (Tillväxtanalys 2011a).

För de landsting som inte sedan tidigare hade vårdval var det vanligaste målet med att införa vårdvalssystemen att öka tillgängligheten för den enskilde att söka och få den vård denne önskar. Det näst vanligaste var att man genom ett kundvalssystem avsåg att utveckla alternativa driftsformer som i sin tur kan leda till effektivitet och högre kvalitet. Andra landsting fastställde inget mål men betonade att man hade förhoppningen om att kundvalssystemet skulle leda till en mångfald i form av fler utförare inom vården för att bättre bemöta behoven som kan komma i framtiden (Tillväxtanalys 2011a).

6.2.3 Vårdvalsreformen har i varierande grad bidragit till måluppfyllelse

Som framgår av resultatredovisningen i kapitel 5 finns det skäl att skilja på de av regeringen uppsatta målen för vårdvalsreformen och de mål som finns för hälso- och sjukvården som helhet. I vilken utsträckning reformen bidragit till dessa sistnämnda mål är särskilt intressant eftersom vi bedömer att de övergripande målen för hälso- och sjukvården är överordnade reformens mål.

Måluppfyllelse i förhållande till målen för reformen

Måluppfyllelsen när det gäller de av regeringen uttalade målen för vårdvalsreformen visar på blandade resultat, som framkommit i avsnitt 9.

Det kan konstateras att vårdvalsreformen ledde till en ökad *etablering och mångfald* med betydligt fler utförare i primärvården, vilket skulle kunna ses som det primära målet med vårdvalsreformen. Den mycket långtgående koncentration av ägandet som befarades har inte gått så långt, fortfarande finns ett stort antal aktörer som äger/drivar vårdcentral, varav många endast driver en vårdcentral.

Vidare får ur ett patientperspektiv anses att *valfriheten* stärktes genom vårdvalsreformen. Även om resurserna inte ökade genom reformen, varken i form av finansiering eller personal, ökade ändå antalet utbudspunkter i hälften av landstingen och särskilt i de tre största landstingen. För majoriteten av befolkningen finns det alltså mer att välja bland än före reformen. Det nuvarande utbudet av antalet vårdcentraler i relation till befolkningen visar att landsting som kännetecknas av glesbygd oftast har fler vårdcentraler i relation till befolkningen. Men på grund av tidsavstånden till vårdmottagningar är ändå den reella valfriheten i glesbygd ytterst begränsad.

Ett annat tydligt uttalat mål var satt stärka *tillgängligheten*. Ur vissa perspektiv har tillgängligheten förbättrats det senaste decenniet, främst genom att många har fått närmare till en vårdcentral. Genom de senaste årens utveckling av digitala vårdtjänster, vilket hittills främst har skett inom ramen för primärvården, har det också blivit enklare för patienter att få kontakt med primärvård. Det mer klassiska måttet på tillgänglighet, väntetider, har däremot inte visat någon förbättring när det gäller primärvården under den senaste tio-årsperioden. Detta

var tämligen väntat eftersom resurserna i form av personal förblivit relativt oförändrade och de ekonomiska resurserna snarast minskat. Men ett lika viktigt skäl är att det inte skett någon radikal förändring av arbetssätten, t.ex. genom att tillvarata digitaliseringens möjligheter. Det är problematiskt eftersom data pekar på att förtroendet för primärvården samvarierar starkt med tillgänglighet (Vårdanalys 2018b). En bristande tillgänglighet riskerar med andra ord att underminera befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Att vården är och uppfattas som tillgänglig är därför viktigt inte bara för den enskilde patienten, utan också för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet.

När det slutligen gäller den *kvalitetskonkurrens* som regeringen bedömde skulle uppstå genom patientens valfrihet kan konstateras att det ännu inte går att bedöma, även om det finns regionala indikationer på minskad nöjdhet med primärvården. Kvalitetsmätt för primärvården saknas dock ännu till stor del och de patientrapporterade mått som finns är svåra att följa över tid.

Måluppfyllelse utöver reformens mål

Jämlik vård utgör ett centralt mål för hälso- och sjukvården och en central del i utredningens direktiv. Det är inte lätt att definiera eller analysera begreppet eller att nå en samlad slutsats med 21 olika huvudmän med olika förutsättningar och olika utformning av respektive vårdvalssystem. Utredningens samlade slutsats utifrån det befintliga underlaget (se avsnitt 5.6.1) är att så som de olika vårdvalssystemen har utformats av landstingen kan vårdvalsreformen ha haft en viss negativ effekt på *jämlikheten* i vården. Det finns dock starkt stöd för att de största ojämlikheterna inom hälso- och sjukvården är de regionala skillnaderna, som till betydande del sannolikt fanns redan innan reformen. T.ex. råder betydande regionala skillnader när det gäller utbudet av primärvård. Som framgår av avsnitt 5.5.1 har dessa skillnader efter vårdvalets införande i enstaka fall minskat men i flera fall har de snarare förstärkts. Avseende utbudet i relation till socioekonomi varierar slutsatserna huruvida existerande skillnader ändrats till följd av vårdvalsreformen.

Behovsbaserad vård kan som nämnts tidigare handla om den övergripande fördelningen av vårdutbudet utifrån analyser av befolkningens

behov i olika områden eller inom olika grupper. Det kan t.ex. avse att utbudet inte motsvarar de socioekonomiska skillnader som finns i befolkningen. Behovsbaserad vård kan vidare handla om hur arbetet i verksamheterna organiseras för att möta de med störst behov. Det fåtal analyser som gjorts (se avsnitt 5.6.1) visar att vårdvalet inte gynnat de med störst behov när det gäller konsumtion av vård och vårdvalet har vidare försvårat integrerad vård för de med stora (komplexa) behov.

Kontinuiteten i vården har varit fortsatt låg efter reformens införande, t.ex. mätt som tillgången till fast läkarkontakt i primärvården. Det finns vissa indikationer på en något försämrad kontinuitet vilket kan förklaras av att det tillkommit fler utbudspunkter utan en förstärkning av resurserna i form av personal. Detta har drivit på konsumtionen av vård utan att skapa bättre förutsättningar att organisera arbetet utifrån att personalen kan ta ett ansvar för ”sina” patienter.

Det är svårt att mäta och jämföra till *effektiviteten* i vården eller primärvårdens bidrag till denna. Som en del i effektiviteten mäts *produktiviteten* i vården där primärvården efter några års positiv utveckling efter vårdvalsreformen, under senare uppvisat en fallande produktivitet.

6.2.4 Valfrihetens nuvarande utformning medför svårigheter

Förarbetena till vårdvalsreformen ger liten vägledning om valfrihetens utformning, som är långtgående i ett jämförande perspektiv. Samtidigt har många inspel till utredningen handlat om valfrihetens konsekvenser för primärvården.

Valfriheten som princip är uppskattad

Som konstaterats i kapitel 5 har patienten en obegränsad valfrihet i primärvården, både tidsmässigt och geografiskt. En stor majoritet av de patienter som tillfrågats om detta uppskattar möjligheten att kunna välja. Det finns således ett starkt stöd för valfrihet som princip.

I de studier som närmare belyses i avsnitt 5.5.2 framgår att intresset för att i praktiken byta utförare verkar vara totalt sett tämligen lågt i *jämförelse* med hur högt valfriheten principiellt värderas, vilket överensstämmer med annan forskning på området (Winblad 2012). Samtidigt bör man vara försiktig med att dra långtgående slutsatser

av dessa uppgifter eftersom begreppen ”byta”, ”val”, etc. kan definieras olika och sådana gränsdragningar görs oftast inte; t.ex. när det gäller skillnaden mellan att lista sig eller att göra ett enskilt besök (”otrohetsbesök”), vilka båda får ses som att patienten använder sin valmöjlighet.

Det är inte givet att valfrihet är det som värderas högst av patienter

Vidare är det oklart vilka preferenserna är om valfrihet ställs mot andra värden (betalningsvilja). Varken i förarbetena till LOV (prop. 2008/09:29) eller till världsvalsystemet (prop. 2008/09:74) diskuteras vad valfriheten kan och bör innehålla eller avgränsas liksom hur patienterna värderar valfriheten i förhållande till annat. Såvitt framkommit saknas ännu studier som jämför patienternas prioriteringar när olika värden ställs mot varandra, såsom valfrihet mot tillgänglighet, kontinuitet, geografisk närhet, jämlikhet eller effektivitet (se Winblad 2012). Men det finns indikationer på att andra värden värderas högre, t.ex. angavs i en studie att patienter värderar möjligheten att påverka innehållet i vården högre än vad de värderar möjligheten att välja vårdgivare i primärvården (Hjelmgren, Anell 2007).

I dialog med patientföreträdare, bl.a. på utredningens hearingar och med Patient- och brukarrådet på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framträder också bilden av att *valfriheten i sig* är mindre intressant när diskussionen kvalificeras med värden som kontinuitet, delaktighet och trygghet i vården. Det bör samtidigt konstateras att det inte finns några enkla svar om det ena eller det andra utan många inspel tyder på önskemål om en balans mellan olika värden. Några exempel på kommentarer angående nuvarande system var:

Varför ska man behöva byta för att få sina behov tillgodosedda – varför lägger man inte resurserna på att alla ska hålla en högre nivå?

Patienter med sämre förmågor att läsa på och fatta beslut har svårt att välja när utbudet är enormt och det skapar ojämlikhet.

Blev det som det var tänkt, dvs. mer valfrihet för de patienter som den var riktad till? Alla patienter kan inte välja vårdcentral. Det är många patientgrupper som aldrig kan välja eller byta om de är missnöjda. Inom hemsjukvården finns ingen valfrihet.

Jämförelsevis stor valfrihet i primärvården

Vi kan konstatera att valfriheten inom primärvården är långt driven i jämförelse med andra välfärdsområden. Lagen ger inga begränsningar när det gäller patientens val och *i teorin* innebär det svenska valet att man väljer vid varje kontakt i stället för att välja på förhand. I vårdvalsbetänkandet betonades utgångspunkten att fast ersättning (kapitering) skulle användas i vårdvalssystemen men enligt vår bedömning utformades sedan inte lagförslaget på ett sätt som understödjer en sådan fast ersättning. Ingenstans i motiven resoneras om förutsättningarna för valfrihet: t.ex. lätt tillgänglig och relevant information, stöd och guidning i valsituationen, systemegenskaper som överkapacitet, vem som har ansvar för att tillgodose patientens val – huvudmannen eller utföraren (i nuläget faller det på utföraren), likheterna med andra marknadsval i form av att det kan uppstå kö, att efterfrågan vida överstiger utbudet, att patienten kan behöva rangordna alternativ, ta ansvar för/hålla sig till ett val, etc.

Den svenska valfriheten i primärvården sticker också ut något i ett internationellt perspektiv. Många andra länders primärvårdssystem innebär krav på "listning" hos läkare eller ekonomiska incitament till listning. Det har vidare konstaterats att valfriheten och etableringsfriheten inom svensk primärvård i en europeisk jämförelse är relativt stora efter införandet av LOV. Flera länder med en betydligt längre erfarenhet av valfrihet och privata vårdgivare än Sverige har mer regleringar av både valfrihet och tillträde till marknaden (se avsnitt 5.7).

Valfrihet och listning innebär i dag två parallella system

En viktig fråga när det gäller valfriheten är om valet innebär att patienten knyts till utföraren på något sätt. Som framgått ovan är detta det normala i andra länder och var också en grundtanke med den s.k. husläkarreformen på 1990-talet.

Numera använder alla landsting s.k. listning, vilket i vårdvalssystemen inte är ett rättsligt begrepp men som har fått stor betydelse både kommunikativt och för administration av ersättningar.

Det rådande synsättet verkar vara att när patienten väljer en utförare så blir hen också listad hos denne. Den dominerade principen för ersättning till utförare i primärvården, kapitering, utgår från de listade patienter en utförare har (se avsnitt 5.4.3). Genom att ge vård-

centraler ekonomiskt ansvar för ”sina listade” patienters besök i andra delar av vården (genom s.k. täckningsgrad) eller på en annan vårdcentral (kostnadsansvar för besöket) har samtliga landsting dessutom markerat vikten av att utföraren håller fast vid sina patienter och att patienterna inte gör ”otrohetsbesök” hos en annan utförare.

Förekomsten av t.ex. kostnadsansvaret vid ”otrohetsbesök” verkar öppna för att patienten fritt kan välja att gå till en annan utförare utan att ”lista om sig”. Från vår dialog med landsting, patienter och verksamheter har framkommit att praxis vid val av vårdcentral verkar variera och att det relativt ofta är så att patienten erbjuds att lista sig eller till och med att patienten måste lista om sig för att kunna välja just den utföraren. Sett till valfrihetens rättsliga utformning bedömer utredningen att det är tveksamt om en sådan tillämpning är lagenlig. Samtidigt kan konstateras att avsaknaden av rättsmedel för patienter innebär att sådana frågor inte prövas i dag (Vårdanalys 2017c).

Såvitt framkommit finns det däremot ur patientens perspektiv ingen fördel med att vara listad – det enda undantaget vi kunnat se är att listade patienter i Västra Götalandsregionen betalar en lägre patientavgift än olistade patienter. I övrigt behandlas alla patienter lika vad gäller väntetider, ingångar till vården, avgifter, etc.

I praktiken innebär lagregleringen av värddvalssystem och tillämpningen av dessa att två parallella system har skapats i den svenska primärvården.

1. Dels ett system där patienten utan begränsning kan välja och välja om utförare utan att val eller omval i sig får några positiva konsekvenser för patienten. Det finns inga krav på att patienten ska hålla fast vid sitt val. Det erbjuds inte heller några särskilda fördelar till den patient som gör ett val, bortsett från det som kan följa av att patienten väljer en vårdgivare med kortare väntetid eller att patienten väljer bort en vårdgivare som hen är missnöjd med. Detta system menar vi styr främst mot en konsumtions- och tillgänglighetsbaserad primärvård.
2. Dels ett administrativt system där patienten listas, vilket har stor betydelse för ersättningen till utföraren i primärvården och där det ges starka incitament för att patienten inte ska välja att gå till någon annan utförare. Detta system menar vi styr främst mot en kontinuitetsbaserad primärvård.

3. Dessa två system kan således sägas dra åt olika håll, vilket hittills inte uppmärksammats i förarbeten eller utredningar. I förarbetena till vårdvalsreformen anförde utredningen:

I en vårdvalmodell enligt utredningens förslag ska landstingen konstruera ersättningssystemet så att ersättningen följer patientens val, oavsett om vården utförs i offentlig eller privat regi. Grunden i ett sådant ersättningssystem är en kapitationsersättning, dvs. en fast ersättning utbetald per invånare till den vårdgivare som invånaren väljer. Kapitationsersättningen kan kompletteras med andra ersättningar, t.ex. för prestation eller för uppnådda kvalitetsmål.

(SOU 2008:37)

De inspel som lämnats till utredningen under bl.a. våra hearingar handlar mycket om detta förhållande.

Fritt val och listning hänger inte ihop och skapar svårigheter för patientsäkerhet, arbetsmiljö och planeringsförutsättningar

Många representanter för utförare i primärvården har till utredningen pekat på oförenligheten i de två ”systemen”. En representant framförde:

Jämför systemet med skolan: det skulle aldrig vara aktuellt att en populär lärare på en populär skola skulle ta hand om 600 elever. För populära vårdcentraler räcker inte längre personal, tider eller lokaler till, samtidigt som vi inte kan säga nej. Vi blir tvingade att göra ett dåligt jobb. Resultatet blir att personalen flyr efter ett kort tag och sedan flyr patienterna efter något år när de upptäcker att personalen inte finns kvar.

Upprepade synpunkter på samma tema handlade om att detta leder till flera problem: hög belastning, arbetsmiljöproblem, bristande kontinuitet, m.m. Flera allmänläkare påpekade att de kan ansvar för så många som 3 000 patienter, vilket resulterar i en svår arbetssituation och på sikt en risk för sjukskrivningar. Flera verkar uppleva att det inte finns något sätt att begränsa inflödet – att sätta stopp med hänsyn till t.ex. arbetsmiljön.

Även om valfriheten som grundprincip verkar vara uppskattad även bland professionerna har återkommande framhållits att det är svårt att skapa kontinuitet, vilket hotar både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Några kommentarer till utredningen var:

Det händer att patienter hotar att lista om sig om de inte får de tider de vill ha.

Det blir en tuffare arbetsbelastning när många patienter är nya.

Patienter kommer för att de är missnöjda någon annanstans, inte får tider, inte får förlänga sin sjukskrivning etc. och det sätter i gång en ny utredning hos en annan vårdgivare.

Ska man träffa en ny läkare och börja en ny utredning gång på gång skapar det ingen trygghet.

Även om omlistningar verkar vara en marginell företeelse när landstingen mäter de som frekvent omlistar sig, kan konstateras att en inte försumbar andel av befolkningen ändå byter utförare varje år. Det finns inga entydiga uppgifter men data tyder på att åtminstone 10 procent av befolkningen listar om sig 1–2 gånger per år.

Det kan vidare konstateras att en relativt stor andel (totalt cirka sju procent) av besöken i primärvården utgörs av s.k. otrohetsbesök. Detta innebär ett inflöde av patienter som utföraren inte hade planerat för och där det normalt inte finns någon tidigare kännedom om patienten. Sannolikt är situationen när det gäller detta starkt varierande mellan olika utförare – variationerna mellan och inom landsting är mycket stora.

Svagt stöd för att välja och för att hjälpa patienten rätt i vården

Det finns enligt utredningens bedömning fortfarande brister i det stöd som patienter ges för att välja. Det är i flera studier visat att patienter tycker att det är svårt att ”navigera” och hitta rätt i vården (se avsnitt 5.5.2). Det kan också konstateras att det i samband med vårdvalsreformen och därefter gjorts relativt begränsade insatser för att stärka guidningen av patienter.

6.2.5 Vårdvalssystemen riskerar bidra till ökad fragmentering i vården

När det gäller informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora och väl kända brister (SOU 2016:2). Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar

ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara t.ex. yngre med kroniska sjukdomar. I betänkandet Effektiv vård beskrivs att vårdvalet har försvårat samlade lösningar för de patienter som har behov av samordnade insatser, bl.a. därför att det är svårt att upprätthålla en verklig samverkan med många aktörer samtidigt – ibland inte bara primärvård utan också annan specialiserad vård och kommunal vård och omsorg (SOU 2016:2). Några av de exempel som lyfts fram tidigare har handlat om att vårdvalssystem försvårat för samverkanslösningar, som t.ex. äldrevårdscentraler och familjecentraler, därför att mödra- och barnhälsovården blivit egna vårdvalssystem.

I utredningens dialoger beskrev t.ex. en landstingsföreträdare situationen i ett landsting där psykoterapi är utbrutet ur vårdvalssystemet för primärvården och organiseras som ett eget vårdval. Det innebär att de patienter som söker hjälp i primärvården hänvisas till det separata vårdvalet – där det finns cirka 300 aktörer att välja mellan. På grund av hur kraven på konkurrensneutralitet uppfattas i verksamheterna har primärvårdsutförarna bedömt att de inte heller kan ge patienten vägledning i den valsituationen.

6.2.6 Kvalitetskonkurrens i primärvården är svårt att förverkliga

Hälso- och sjukvården som ”marknad” karakteriseras av att efterfrågan vida överstiger utbudet. Ett skäl till det är att prissättningsmekanismen är satt ur spel; det är inte möjligt för individuella utförare att förändra det pris som möter patienten. Eftersom prismsmekanismen är satt ur spel återstår för vårdgivare att konkurrera via andra metoder, i synnerhet via kvaliteten i den vård som ges. Som framgår ovan var också en idé med vårdvalsreformen att stimulera kvalitetsutveckling i primärvården. Regeringen bedömde att stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet och att det därmed skapas konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Flera faktorer försvårar konkurrens inom vården

Sådan kvalitetskonkurrens på marknaden som regeringen efterfrågade försvåras dock av ett antal faktorer.

Olika patienter har olika stor möjlighet att tillskansa sig information. Som nämnts ovan har personer i grupper med störst behov sällan de kognitiva, fysiska och psykiska resurser som krävs för att göra informerade val. I viss mån kan andra individer täcka upp för denna brist – t.ex. anhöriga – men att en grupp som står för en stor del av konsumtionen (jämfört med andra patientgrupper) har sämre förmåga att göra informerade val hämmar konkurrensen på marknaden.

De ”transaktionskostnader” som är förknippade med ett omval kan dessutom förväntas vara större för de patienter som har störst behov, t.ex. på grund av ålder eller dålig hälsa, varför de kan förväntas välja om mindre ofta. Flera patientföreträdare som utredningen mött benämner ofta valfriheten eller möjligheten till omval som irrelevant för dessa grupper av patienter. Men hur stora dessa grupper är och hur stora transaktionskostnaderna är svårt att uppskatta.

Tillgången till information är begränsad och därmed kan patienten bara ta ställning till vårdgivare i efterhand. Det är i nuläget svårt att uttala sig om kvaliteten i primärvården – endast ett fåtal kvalitetsmått finns och de försök till bredare kvalitetsmätningar som pågår, t.ex. genom Primärvårdskvalitet, (se avsnitt 5.5.4) är i ett uppstarts-skede. Och syftet är i det fallet inte en transparent redovisning för att främja patientens val utan att verksamheterna ska använda uppföljningen och data i det lokala förbättringsarbetet (SKL 2019a). Det kan dessutom ofta vara så att det tar lång tid innan kvalitetsbrister blir synliga för patienterna. I de beskrivningar som lämnats till utredningen är det ofta först när personal börjar lämna en utförare eller sjukskriva sig som brister blir synliga för patienterna.

Kompetensbristen, i synnerhet avseende specialister i allmänmedicin, innebär en flaskhals i vårdproduktionen som gör att utbudet inte heller på ett enkelt sätt kan utvidgas för att matcha efterfrågan.

En effekt av den rådande diskrepansen mellan utbud och efterfrågan är att befintliga aktörer har svaga incitament att anpassa sin verksamhet eftersom de sannolikt ändå kan behålla ett tillräckligt patientunderlag. Det är också oklart vilken effekt kvalitetskonkurrensen har haft inom primärvården. Det finns t.ex. generellt sett få tecken hittills på att utförare konkurrerats ut även om det utifrån de

få befintliga kvalitetsmått (inklusive patientrapporterade) kan konstateras att kvaliteten varierar inom primärvården. Enligt uppgift har i ett par landsting utförare i egen regi lagt ned på grund av ett vikande patientunderlag.

Ett alternativ som i mindre utsträckning diskuterades vid införandet av vårdvalet var om inte transparent redovisning av resultat och jämförelser därav skulle ha större betydelse för kvalitetsutvecklingen. Men en sådan utveckling med öppna jämförelser som görs av resultat inom många andra delar av vården förutsätter en uppskalning av det utvecklingsarbete som pågår när det gäller primärvårdens kvalitet. Det är i sammanhanget viktigt att poängtera att jämförelser kräver tillräckligt stora volymer, vilket knappast kan förväntas hos många mindre utförare i primärvården.

6.2.7 Vårdvalet som form för att organisera primärvården är inte alltid relevant

Ett naturligt inslag i en marknadsreform som vårdvalet är att etableringar styrs dit det finns ett tillräckligt befolkningsunderlag. Av avsnitt 5 framgår att i nio av landstingen har antalet vårdcentraler minskat under ett decennium (åren 2006–2017). Nästan 90 procent av ökningen har skett i landstingen i Skåne, Västra Götaland och Stockholm (sammanslagt 104 av totalt 120 nya vårdcentraler under samma period). De data om tidsavstånd till vårdcentral som redovisas i avsnitt 5.5.3 visar också att det i vissa delar av landet kan vara svårt att göra ett val av vårdcentral. Under utredningens hearingar har också framkommit från landsting som representerar ner omfattande glesbygd att vårdvalet egentligen är en ickefråga. Det är på grund av befolkningsunderlaget svårt att få nya etableringar och de företrädare för privata utförare som uttalat sig påpekar att det sällan finns ett intresse av att konkurrera ut en befintlig verksamhet i landstingets egen regi. I dessa landsting anser man att det är viktigare att lägga uppmärksamhet på ransonering och på strategiska utbudspunkter, vilket upplevs försvåras av vårdvalssystemet.

6.2.8 Det behövs en mer långtgående styrning för ett behovsbaserat utbud

Starkare styrning genom ersättningssystemen

Vid införandet av vårdvalssystemen tycks det inledningsvis ha funnits en förhållandevis naiv inställning till styrningen av vårdvalssystemen. Det har framkommit under flera av utredningens möten med personer som på olika sätt ansvarade för vårdvalet när det infördes. En person uttryckte följande:

När LOV kom visste inte landstingen vilken typ av lag det var. I vårdvals-nätverket på SKL undrade alla: Vad är detta, en upphandlingslag eller vad? Det gjorde att alla genomgående försökte vara försiktiga med villkor och annan styrning. Ingen har riktigt utmanat lagstiftningen. Om vi då hade vetat det vi vet nu hade vi gått längre i styrningen av etableringar.

De landsting som först introducerade vårdval – Halland, Stockholm och Västmanland – använde förhållandevis enkla principer där enbart ålder användes för att justera den fasta ersättningen per individ (SKL 2012a). Därefter användes i ökande grad mer komplicerade ersättningsmodeller av landstingen. Ett uttryck för detta är att riskjustering av kapiteringsersättning används av allt fler. Justering genom Adjusted Clinical Groups (ACG) användes i åtta landsting år 2012 och i 15 landsting år 2017 och Care Need index (CNI) användes i 16 landsting år 2012 jämfört med 19 landsting år 2017. Graden av riskjustering har också ökat. Det finns således en rörelse mot mer komplexa storsystem, i synnerhet när det gäller ersättningarna och hur dessa riskjusteras. Det kan vara en viktig förutsättning för att styra verksamheterna mot en mer behovsbaserad vård, där en ökad riskjustering i ersättningen skulle kunna ha betydelse. Samtidigt får konstateras att tröskeln för att etablera en vårdcentral i dag är högre än den var de första åren, den kraftiga ökningen av antalet vårdcentraler skedde under de första åren vid vårdvalets införande och har därefter helt avstannat. Styrningen av utbudet kan således sägas ha skett tidigt under reformen där de nu nämnda riskjusteringarna inte alls var lika framträdande – och det finns tecken på att utbudet inte motsvarar behoven i befolkningen.

Inget landsting har gått långt i tillämpningen av lagstiftningen för att styra mot en behovsbaserad vård

Inget landsting ha realiteten gått särskilt långt när det gäller styrning för att främja en mer behovsbaserad vård. Tillämpningen kan sägas ha präglats av försiktighet och staten har också gett tämligen lite stöd till landstingen i genomförandet och tolkningen av lagen. Genom införandet av vårdvalssystemen i primärvården beslutade samtliga landsting om tämligen likartade ramar för systemen. Utredningens sammantagna bedömning efter dialog med landsting och myndigheter är att det finns ett betydande utrymme att på olika sätt styra utbudet.

Ett eller flera vårdvalssystem i primärvården inom ett landsting?

Vart och ett av landstingen har beslutat att *hela* landstinget ska omfattas av samma vårdvalssystem i primärvården. Det innebär att den utförare som uppfyller villkoren i förfrågningsunderlaget enligt LOV kan etablera sig var som helst i landstinget. Ett sådant förbehållslöst tillträde till systemet verkar vila på en idé om att marknaden ska kunna lösa fördelningen av utbudet, vilket inte stöds av måluppfyllelsen hittills. Ett landsting framförde t.ex. att

syftet med lagen är att fri etablering, dvs. det är ingen patientlag. Tänk om man kunde dela in regionen i tårtbitar med olika typer av ersättningsystem som gagnar de olika tårtbitarna så kanske det skulle bli mer jämlikt.

Frågan om *hela* landstinget ska vara ett vårdvalssystem för utföraren framgår inte av lagtexten, vare sig i LOV eller HSL. Däremot anges att landstinget inte får begränsa den *enskildes val* (dvs. patienten) *till ett visst geografiskt område* inom landstinget (7 kap. 3 §). Detta förefaller i praktiken ha tolkats som att inte heller etableringar kan begränsas till ett visst geografiskt område i landstinget. Frågan har såvitt framkommit inte prövats rättsligt.

Utredningens bedömning är tvärtom att lagstiftningen ger utrymme för att ett landsting kan delas upp i flera områden. Fördelar med ett sådant angreppssätt är att på ett enklare sätt kunna anpassa uppdrag ersättningar/justeringar till de varierande förhållanden som råder i landstinget. Vi bedömer att LOV ger tämligen stor frihet att utforma villkor som bedöms relevanta, i förarbetena anges bl.a. att det finns

en rad krav som kommuner och landsting kan ställa, under förutsättning att dessa är proportionerliga och relevanta. I sin verksamhet ska landstingen och kommunerna beakta allas likhet inför lagen samt iakttä saklighet och opartiskhet. Det offentliga får därför inte sätta upp några osakliga krav som inte står i proportion till ändamålet och som skulle innebära att olika leverantörer skulle komma att behandlas olika. Det finns dock inget som hindrar att landstinget eller kommunen sätter upp rimliga och motiverade krav som gäller för samtliga leverantörer. (SOU 2008:15)

Komplettera utbudet genom offentlig upphandling eller verksamhet i egen regi?

Trots justeringar av ersättningen har flera landsting uppgett att det är svårt att åstadkomma etableringar i vissa geografiska områden, särskilt i glesbygd. Inget av de landstingen har försökt att komplettera utbudet genom att ge mer fördelaktiga villkor enligt det undantag från likabehandling som medges i HSL. Det finns inom ramen för vårdvalssystemet inget som hindrar att landstinget kompletterar utbudet genom att antingen starta en vårdcentral i egen regi eller genom upphandling enligt LOU. I så fall är det fullt möjligt att ekonomiskt särbehandla den utförare som etableras. I motiven anges följande.

Skäl att särbehandla olika utförare kan föreligga exempelvis då ingen utförare är intresserad av att tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) och landstinget därför gör en vanlig upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), med andra ekonomiska villkor. Vidare kan landstingets s.k. befolkningsansvar motivera förmånligare ekonomiska villkor än för de externa utförarna i den mån detta yttersta ansvar för patienterna medför högre kostnader.

(prop. 2008/09:74)

Utredningens bedömning är att landstingen redan i dag ibland särbehandlar egenregin. Till skillnad från vad som uttalades i förarbetena har inte denna särbehandling skett på ett transparent sätt och där villkoren har tydliggjorts på förhand.

Etableringsmättnad?

Vart och ett av landstingen har beslutat att inte begränsa antalet utförare som kan komma in i systemet. Detta innebär att *alla* leverantörer som uppfyller villkoren i landstingets förfrågningsunderlag kan etablera. Det har till utredningen framkommit olika uppfattningar om behovet av någon form av etableringskontroll eller etableringsmättnad, såsom finns i vissa andra länder eller inom skolväsendet. Vid en jämförelse med etablering av friskolor kan konstateras att det där finns vissa uttalade möjligheter att ta hänsyn till utbudet i övrigt (se avsnitt 5.8). För att en fristående skola ska godkännas krävs att utbildningen inte innebär påtagliga negativa följder på lång sikt för eleverna eller för den del av skolväsendet som anordnas av det allmänna i den kommun där utbildningen ska bedrivas samt att elevunderlaget är tillräckligt för att verksamheten ska kunna bedrivas långsiktigt.

Utredningen har inte kunnat se något stöd för en liknande tillämpning när det gäller vårdvalssystemen och tvärtom att det skulle strida mot grunderna för LOV som förfarande.

Formerna för företagande innebär en balansgång i en tillitsbaserad styrning

En viktig skillnad mellan Sverige och flera andra länder är formerna för företagande inom ramen för vårdvalssystemen och att vi i Sverige har en blandning av offentliga och privata aktörer. Förekomsten av aktiebolag som utförare i primärvården skiljer Sverige från (vissa) andra i övrigt närliggande system. Det finns givetvis fördelar med aktiebolag, t.ex. i form av minskad ekonomisk risk för enskilda. Samtidigt bör noteras att aktiebolagsformen ställer höga krav på den som beställer vården. Syftet för ett aktiebolag är alltid att generera vinst om inte annat framgår av bolagsordningen (3 kap. 3 § aktiebolagslagen). Det innebär ett krav på styrelsen att inte fatta några beslut och vidta andra rättshandlingar än som ligger i linje med vinstsyftet (Skog 2015). Detta kan givetvis inskränkas av t.ex. offentligrättsliga krav som bolaget måste förhålla sig till men frågan är vilken betydelse det får i hälso- och sjukvården? Särskilt när det gäller komplexa tjänster och dynamiska verksamheter är det svårt att fullt ut vägledas av de övergripande och oprecisa målbestämmelserna i HSL. Det innebär således bl.a. ett krav på det offentliga att ställa relevanta krav på

de företag som etablerar sig. Detta innebär i sin tur att det ställer höga krav på offentliga huvudmän att styra aktiebolag med tillit, vilket är viktigt att vara medveten om. Såvitt framkommit i Tillitsdelegationens arbete finns de hittills bästa exemplen på tillitsbaserad styrning i verksamhet i egen regi, t.ex. Skönsmons hemtjänst.

6.3 Vårdvalet behöver reformeras som en del i en primärvårdsreform

Vår samlade analys i föregående avsnitt visar att nuvarande organisering av primärvården innebär brister när det gäller måluppfyllelse. Vårdvalsreformen innebar visserligen en viss förstärkning av patientens ställning genom den reglerade valfriheten och tillgängligheten förbättrades i form av ett ökat utbud. Samtidigt får konstateras utifrån analysen i föregående avsnitt att den nuvarande *regleringen* och *tillämpningen* av vårdvalssystemen riskerar att bidra till en ojämlig, efterfrågestyrd, fragmenterad och ineffektiv primärvård.

Grundproblemet som vi ser det är att systemet i för hög grad saknar tillräcklig styrning avseende såväl etableringarnas lokalisering som valfrihet. Dessa brister i styrningen resulterar bl.a. i fragmentering, bristande kontinuitet och dåliga planeringsförutsättningar för utövarna vilket i sin tur medför dålig patientsäkerhet och arbetsmiljö. Problemen har förts ned till enskilda utförare att hantera i stället för att hanteras av ansvariga på systemnivå. Kombinationen av den alltför snäva resursramen, den otillräckliga styrningen av vårdutbudet och utvecklingen mot en mer efterfrågestyrd vård med en stark efterfrågan på ökad tillgänglighet bedömer vi har skapat en många gånger orimlig situation. De parallella system för ersättning som finns spär också på frustrationen i primärvården.

Det behövs justeringar

Vi bedömer mot ovan bakgrund att det behövs justeringar i styrningen av systemet mot en mer behovsbaserad vård med ökad effektivitet. I enlighet med de utgångspunkter som vi angav för omställningen av primärvården (se avsnitt 6.1) ser vi att det behövs justeringar för att stimulera:

- en mer personcentrerad vård byggd på kontinuitet,
- ökad systemeffektivitet,
- en mer integrerad och samordnad vård,
- ett mer transparent och stabilt system,
- ett större genomslag av den digitala revolutionen,
- ett mer nationellt system.

Utredningen delar uppfattningen från tidigare analyser av primärvården att vi i högre grad måste tillvarata de egenskaper som primärvården kan ha: förmågan till helhetssyn och förebyggande arbete, den naturliga samordningsroll som följer av helhetssynen samt primärvårdens möjlighet att erbjuda *både* en mer tillgänglig vård för alla och en högre kontinuitet jämfört med annan vård (se Vårdanalys 2017a). Samtidigt behöver primärvården bli mer diversifierad för att klara sitt uppdrag att möta hela befolkningens behov av första linjens vård.

En utgångspunkt för utredningen att det är på mikronivån, dvs. i mötet med patienten, som ”värdet” av vården uppstår. Att skapa bra förutsättningar i mötet/interaktionen mellan patienten och vården förutsätter, enligt utredningens synsätt, åtgärder på alla nivåer – verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå liksom på nationell nivå – eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer. I det följande kommer därmed perspektiven att behöva vävas samman. Åtgärder som rör huvudmän och utförare har i grunden ett tydligt patientperspektiv.

6.3.1 Alternativa vägar framåt för ett reformerat vårdval

Nollalternativet – vad händer om inget görs?

I föregående avsnitt har vi beskrivit det som vi ser som problemen med den rättsliga regleringen, tillämpningen och bristande måluppfyllelsen. Det leder oss till slutsatsen att det behövs vissa åtgärder, som vi återkommer till i de följande avsnitten.

Vår bedömning är att primärvårdens underkapacitet i kombination med det nuvarande sättet att organisera primärvården, där vårdvalssystemen har stor betydelse, innebär fortsatta risker för bristande jämlikhet och effektivitet. Det bidrar också till brister i patientsäker-

het, arbetsmiljö och inte minst befolkningens förtroende för primärvården. Att bibehålla detta system riskerar på sikt att förvärra situationen.

Många anställda i primärvården vittnar om en svår arbetsmiljö med resursbrist, ett ansvar som omfattar för många patienter och svårigheter att prioritera de som har störst behov av vård. Många i primärvården arbetar också deltid på grund av belastningen.

Skulle ökade resurser ensamt lösa problemen?

En given fråga med hänsyn till den önskade inriktningen på vårdens omställning till en nära vård är om ökade resurser i sig löser problemen.

Vår bedömning är att en resursomfördelning till primärvården har betydelse, i synnerhet om den görs som en del i en omställning av hälso- och sjukvården i sin helhet. Det finns starka skäl för både staten och landstingen att driva på denna omställning, bl.a. genom resurstillskott. Men flera av de problem som vi berört i vår analys kommer att bestå även med ökade resurser. Den ineffektivitet som finns i det nuvarande systemet gör att det är troligt att ökade resurser ensamt inte ger någon större effekt. En risk är att eventuella tillskott delvis ”äts upp” av ett ineffektivt system. De samband som finns mellan ökat utbud och ökad konsumtion innebär troligen att den bristande måluppfyllelsen kvarstår.

Återgång till ett system där huvudmännen styr utbudet?

Ett alternativ framåt vore att avskaffa obligatoriet att organisera primärvården i form av vårdvalssystem genom att tillämpa LOV men att fortsatt låta patienten välja utförare. Detta alternativ föreslogs tidigare av regeringen men mötte stark kritik (se avsnitt 5.3.1). Bland invändningarna fanns bl.a. att det skulle medföra försämrad likvärdighet över landet och att de tidsbegränsade entreprenadupphandlingarna som gjordes innan vårdvalssystemen innebar stora risker för möjligheterna att upprätthålla bl.a. kontinuitet. Frågan är också om det är styrmedlen för att styra etableringarnas lokalisering som är problemet eller regionernas sätt att använda dem. Utredningen bedömer som framkommit ovan att huvudmännen fortfarande kan göra mycket men inom ramen för vårdvalssystemen för att i högre grad styra utbudet

och därigenom skapa bättre förutsättningar för jämlik och behovsbaserad vård samt bättre effektivitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Utredningen har mot bakgrund av det underlag som finns genom regeringens tidigare förslag valt att inte ytterligare utreda detta alternativ. Vi bedömer dessutom att det inte är en aktuell fråga av flera skäl:

1. Inriktningen i övrigt pekar starkt mot ett mer nationellt system på olika plan (se vidare avsnitt 6.6).
2. Landstingen har först på senare år på allvar börjat utveckla de styrmedel som tillåts inom ramen för vårdvalssystemen. Vi bedömer att det finns mycket utrymme kvar att pröva innan vi avfärdar LOV.
3. LOV som verktyg för vårdval har inte tillämpats tillräckligt lång tid för att vi ska kunna avfärda det.

Återgång till ett husläkarsystem med listning på läkare och etableringar med personliga avtal?

Ett annat alternativ för ett reformerat vårdval vore att återgå till grunderna i det husläkarsystem som fanns under tidigt 1990-tal i Sverige (se avsnitt 5.2.2). Ett sådant system liknar det system som för närvarande används i Norge och har under senare år återkommande lyfts fram som en önskvärd utgångspunkt för en primärvårdsreform.

Utredningen bedömer att det finns fördelar med t.ex. det norska systemet, t.ex. att det är så tydligt hur patienten gör för att välja och vad patienten väljer, att systemet innebär en mycket hög personkontinuitet och att det är ett stabilt system med få omval. Patienternas förtroende för primärvården är dessutom mycket hög i Norge.

För att uppnå de positiva utfallen med listning på en enskild läkare ser utredningen att det som i Norge eller det tidigare svenska husläkarsystemet behöver kombineras med enskilda avtal, där det finns ett personligt ansvar från läkarens sida etc. Detta har i Norge inneburit att en mycket hög andel av primärvården bedrivs av enskilda privata läkare. Vår bedömning är att det skulle innebära ett stort steg för den svenska primärvården:

- Det skulle leda till minskade möjligheter för läkare att vara anställda, vilket för vissa är en önskvärd utveckling och för andra inte. I Norge finns en växande kritik från den yngre generationen av

läkare som inte önskar det ansvar och belastning det kan innebära att vara egen företagare. I Sverige har utredningen anekdotisk information från yngre läkare som talar i samma riktning.

- De större vårdcentralerna med ett multiprofessionellt teamarbete betraktas vanligen som den svenska primärvårdens styrka. Det har visat sig att det kan vara en utmaning att kombinera detta med ett system som bygger på enskilda avtal med läkare. I Norge pågår flera pilotprojekt i syfte att finna vägar till det. I Norge måste de som vill arbeta i team dessutom vara arbetsgivare.
- Vi har för närvarande ett blandat system med nästan lika delar offentliga och privata utförare av varierande storlek. En reform med enskilda avtal skulle innebära en mycket kraftig förändring när det gäller både ägarskap och struktur hos primärvårdens utförare. Det är t.ex. tveksamt om de större privata aktörerna kan vara kvar på marknaden i nuvarande form.
- Den norska reformen föregicks av ett förberedande arbete för att bl.a. tillgodose att ett tillräckligt antal läkare, företrädesvis specialister i allmänmedicin fanns på plats. Sverige har i jämförelse få allmänläkare, vilket innebär att tillgängligheten till primärvården skulle försämrats ytterligare.

Vid en sammantagen bedömning har utredningen stannat vid att övervägande skäl talar emot att återinföra husläkarreformen eller kopiera sådana modeller, t.ex. enligt norsk förebild. Däremot kan delar av sådan modell integreras i ett kommande svenskt system, t.ex. behovet av kontinuitet och möjligheten att välja utförare ända ned på individnivå.

Reformerad valfrihet?

Utöver de ovannämnda alternativen, som främst rör formerna för etablering, ser utredningen att ett alternativ vore att utifrån patientperspektivet förändra innehållet i det som patienten väljer.

Som vi beskrivit ovan medför valfrihetens nuvarande utformning svårigheter. Till skillnad från formerna för etablering har valfriheten inte tidigare diskuterats till form, innehåll och avgränsning. Inte heller har i någon högre grad diskuterats hur patienterna värderar valfri-

heten i förhållande till tillgänglighet, kontinuitet, geografisk närhet, jämlikhet eller effektivitet.

I likhet med de mer allmänna överväganden som gjordes i anslutning till valfrihets- och vårdvalsreformerna kan utredningen instämma i att valfriheten har ett inneboende värde i sig. Med hänsyn till detta och den betydelse valfriheten har för patientens ställning finns det således starka skäl att behålla den. Valfrihetens form och innehåll behöver däremot omprövas.

Vi bedömer att den stora bristen i regleringen av vårdvalssystemen är att det saknas en balansering mellan olika mål och strävanden. I synnerhet gäller detta den i det närmaste obegränsade valfriheten. Detta har i kombination med styrningen av vårdvalssystemen bidragit till de brister som sammanfattades inledningsvis i detta avsnitt.

Som framkommit ovan bedömer vi att det finns mycket kvar att göra i tillämpningen av LOV för att styra utbudet och förutsättningarna för etablering och därigenom skapa bättre förutsättningar för en mer jämlik och behovsbaserad vård. Valfrihetens utformning bedömer utredningen däremot att det är svårare för landstingen att påverka. Ett alternativ för ett reformerat vårdval vore att justera valfrihet i riktning mot val på förhand liknande det svenska skolvalet. Efter att man valt genom listningen bör styrningen inriktas på att patienten i största möjliga utsträckning erhåller vård hos den utförare man valt och således listat sig hos samt att patienten inom den utföraren ges möjlighet att dessutom välja person eller team. Ett sådant val skulle bli mer likt det norska systemet och det tidigare svenska husläkarsystemet.

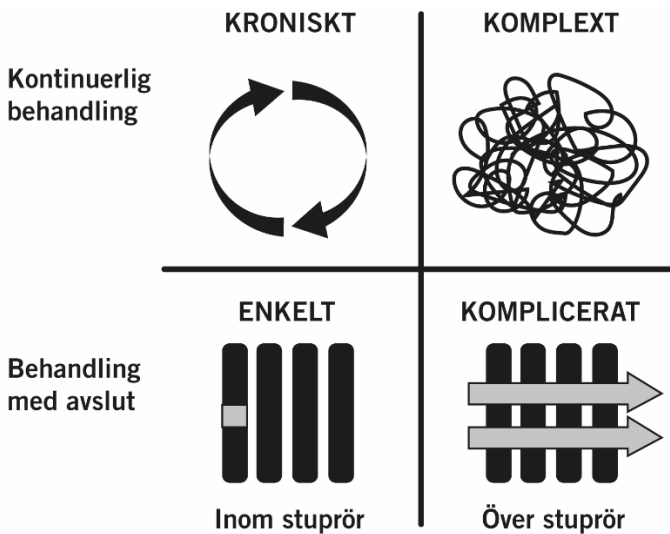
6.4 Valfriheten behöver ges en ny form som främjar kontinuitet

6.4.1 Det behövs ett mer personcentrerat system som utgår från behov och bygger på kontinuitet och tillgänglighet

Personcentrerad vård innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar t.ex. om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård.

Som vi konstaterat i delbetänkandet är en central fråga för hälso- och sjukvårdens utveckling dess förmåga att hantera och anpassa sig till patienters olika behov och förutsättningar. Ett återkommande sätt att beskriva detta är att grovt förstå patienters behov i fyra kategorier: enkla, komplicerade, kroniska och komplexa, se figur nedan. Dessa kategorier ställer alla olika krav på bl.a. organisering och arbetssätt i vården. Men vården är ännu i låg grad präglad av en sådan anpassning (SOU 2018:55). I primärvården möts alla dessa kategorier av behov och det är därmed en särskild utmaning att skapa en diversifierad vård som både möter behoven hos vårdens storkonsumenter (som särskilt återfinns i kategorierna kroniskt och komplext) och samtidigt hanterar det tryck som kommer av en stor efterfrågan (som särskilt återfinns i kategorin enkelt).

Figur 6.1 Fyra patientgrupper som ställer olika krav på styrning och organisering



Källa: Rognes 2016.

Kontinuiteten behöver stärkas för en behovsbaserad och effektiv vård

Kontinuitet är en del i kraven på en god vård enligt 5 kap. 1 § HSL och därmed ett mål i sig. Men kontinuitet är också en av de mest centrala faktorerna för vårdens måluppfyllelse när det gäller en behovsbaserad, patientcentrerad och effektiv vård.

Kontinuitet ger bättre förutsättningar för personcentrerad vård

Att bedriva hälso- och sjukvård utifrån kontinuitetsprincipen handlar i första hand om patientperspektivet. Det finns stark evidens för att personlig kontinuitet i hälso- och vården, inte minst i primärvården, har en positiv effekt på hälsa, patientnöjdhet, medicinska utfallsmått, ökad följsamhet till behandling samt minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader (TOP 2017). Personkontinuitet till läkare kan även kopplas till minskad dödlighet (Pereira Gray 2018). En nyligen genomförd analys av patienters upplevelser av vården visar också ett samband mellan kontinuitet och positiva upplevelser. De patienter som träffar samma personer i vården – antingen i form av fast läkar-kontakt eller annan vårdprofession – upplever i högre utsträckning att kommunikationen med vården fungerar väl, att de är mer delaktiga i sin egen vård och att samordningen av vården mellan olika vårdinstanser fungerar bättre, vilket är några nyckelkomponenter för en mer personcentrerad vård. Patienter som träffar samma personer i vården är också mer nöjda med sin medicinska vård och ger ett högre betyg till sjukvårdens övergripande kvalitet och tycker att sjukvårdssystemet fungerar bättre jämfört med patienter som inte träffar samma personer i vården (Vårdanalys 2018c). Andra studier visar också att det har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård (Vårdanalys, 2018b).

Kontinuitet ger bättre förutsättningar för effektiv vård

Kontinuitet har bedömts vara en starkt effektivitetsskapande faktor (SOU 2016:2). De patienter som har kroniska eller komplexa vårdbehov, inte sällan äldre personer med flera kroniska sjukdomar, konsumerar en stor del av vårdens resurser. Ett bättre omhändertagande

av dessa patienter är således både ett sätt att i högre grad utgå från en behovsbaserad och personcentrerad vård men bedöms också ge stora möjligheter till ökad effektivitet i vården. Ett exempel är den som är i behov av sammanhållen vård, t.ex. vid komplexa tillstånd, kroniskt cancersjuka, flera sjukdomar eller funktionsnedsättning (även demens) som innebär att man behöver extra stöd att samordna sina vårdkontakter.

Det finns således all anledning att driva kontinuitetsprincipen även utifrån huvudmänna- eller systemperspektivet. Kontinuitetsbaserade arbetssätt frigör resurser och kan ses som en viktig faktor för att klara framtidens demografiska utmaningar med åtföljande starka krav på effektivisering. Det är på sätt och vis förvånande att landstingen inte i större utsträckning styrt mot kontinuitet. Ett arbetssätt som ger nöjdare patienter, ökar förtroendet för sjukvården, förbättrar patientsäkerheten, minskar dödligheten och minskar vårdkonsumtionen borde rimligtvis stå högt på önskelistan.

I betänkandet *Effektiv vård* anges vidare följande.

Vården av dessa patienter kräver ofta att man ”prövar sig fram” och testar hypoteser. Det krävs att någon har överblick över patientens historik och en idé om vad som behöver göras när en hypotes/strategi inte visar sig fungera. Utredningens uppfattning är att ett sådant arbetssätt förutsätter personlig kontinuitet innefattande ett personligt ansvarstagande för patienten. Beskrivningarna, från bl.a. satsningen på de mest sjuka äldre, av de patienter med omfattande behov som i nuläget flyter runt i vården ”vind för väg” och som blir föremål för många punktsatser utan inbördes samordning talar starkt för att ett sådant angreppssätt behövs, men som ofta saknas i dag. Genom personlig kontinuitet minskar risken för att patienten faller mellan stolarna och kan således vara en klart patientsäkerhets- och kvalitetshöjande åtgärd. Det kan både minska antalet olika vårdkontakter och bidra till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Kontinuitet bidrar också till att professionerna kan arbeta effektivare.

Inläsningstiden minskar om man ”känner till” patienten och risken minskar också för den vanligt förekommande situationen att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger. Personlig kännedom minskar också behovet av att lägga tid på att kommunicera endast i syfte att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare. ”Det goda samtalet” mellan personal och patient handlar dock om mycket annat. För personalen handlar det om mekanismer som ofta är omedvetna. Personalen registrerar personlighetstyp, där spännvidden kan vara en trygg person med bra nätverk eller en ensam och trygg person. Personalen registrerar också faktorer som har stor betydelse för kommunikation och information. Många av dessa faktorer är svåra att

förmedla vidare eller registrera i journalhandlingar men bidrar till effektiviteten i mötet om patienten redan är känd.

(SOU 2016:2)

I betänkandet *Effektiv vård* rekommenderas mot denna bakgrund att kontinuitet som bärande princip bör genomsyra styrning, organisation och arbetssätt.

Utveckling mot en kontinuitetsbaserad vård

Som framkommit i avsnitt 5.6.2 finns det mycket stora brister i kontinuiteten i den svenska vården. När patienter tillfrågas anger de dessutom att den faktor som flest anser skulle öka förtroendet är möjligheten att få samma läkare varje gång. Det finns vidare tecken på de med svagare socioekonomi har svårare att få kontinuitet.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund och med hänsyn till de stora vinsterna av kontinuitet som nämndes i föregående avsnitt att det finns synnerligen starka skäl att vidta kraftfulla åtgärder för att förbättra kontinuiteten i vården. Särskilt för de som står för den högsta vårdkonsumtionen, oftast personer med flera kroniska sjukdomar är det tydligt att kontinuitet blir särskilt viktigt, vilket flera utredningar slagit fast (se SOU 2016:2, SOU 2018:39, Vårdanalys 2017a). Även om kontinuitet har störst betydelse för vårdens stor-konsumenter är det viktigt att betona att kontinuitet i princip alltid gynnar effektiviteten.

Att arbeta kontinuitetsbaserat innebär i första hand att organisera arbetet i vården på nya sätt. Det behöver t.ex. innefatta att alla verksamheter analyserar hur den personliga kontinuiteten kan stärkas. I en sådan analys behöver ingå vilka patientgrupper man möter som har de verkligt stora behoven av kontinuitet. Verksamheten behöver planeras och schemaläggas på ett sådant sätt att det blir möjligt att upprätthålla personlig kontinuitet. Därefter behöver man se till att det finns en metodik för att konsekvent boka patienter till "sin" hälso- och sjukvårdspersonal (SOU 2016:2).

Det finns dock flera åtgärder på systemnivå som behöver vidtas för att underlätta sådana arbetssätt. Huvudmännen behöver förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur för att göra det möjligt att bättre möta patienternas behov av kontinuitet i de fall det finns,

vilket i synnerhet handlar om att genomföra omställningen mot en förstärkt primärvård.

Huvudmännen behöver skapa både förutsättningar och drivkrafter för personlig kontinuitet. Vidare behöver styrningen av vården i högre grad utgå från att premiera kontinuitet, särskilt för de patienter som har störst behov. Det kan också handla om att avstå från att styra mot att en viss profession ska träffa patienten.

Därtill behövs ändrade förutsättningar vad gäller primärvårdens organisering genom vårdvalssystemen. Systemet behöver i ökad utsträckning utgå från långsiktighet och kontinuitet, vilket bl.a. förutsätter att valfriheten utvecklas.

Mer proaktiv vård centralt för kvaliteten

Arbetsätten spelar stor roll för effektiviteten. Traditionellt har vården arbetat reaktivt – man agerar när ett problem uppstått. Genom att arbeta mer proaktivt kan vården uppnå avsevärda förbättringar för patienterna. Detta gäller inte minst vården av multisjuka. Framgångsrik proaktiv vård ställer krav på patientcentrering. För multisjuka ställer proaktivitet krav på fungerande samverkan mellan bl.a. kommun och landsting. Flera exempel i landet, t.ex. Västra Skaraborg och Ängelholmsmodellen, visar att man drastiskt kan minska behovet av inläggningar och besök på akutmottagningarna via ett proaktivt mobilt arbetssätt. Ibland förefaller det som mobiliteten verkar ha fått större uppmärksamhet än det proaktiva arbetssättet. Det torde dock vara kombinationen som varit framgångsfaktorn.

Behovet av ett mer förbyggande arbetssätt är generellt. Vårdens mål är att skapa hälsa. Framgångsrikt folkhälsoarbete kräver samverkan med ett flertal andra samhällsaktörer, t.ex. näringsliv, civilsamhälle, socialtjänst, polis, Arbetsförmedling och Försäkringskassan. Generellt är tidig intervention en avgörande framgångsfaktor. Detta gäller såväl somatiska som psykiatriska åkommor.

En mer samordnad vård och omsorg är viktigt för kontinuitet och utreds fortsatt

Regeringen konstaterar i tilläggsdirektiv (dir. 2017:97) till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård att god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Vidare har den utredningen fått tilläggsdirektivet (dir. 2018:90) att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Utredningen ska även 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.

Ingen konflikt mellan personcentrering och jämlik vård

Som vi konstaterat i delbetänkandet finns det ingen konflikt mellan personcentrering och jämlik vård. Bristande anpassning efter, och kompensation för, patienters skilda egenskaper och förutsättningar kan snarast vara en bidragande förklaring till att det uppstår omotiverade skillnader i vården (Vårdanalys 2014b). Om vårdgivare utgår från patientens unika förutsättningar och egenskaper, bör den anpassning och kompensation som i dagsläget verkar brista, bli ett mindre problem och följaktligen leda till minskade omotiverade skillnader.

Tillgängligheten behöver stärkas för att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården

Som diskuteras ovan präglas vården ofta av industriell logik på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov (se även SOU 2016:2). Patientens behov behöver i mycket högre utsträckning än i dag förstås och påverka på vilket sätt vården förmedlas till patienten. Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetsätt i vården beroende på vilken patient det handlar om.

För primärvården finns ett inbyggt dilemma i att vara första linjens vård utan avgränsning och att kunna balansera mellan å ena sidan de med stora vårdbehov och för låg konsumtion och å andra sidan de med små vårdbehov och för hög konsumtion. En anpassning efter olika behov och förutsättningar innebär att vården behöver organiseras enligt olika förmedlingslogiker. T.ex. kan det på en vårdcentral vara nödvändigt att organisera en del av verksamheten som infektionsmottagning eller snabbmottagning där möjlighet ges till korta oplanerade besök. Det finns goda exempel på att ett sådant sätt att planera och organisera verksamheten för väl avgränsade behov är effektivt (Savage 2019). Behovet av kontinuitet är i de fallen mindre och därför kan andra logiker än kontinuitet prägla den delen av verksamheten, t.ex. hög tillgänglighet.

Kontinuitet prioriteras olika

Som konstateras i avsnitt 5.5.2 skiljer det sig också när det gäller hur högt kontinuitet värderas utifrån ålder. Yngre personer tycker det var viktigast att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn och det var mindre betydelsefullt att få träffa samma läkare.

Liknande resultat ses i en mer nylig amerikansk undersökning av unga vuxna, s.k. millenials. Enligt studien är den gruppen ofta inte intresserade av kontinuitet i form av en fast vårdkontakt eller en fast vårdcentral utan av att maximera tillgängligheten, där det viktigaste är bekvämlighet, snabbhet i tjänsterna och möjligheten till digitala kontakter. I USA beskrivs att unga vuxna i stigande grad vänder sig

till snabbt växande alternativ till den traditionella fysiska vården på vårdcentraler – t.ex. snabbkliniker på snabbköp eller stormarknader, fristående närakuter med kvälls- och helgöppet och fristående digitala vårdtjänster (Boodman 2018).

Den nuvarande situationen i Sverige är ännu inte kartlagd med mycket av den anekdotiska information som utredningen fått tyder på att samma tendens finns i Sverige. Ett antagande är att detta ser olika ut för olika grupper och olika personer, beroende på den situationen individen befinner sig i. Eftersom det rör sig om individuella preferenser kommer det som patienter värderar högt att variera också hos individen beroende på ålder, hälsotillstånd, familjesituation och liknande.

De intryck vi fått från samtal med patientföreträdare är att valfriheten inte är oviktig men i sig är mindre intressant framför att få kontinuitet, delaktighet och trygghet i vården. De intryck vi har fått av personer som skulle kunna betecknas som mer rörliga på vårdmarknaden är att ett viktigt element i valfriheten är att den kan användas av individen för att negera effekterna av den bristande tillgängligheten i primärvården. En av styrkorna med de digitala vårdtjänsterna som vuxit fram sedan 2016 är just den både rumsliga och tidsmässiga tillgängligheten, vilket vi bedömer starkt har bidragit till intresset för sådana tjänster. I en reformerad valfrihet är det viktigt att ta fasta på dessa möjligheter till tillgänglighet som följer med digitaliseringen. Som påpekats ovan så kan det dock finnas anledning för systemansvarig att styra mot kontinuitet även hos patientgrupper som inte prioriterar kontinuitet eftersom kontinuitet förbättrar resursutnyttjandet.

Utveckling mot en mer diversifierad vård som är digital när det är möjligt och fysisk när det behövs

Det finns för närvarande en stark utveckling mot att använda olika typer av digitala arbetssätt och tjänster i primärvården. Den pågående utvecklingen pekar på ett flertal möjligheter som behöver tillvaratas, t.ex. följande:

- Bättre tillgänglighet där vården potentiellt kan kontaktas dygnet runt och varifrån som helst. Det är viktigt att behov styr vilken profession man får kontakt med. Kontakt behöver inte alltid betyda kontakt i realtid utan kan vara s.k. asynkron.
- Möjligheter till automatisering med hjälp av AI, genom t.ex. digital triage, anamnesupptagning och överföring till journal, där vårdpersonal inte behöver inhämta vissa uppgifter och där patienten både vill och tillåts bidra.
- Möjligheter att enklare genomföra återbesök eller på andra sätt ha en tätare uppföljning, t.ex. vid kroniska sjukdomar där patientens sjukdom kan monitoreras ständigt och där patienten själv kan bidra med mätvärden.

En av de största potentialerna i den digitala utvecklingen ligger i ett bättre stöd till att hantera kroniska sjukdomar och troligen fungerar de digitala kontakterna som bäst i ett system byggt på kontinuitet. Det finns omfattande studier om effekter av digital vård för kroniskt sjuka patienter, särskilt inom diabetes och hjärtsjukdomar. Överlag finns tydliga belegg för minskade kostnader och högre patientnöjdhet från digital uppföljning och medicinering. Studier visar att distansvård för kroniska sjukdomar har inneburit färre fysiska vårdbesök, färre akuta vårdbesök och ökad livskvalitet för patienter med diabetes och hjärtsjukdomar (Blix 2018).

Det är förtroendefråga för systemet att det ska gå snabbt att få kontakt och en första bedömning. Att kunna ha en hög tillgänglighet är också en jämlikhetsfråga. Vid låg tillgänglighet finns en risk för att socioekonomiskt svaga inte tar sig fram i systemet. Tidigare analyser visar på skillnader till förmån för de med högre inkomst (se delbetänkandet s. 108).

I avsnitt 10 utvecklar utredningen analysen av hur digitaliseringen kan tillvaratas av och integreras i primärvården.

6.4.2 Valfrihet i en ny form som främjar kontinuitet

Kundvalsmodeller finns och har prövats i många solidariskt finansierade hälso- och sjukvårdssystem de senaste årtiondena. Enkelt uttryckt utgår ett sådant system från att kunden, som i det här fallet är en patient, väljer den utförare som tilltalar den eller bäst matchar

vederbörandes behov. De utförare som erbjuder god kvalitet får alltså kunder och de som inte erbjuder god kvalitet får inga kunder och kommer därmed tvingas stänga sin verksamhet (eller förbättra den).

I det svenska kundvalssystemet i primärvården har i viss mån lagen och tillämpningen av denna gjorts utan begränsningar. Om man strängt följer teorin kring kundval är det antagligen korrekt, men troligtvis är det mindre bra i en verksamhet som primärvård. Kanske bekräftas detta också av att inget annat land har oreglerad valfrihet på det sätt som Sverige har. I det svenska skolvalsystemet har man också i viss mån valt ett annat system. Där accepteras exempelvis att skolor kan ta emot ett begränsat antal elever, samt att huvudmannen kan få ha ett visst inflytande över etableringen.

Utifrån motiven till prioriteringsprinciperna för hälso- och sjukvården borde relationen mellan utbud och behov stå i fokus. Som framkommit ovan kan det vara vanskligt att lägga patientens val till grund för en förändring av utbudet när verksamheten inte kan skalas upp i tillräcklig utsträckning för att möta efterfrågan. Därmed kvarstår behovet att anpassa utbudet. Om behoven hos patientgruppen som helhet är det centrala behöver ”grindvaktfunktionen” i primärvården stärkas – med dagens system kan patienten byta utförare till dess att patienten får den vård som efterfrågas oavsett det faktiska behovet.

Valfriheten behöver ges en ny form

Patientens valfrihet inom hälso- och sjukvården är av principiella skäl viktig att bevara. Men vi bedömer att det finns anledning att överväga ändringar i utformningen av valfriheten inom primärvården. Det finns starka skäl till att tydligare knyta patienterna till utförare inom primärvården och att minska den ovannämnda splittringen mellan styrningen mot konsumtion och tillgänglighet å ena sidan och kontinuitet och långsiktigt ansvar å andra sidan. Vår bedömning är att det är nödvändigt för att bättre balansera de olika målsättningar som diskuterats ovan, inte minst när det gäller valfrihet och behovsbase-rad vård. Vidare talar sambanden mellan ett bättre omhändertagande av de som konsumerar mest vård och ökad kontinuitet samt en ökad effektivitet för att systemet bör gå mot ökad kontinuitet.

Som framkommit i analysen ovan bedömer vi att nuvarande valfrihet och ”listning” innebär två parallella system, som inte hänger ihop och att det i sig skapar stora problem i primärvården. Utredningen bedömer att en tydligare inriktning i lagstiftningen mot listning skulle ge bättre förutsättningar för att bättre organisera vården efter behov och utifrån kontinuitet och samtidigt bibehålla en valfrihet för patienten. En sådan inriktning skulle innebära att vi frångår den absoluta, obegränsade valfriheten som utgångspunkt och sätter vissa ramar för valfriheten.

Som framgår av genomgången i avsnitt 5.7 är någon form av registrering på förhand, ofta genom *listning*, det vanligaste sättet att inrätta valfrihet i andra länders primärvård, såsom Norge och Danmark. Det motsvarar det system för valfrihet som rådde tidigare både i regleringen enligt husläkarlagen men även i praxis efter husläkarlagen. Listningsbegreppet används i praktiken fortfarande av både patienter, vårdgivare och huvudmän, trots att det inte i dag finns reglerat i lagstiftningen.

En tydligare koppling mellan valfriheten och målbilden om primärvårdens del i framtidens hälso- och sjukvård

Ett skifte mot att grunderna för valfrihet och organisering ska hänga ihop med kontinuitet som utgångspunkt kommer vara en viktig del i omställningen till en mer nära vård. Det markerar på ett normerande plan att utgångspunkten i systemet är stabilitet och långsiktiga relationer – i stället för konsumtion av vård där det är möjligt med ett val vid varje vårdtillfälle. På sikt kan det bidra till att återupprätta tanken på ”min vårdcentral, utförare eller mitt vårdteam” som navet i den nära vården.

6.5 Det behövs ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig och vad utförarens åtagande är

Som vi konstaterat i avsnitt 6.2.4 finns det i nuläget inga särskilda fördelar för en patient att vara listad vid någon särskild vårdcentral. I praktiken väljer en majoritet den vårdcentral som ligger närmast bostaden eftersom det geografiska läget ses som viktigt. Men det ges inga särskilda signaler eller incitament till patienten att välja en viss

vårdcentral och hålla fast vid sitt val. Den information som finns tillgänglig och som kan vägleda valet är normalt sett också tämligen svag. T.ex. finns viss information om väntetider men patienten vet inget om hur många patienter som listat sig på vårdcentralen och i relation till den bemanning som finns. Trots detta styrs vårdgivarna tämligen starkt genom kapitering mot att patienten ska stanna vid vårdcentralen.

Utredningen bedömer att det finns skäl att i ett system där valfriheten bygger på listning bli tydligare med vad patienten kan förvänta sig när hen gör sitt val. Som en del i ett systemskifte mot att valfriheten bygger på listning behövs därmed flera samtidiga förändringar. Det kan t.ex. handla om en tydligare styrning för att ge patienten incitament att vara listad, t.ex. avgiftsfrihet där man är listad och någon form av garanti för kontinuitet – t.ex. i form av läkar-kontakt eller fast kontakt med någon annan personalkategori.

Ett transparent system för val och information

Utredningen bedömer vidare att transparensen i systemet som helhet behöver öka. Det behöver bli tydligare för alla parter vad som finns att välja på, om det är ”fullt” eller inte på vårdcentralen (se nedan) och hur val och omval kan gå till. I Norge finns t.ex. en nationell tjänst för listning och köhantering. I Sverige är sedan många år en nationell listningstjänst planerad, vilket är starkt efterfrågat (se vidare avsnitt 8.1). Det är angeläget att ett sådant utvecklingsarbete, som i nuläget verkar stå still, prioriteras högre.

Planeringsförutsättningar, arbetsmiljö och patientsäkerhet talar för möjligheten att begränsa åtagandet

Utredningens slutsats vad gäller både den rättsliga styrningen och tillämpningen av lagstiftningen när det gäller vårdvalssystemen är att en svårbemästrad situation uppstått.

Å ena sidan har landstingens styrning inneburit en detaljreglering av vad utförare ska göra. Förfrågningsunderlagen (ibland s.k. regelböcker) är inte sällan omfattande och det finns fortfarande detaljstyrning som direkt påverkar ersättningen.

Å andra sidan innebär lagstiftningen och landstingens tillämpning att det är oklart hur stort utförarens åtagande är. Genom den obegränsade valfriheten i form av både listning och otrohetsbesök i primärvården är det svårt att förutsäga eller planera för utförarens åtagande. Genom den nuvarande konstruktionen har landstingen i praktiken i hög grad lämnat över ansvaret till utförarna att planera hur vården kan inrättas och dimensioneras för att möta befolkningens behov.

Under utredningens arbete har bilden framträtt av en primärvård som ofta har oklara och svåra planeringsförutsättningar. Flera andra samverkande faktorer verkar också bidra till detta, bl.a. den pågående omvandlingen av hälso- och sjukvården i stort där omhändertagandet av patientgrupper förs ut till primärvården, den vikande finansieringen, svårigheterna att bemanna samt den ibland höga patientörligheten och de bristande förutsättningarna att sätta stopp. Allt detta ger en många gånger bristande arbetsmiljö, som i sin tur både genererar sjukskrivningar och rekryteringssvårigheter. Utöver att denna situation många gånger förmedlats till utredningen under arbetets gång har också larmrapporterna om detta har avlöst varandra i media (se t.ex. Trysell 2015, Apel Röstlund 2017, Berglund 2018, Mellgren 2019). En bedömning som ofta framkommer i dessa sammanhang är att arbetsmiljö och patientsäkerhet starkt hänger samman. De faktorer som nämns ovan har således också betydelse för patientsäkerhetsrisker.

Flera utredningar har uppmärksammat detta. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) lyfts särskilt fram att för vårdens storkonsumenter är personlig kontinuitet efterfrågat och önskvärt och kan innebära stora effektivitetsvinster, skapa ökad trygghet hos patienten och en bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård delar i betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) denna analys och bedömer vidare att ”En rimlig begränsning av antal patienter per fast läkarkontakt kan t.ex. ge bättre förutsättningar för den enskilde läkaren att vara tillgänglig för sina patienter och erbjuda en god och säker vård. Det ger även läkaren möjlighet att ha kontroll över sin arbetssituation. En god arbetsmiljö för medarbetare i primärvården är även en grundläggande förutsättning för att primärvården ska ses som en attraktiv arbetsplats.”

Hur kan åtagandet begränsas?

I utredningens dialoger med landsting och andra aktörer har många sett behovet av att införa begränsningar i listningen. Ofta benämns detta som "listningstak", vilket kan innebära två olika saker: antingen ett maximalt antal patienter som kan vara listade hos en utförare givet de resurser som utföraren har, eller ett maximalt antal patienter som en enskild läkare ska ha ansvar för på "sin lista".

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhåller särskilt behovet av ett "listningstak" kopplat till utföraren och anför bl.a. följande:

Enligt utredningens bedömning saknar landsting/regioner enligt 7 kap. 3 § HSL möjlighet att neka enskilda att fritt lista sig hos en utförare i Vårdval primärvård. En utförare kan därmed inte begränsa antalet patienter som listar sig hos utföraren. Det är därmed inte heller upp till utföraren att välja i vilken skala den vill bedriva sin primärvårdsverksamhet. För en vårdgivare kan detta vara problematiskt av flera skäl. Det kan finnas praktiska hinder för en utförare att växa, om lokalerna inte är möjliga att utvidga och alternativa lokaler inte finns. Då finns en risk att en välfungerande utförare börjar fungera sämre och t.o.m. kan behöva lägga ner sin verksamhet. Även tillfälliga problem kan uppstå på grund av att man inte hinner rekrytera personal till en utförare som växer snabbt. Alla utförare vill inte heller ansvara för att driva en stor verksamhet. Utredningen ser därför ett behov för utförare att i vissa fall kunna sätta stopp för ytterligare listning, tillfälligt men även permanent. För att skapa förutsättningar för mångfald behöver det vara möjligt att bedriva även mindre verksamheter med ett mer begränsat antal patienter.

(SOU 2018:39)

I praktiken har vissa landsting ändå tillåtit "listningstak" med hänvisning till bl.a. patientsäkerhet där det inte finns lokaler som räcker till att ta hand om ett ökande antal patienter. Och bl.a. landstinget i Stockholm län har infört möjlighet till "listningstak".

Det finns fördelar med att kunna begränsa listning. Den obegränsade valfriheten utan (den uppfattade) möjligheten för enskilda utförare att tacka nej till patienter menar vi har inneburit att det övergripande ansvaret för att planera och dimensionera vården så att utbudet matchar behoven eller i detta fall också efterfrågan har tryckts ned från landstingen som huvudmän till utförarna. Möjligheten att ha listningsbegränsningar innebär (i viss mån) att "flytta tillbaka" ansvaret för att garantera vård från utförarna till vårdens huvudmän.

En invändning mot listningsbegränsning som framförts är att det snarare introducerar en *valfrihet för utförare* att välja bort icke-önskvärda patienter. Det är dock svårt att se hur en sådan cream-skimming skulle gå till i praktiken. Det skulle förutsätta en bedömning av en enskild patient innan beslut om att listan är full, vilket inte får förekomma. Den som invänder med argument om cream-skimming gör dessutom antagandet att listningen ska helt hanteras av enskilda vårdcentraler och i det dolda.

Utredningen bedömer att ett system som bygger på listning tvärtom behöver inrättas som ett *transparent* system där valmöjligheter och kö m.m. redovisas öppet och valet sker av patienten i någon form av regional eller nationell tjänst.

Listningsbegränsningar kan vara tillåtet i dag men bör ses i ett större sammanhang

Vi är tveksamma till den bedömning som gjorts av andra (se t.ex. SOU 2018:39) att "listningstak" inte skulle vara tillåtet i dag. Landstingen är skyldiga att organisera primärvården så att patienten kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Det behöver inte innebära, som vi ser det, att patientens val alltid kan eller måste tillgodoses. Landstingen och enskilda vårdgivare har dessutom ett ansvar för patientsäkerhet och arbetsmiljö och vi har inte funnit något stöd för att den enskildes val ur rättlig synvinkel skulle vara en rättsligt överordnad princip framför andra skyldigheter som finns. Utifrån en lex specialist-tolkning kan tvärtom hävdas att patientsäkerhetslagens krav går före.

Resursbrist och rättsliga överväganden talar emot generella listningsbegränsningar i dagens system

Med ganska grova uppskattningar av antalet läkare i primärvården och hur många patienter en läkare "bör ha på sin lista" (se vidare SOU 2018:39) går det att uppskatta dagens "överlistning" av patienter till drygt 1 miljon patienter, motsvarande knappt 700–800 heltidsläkartjänster. En sådan uppskattning tar inte hänsyn till ändrade arbets sätt, effektiviseringar genom t.ex. digitalisering eller omfördelning av arbetsuppgifter. En generell nationell listningsbegränsning för alla

utförare skulle allt annat lika i teorin lämna en relativt stor andel av befolkningen ”utanför” primärvården. Detta visar tydligt hur kraftigt underdimensionerad primärvården är för närvarande.

Vår samlade bedömning är dock att listningsbegränsningar kan fylla en funktion för *enskilda* utförare och innebära en principiellt viktig ansvarsförskjutning från utförare till huvudman. Införandet av listningsbegränsningar behöver dock balanseras mot den totala kapaciteten i primärvården där en resursmässigt utbyggd primärvård är viktigt att åstadkomma. Det kommer i sin tur att innebära ett minskat behov av generella listningsbegränsningar, även om det fortfarande kommer vara relevant för vissa utförare.

En annan och viktig aspekt är att listningsbegränsningar i *dagens system* spär på den spänning som finns mellan det fria valet och det administrativa listningssystemet. I praktiken (men inte teoretiskt) innebär ett listningstak en begränsning av den fria valfriheten, vilket i viss mån kan ge upphov till ett oklart rättsläge. Troligen skulle ett listningstak vara verkningslöst om patienten hävdar att hen inte vill lista sig utan bara göra besök, vilket får sägas vara förenligt med den nuvarande lagstiftningen. Utredningens bedömning är därför att det finns skäl att rättsligt tillåta listningsbegränsningar som en del i en primärvårdsreform där valfriheten utövas genom listning på utförare.

6.6 Det behövs ett mer nationellt system med tydligare ramar för styrningen av primärvården

Som vi konstaterade i delbetänkandet präglas landstingens styrning av vårdvalssystemen av de regionala skillnaderna. Den farhåga som uttrycktes i förarbetena till vårdvalsreformen, att det i teorin fanns risk för att 21 olika vårdvalssystem skulle uppstå i landet, har visat sig vara helt korrekt. Dessa skillnader beror delvis på de olika förutsättningar som de olika landstingen har vad gäller geografi, demografi, skatteunderlag, m.m. men också när det gäller utvecklingskraft och synen på styrning. Skillnaderna är svåra att åtgärda i det svenska decentraliserade systemet om inte nationella åtgärder vidtas av landstingen gemensamt eller staten.

En jämlik vård som ger utrymme för lokal anpassning främjas av nationella ramar

Det är nästan paradoxalt att det i det svenska decentraliserade systemet är så svårt att få lokal anpassning. Mot bakgrund av bl.a. dialogen på utredningens hearingar har en bild framträtt där det behövs en ändring av styrningen på en mer övergripande nivå. Den nuvarande ordningen framstår alltmer som förlegad där varje landsting skapat sitt eget vårdvalssystem för hela landstinget – i stort sett lika i hela landstinget – samtidigt som styrningen skiljer sig åt mellan landstingen. En mer diversifierad primärvård utifrån den målsättning för framtidens vård som beskrivs ovan talar snarare för att det borde vara större skillnader *inom* varje landsting än *mellan* landstingen. Detta talar för en *tydligare nationell ram* samtidigt som utrymmet för lokal anpassning är stort, vilket bl.a. innebär en minskad detaljstyrning.

Nationella ramar skulle främja utvecklingen

Den förhoppning som fanns i förarbetena till reformen, att de olika vårdvalssystemen kan stimulera utvecklingen genom att de prövas mot varandra, kan knappast uppnås i dagsläget. I nuläget är det samlade systemet otransparent och det finns skäl att ifrågasätta argumentet att det är positivt att landstingen får utveckla olika system eftersom det kan leda till innovation. Hur vet man det när det inte går att jämföra de olika systemen? Både SKL och större privata vårdgivare har försökt göra mer systematiska jämförelser av styrningen, framför allt ersättningsnivåerna, mellan landstingen. En anledning till att göra det är att det ur flera perspektiv (bl.a. utifrån analyser av måluppfyllelse och lönsamhet) är viktigt att förstå hur styrningen prioriterar mellan olika grupper. Hittills har det visat sig omöjligt att åstadkomma sådana jämförelser på grund av att landstingens samlade styrning genom uppdrag, ersättningsprinciper, kostnadsansvar, m.m. är så komplex. Det har inte varit möjligt att fullt ut ta hänsyn till alla ingående variabler som skiljer sig åt mellan landstingen.

Erfarenheterna från de vårdgivare som verkar inom flera landsting är att avsaknaden av ett nationellt vårdvalssystem innebär en relativt stor utmaning att på ett adekvat sätt förhålla sig till de olika villkoren i olika landsting.

6.6.1 Behovet av ändringar i ersättningssystemen

Det nationella grunduppdraget är ett viktigt första steg mot en mer jämlik vård

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården (SOU 2018:39). Med utgångspunkt i tidigare förslag (SOU 2016:2) anförs att en utbyggd primärvård är den enskilt viktigaste åtgärden för att uppnå en mer jämlik vård oavsett om det handlar om geografiska områden eller olika grupper i befolkningen och att uppdraget är en viktig del av detta. Vidare konstateras att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen har uteblivit samt att det finns en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet. I remissvaren på betänkandet framkommer att landstingen och många andra remissinstanser ställer sig bakom denna bedömning.

Jämlikhetsskäl talar för att utforma nationella ersättningsprinciper

Utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* gjorde vidare bedömningen att beroende på vilka ersättningsmodeller som tillämpas skickas olika styrsignaler, vilket riskerar att leda till att vården blir olika, även om uppdraget i stort sett är detsamma. Den utredningen rekommenderade därför landstingen att samverka för att skapa en mer *enhetlig utformning av ersättningsmodeller* för sina vårdval inom primärvård. En sådan harmonisering skulle underlätta jämförelser mellan landstingen och underlätta för de privata vårdvalsaktörer som är verksamma i flera landsting. Som viktiga delar i en sådan enhetlig utformning såg utredningen kapiteringsersättning som grund med en mer harmoniserad användning av viktningfaktorer som t.ex. CNI, samt kompletterat med viss styrning mot hög tillgänglighet. Detaljstyrning mot enskilda åtgärder eller resultat bör enligt den utredningen undvikas och kostnadsansvaret för enskilda utförare bör övervägas (SOU 2018:39).

Förevarande utredning har haft uppdraget att särskilt analysera ersättnings- och finansieringsmodeller utifrån direktivens utgångspunkter att styrningen ska främja en mer jämlik, behovsbaserad och

tillitsbaserad vård. Vi delar bedömningen som gjordes av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* att de skillnader i ersättningssystemen och de effekter som styrningen ger upphov till riskerar att vidmakthålla de skillnader som finns trots ett reglerat grunduppdrag.

Vår slutsats är att ersättningssystemen i vården är minst lika styrande som uppdraget (om inte mer) och att det dels finns stora skillnader mellan landstingens styrning i denna del, dels att ersättningssystemen är så spretiga och komplexa att jämförelser svårligen låter sig göras. Flera av de landsting som utredningen talat med vittnar om att de egentligen inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom ersättningen styr mot vård efter behov. De privata utförare som verkar i flera landsting menar att den varierande styrningen och den bristande transparensen försvårar etableringar.

I vår analys framkommer att styrningen fortfarande i alltför låg grad tar hänsyn till behoven i befolkningen. Det innebär att det inom landstingen uppstår ojämlikheter och att principen om behovsbaserad vård inte alltid är vägledande. Skillnaderna i ersättningssystemen mellan landstingen är stora och kan inte förklaras. Det innebär att det även mellan landstingen uppstår ojämlikheter. Ersättningssystemen är alltför komplicerade och har trots de senaste årens ansatser endast delvis minskat detaljstyrningen. Detaljstyrning och i vissa fall kostnadsansvar för bl.a. medicinsk service visar att styrningen inte utgår från tillit.

6.6.2 Behovet av ökad jämlikhet i patientavgifter

Nuvarande uttag av patientavgifter i hälso- och sjukvården

Landstinget får för närvarande besluta om grunderna för att ta ut vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök. Patienter som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1–3 §§ ska behandlas lika. Första stycket gäller inte i den mån annat är särskilt föreskrivet (17 kap. 1 § HSL). För öppenvård, förbrukningsartiklar och viss tandvård finns ett gemensamt högkostnadstak som innebär att för den enskilde får de posterna tillsammans under ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats, uppgå till högst 0,025 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§

socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget.

För slutenvårdens del finns redan en nationellt reglerad avgift, som beräknas per vårddag. I 17 kap. 2 § HSL anges att landstinget får för sluten vård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för sluten vård får för varje vårddag uppgå till högst 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

De varierande avgifterna i primärvården upplevs ojämlika

En av de mest uppenbara skillnaderna i hälso- och sjukvården är de varierande patientavgifterna i öppenvården. Som framgår i avsnitt 5.4.4 är variationerna i primärvården tydliga oavsett kontakttyp, dvs. oavsett om det handlar om ett fysiskt eller digitalt läkarbesök eller en fysisk eller digital kontakt med någon annan personalgrupp i hälso- och sjukvården. Landstinget i Södermanland har som enda landsting 0 kronor i patientavgift och Jämtland–Härjedalen har genomgående högst patientavgift, 300 kronor oavsett kontakttyp. I det spannet varierar avgifterna även om de flesta regioner har en fast avgift oavsett vilken kontakttyp det handlar om.

Utredningen har vid hearingar och andra möten funnit ett mycket starkt stöd för att patientavgifterna bör ensas. Det har framkommit flera skäl till detta men tydligast är rättvisaspekten. Det ska inte kosta olika mycket att vända sig till vården i ett system där bl.a. patientlagen har som mål att göra vården gränsöverskridande. Även utvecklingen mot digitala arbetssätt verka i gränsöverskridande riktning. Utvecklingen mot ett mer nationellt system talar således för att patientavgiften inte bör vara en faktor för om patienten väljer att använda sig av utomlänsvården.

Patientavgifter har effekt på om man avstår från att söka vård

Som beskrivs närmare i delbetänkandet avstår en låg andel av befolkningen som helhet från att söka vård av ekonomiska skäl, knappt fyra procent. Cirka sju procent har avstått från att hämta ut receptbelagda läkemedel av ekonomiska skäl. När frågorna slås ihop och

bryts ner på inkomstnivå, visar det sig att klyftan mellan vuxna med låg inkomst och övriga inkomstgrupper är stor, och relativt sett större i Sverige än snittet för OECD. Andelen med låg inkomst i Sverige som avstått från att söka vård eller hämta ut läkemedel är 2,3 gånger så stor som övriga inkomstgrupper.

Patientavgifter har i övrigt liten effekt för vårdkonsumtion

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjorde 2018 en kartläggning av bl.a. vilka systematiska översikter det finns som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkarbesök påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkarbesök. I en större översikt undersöktes hur egenavgifter för bl.a. allmänläkarbesök, specialistläkarbesök och ambulande vård i höginkomstländer påverkade efterfrågan på de tjänster som egenavgiften gällde, om egenavgifter ledde till negativa effekter eller ökade användningen av andra tjänster, samt om egenavgifter ledde till någon form av fördelningseffekter inom befolkningen. Slutsatser var att egenavgifter minskade nyttjandet av receptläkemedel, läkarbesök inom öppen- och specialistvård, och ambulande vård. Vidare drogs slutsatsen att egenavgifter påverkade nyttjandet av vård mer hos särskilt utsatta grupper, t.ex. de med låg inkomst eller de med särskilda behov av vård, än i övriga populationen (Kiil 2014).

I en tidigare översikt undersöktes vidare ”priselasticiteten”, dvs. känsligheten i efterfrågan för prisökningar. Genomgången visade att priselasticiteten för läkarbesök varierar beroende på ett antal faktorer – mest inkomst, men även ålder, kön och utbildning. Vårdgivarens kvalitet och geografiska läge samt priset på alternativa sjukvårdstjänster hade betydelse för priselasticiteten. Den genomsnittlige patienten är inte särskilt priskänslig och marginella avgiftsändringar medför inte några större förändringar i efterfrågan (Skriabikova 2010). En svensk studie visar på liknande resultat (Jakobsson 2016).

Avgiftsfrihet kan dock ha en större påverkan på konsumtionen. Samtliga landsting införde från och med den 1 januari 1998 avgiftsfrihet för barn och ungdomar vid läkarbesök i öppenvård. De landsting som följde upp konsekvenserna av nolltaxan för barn visade på en ökning av besöksfrekvensen med 15–17 procent för denna åldersgrupp. Antalet besök låg även två år efter reformen kvar på en högre nivå än före nolltaxan, vilket talar för att det inte var en temporär effekt (SOU 2012:2).

7 Utomlänsvård inom primärvården

I detta kapitel går utredningen igenom patientens möjligheter att välja vård över landstingsgränser, s.k. utomlänsvård.

7.1 Utvidgad valfrihet genom patientlagen

Historik om utomlänsvården

För mer ovanligt förekommande eller högspecialiserad vård fanns det redan vid den gamla hälso- och sjukvårdslagens införande 1982 en indelning av landstingen i sex hälso- och sjukvårdsregioner med skyldighet att samverka (se nuvarande HSL 7 kap. 8 § samt hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] 3 kap. 1). Detta har under senare år även kompletterats med särskilda bestämmelser om högspecialiserad vård (tidigare rikssjukvård).

Sedan 1990 har det dessutom varit möjligt för landstingen att på lika villkor som för den egna befolkningen erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, *om landstingen kommer överens om det* (se prop. 1989/90:81).

Sådan frivillig samverkan formaliserades bl.a. genom dåvarande *Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter i hälso- och sjukvården*. Rekommendationen innebar att medborgarna fritt skulle kunna välja vårdcentral och sjukhus i det egna landstinget och utanför landstingsgränsen kunna välja slutenvård. För detta krävdes dock att läkare i hemlandstinget fastställt vårdbehovet, med andra ord behövde patienten en remiss.

Samtliga landsting anslöt sig till en reviderad rekommendation 2003, som även öppnade för fritt val av specialiserad öppen vård i annat landsting.

Rekommendationens ”regler” om utömlänsvård speglades även i det första Riksvalet för utömlänsvård, som beslutades 2004.

Valfrihetsrekommendationen fick i praktiken ett ganska begränsat genomslag och patienterna tycks inte ha varit särskilt medvetna om sina möjligheter att välja vårdgivare. Inte heller tycks personalen ha känt till vad som förväntades av dem. Vissa av landstingen såg dessutom valfriheten som en utmaning mot den egna planerings- och kostnadskontrollen och var därför tveksamma till att införa reformen (Fredriksson & Winblad 2008, Winblad 2007, 2008).

Utömlänsvården kodifierades genom patientlagen 2015

Vid patientlagens införande 2015 lagreglerades det fria valet inom öppenvård över landstingsgränser. Regleringen innebär att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom detta landsting, ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § PL). Den vård som i dag inkluderas i patientens valmöjligheter utgörs av val av utförare inom primärvård och specialiserad öppenvård som inte kräver intagning i vårdinrättning (t ex. dagkirurgi), som bedrivs antingen i landstingets egen regi, hos privat vårdgivare som har avtal med landstinget, eller hos vissa andra privata utförare.

Regeringen bedömde att lagreglering av den tidigare frivilliga utömlänsvården skulle innebära flera fördelar för såväl patienter som utförare (prop. 2013/14:106). Framför allt att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på valmöjlighet för patienten som den ovan nämnda rekommendationen innebär. Det bedömdes vidare öka öppenheten för patienter och övriga medborgare och samtidigt tydliggöra att valfrihet som kan leda till ökad tillgänglighet är en viktig kvalitetsaspekt. Det skulle också leda till en ökad kännedom om det fria vårdvalet även hos vårdpersonalen.

Utomlänsvården innebär att bl.a. vårdvalssystemen är tillgängliga för alla patienter

I 8 kapitlet HSL regleras landstingets ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård. Av 1 § framgår att landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget och att det samma gäller för den som är kvarskrivnen enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och som stadigvarande vistas inom landstinget. Landstinget har även i övrigt en skyldighet att verka för en god hälsa för befolkningen.

Bestämmelsen innebär alltså en *utvidgning* av landstingens ansvar att erbjuda *öppen hälso- och sjukvård* till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings *primära ansvar*, dvs. även till patienter som är *bosatta* i ett annat landsting eller vissa andra angivna grupper av patienter (se avsnitt 4).

Detta utökade ansvar är i dag begränsat till *öppen vård* dvs. *primärvård* och *specialiserad vård* som inte utgör slutenvård och således kräver intagning i vårdinrättning. *Vårdgarantin* gäller däremot *inte* patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar för hälso- och sjukvård. Regeringen anförde följande:

Vårdlandstinget ska, när det är aktuellt, erbjuda patienter från andra landsting möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § patientlagen och att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 §, dock enbart inom öppenvården. I övrigt ska vården ges på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna. Detta innebär att landstingen inte ska prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har. Att vården ska ges på samma villkor för patienter från ett annat landsting innebär vidare att de ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt, få del av vårdlandstingets öppenvårdsutbud även om detta är ett annat än i hemlandstinget, samt att det är vårdlandstingets patientavgifter och andra lokalt beslutade taxor etc. som ska tillämpas vid den länsöverskridande vården. [...]

En patient kommer att kunna välja utförare, antingen en offentlig aktör eller en privat utförare som har avtal med landstinget. Den sistnämnda behöver således vara upphandlad av landstinget enligt [LOU], alternativt godkänd inom ett s.k. valfrihetssystem enligt [LOV]. Patienten kan även välja öppen vård hos läkare eller fysioterapeuter som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. **Patienten kommer dessutom ha möjlighet att "lista" sig på en vårdcentral**".

(prop. 2013/14:106).

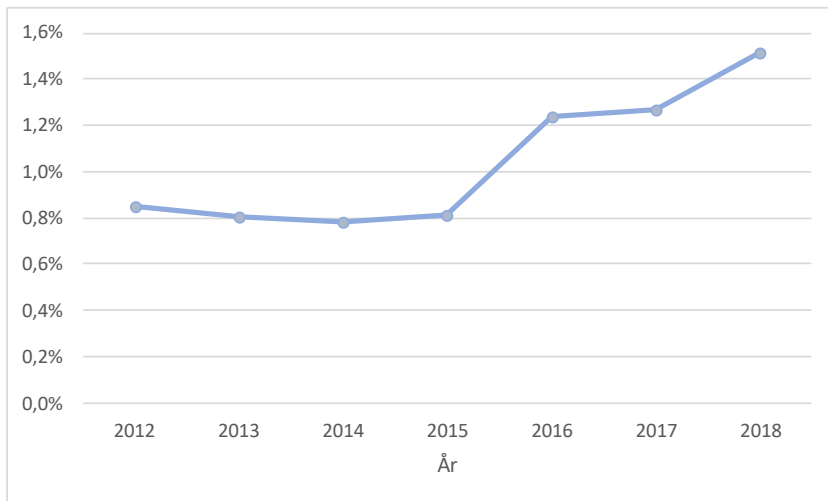
Regeringen bedömde att förändringen innebär en mindre utökning av planeringsansvaret och inte skulle medföra några märkbara konsekvenser. Man menade vidare att det är bättre för landstingen att i så stor utsträckning som möjligt planera för alla dem som omfattas av deras ansvar än att underlåta att göra det. Regeringen bedömde inte att det skulle röra sig om några betydande patientströmmar, utan anser att detta endast i undantagsfall kan ha någon avgörande inverkan på landstingens planering av hälso- och sjukvården. Regeringen menade vidare att förslaget i viss utsträckning påverkar möjligheterna för landstingen att bestämma över hur de ska bedriva sin verksamhet men att landstingen redan hade gjort frivilliga åtaganden, genom rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och riksavtalet för utomlänsvård, att erbjuda patienter möjligheten att välja vård i andra landsting.

7.2 Utvecklingen av utomlänsvården i primärvården

Utomlänsvårdens omfattning i Sverige kan, när det gäller primärvården, utläsas i det så kallade räkenskapssammandraget för landstingen, som årligen tas fram av Statistiska centralbyrån (SCB). I figuren nedan framgår landstingens köp av verksamhet (primärvård) från andra landsting i relation till nettokostnaderna för primärvård.

Kostnadsandelen var relativt konstant under åren innan och direkt efter att patientlagen trädde i kraft och patientens gavs (rättslig) möjlighet att söka utomlänsvård. Tidigare analyser visar i linje med detta att patientlagen haft begränsad effekt på den *fysiska* utomlänsvården, inte bara för primärvården utan även inom annan öppenvård (Vårdanalys 2017c). De senare data som utredningen tagit fram visar emellertid ett kraftigt trendbrott som innebär att utomlänsvårdens andel av primärvården fördubblats under 2015–2018. Detta sammanfaller tidsmässigt med den snabba ökningen av konsumtionen av digitala vårdtjänster i primärvården, vilket i huvudsak sker i form av utomlänsvård, se vidare avsnitt 9.

Figur 7.1 Landstingens köp av primärvård från andra landsting i relation till nettokostnader för primärvården, 2012–2018



Källa: SCB – Räkenskapsammandrag för kommuner och landsting. Utredningens beräkning baserad på uppgifter om nettokostnader exkl. läkemedel inom förmånen samt köp från landsting.

8 Analys och överväganden om utomlänsvården

8.1 Utomlänsvården och den utökade valfriheten har inte bidragit till måluppfyllelse

8.1.1 Utomlänsvården i dess nuvarande form bidrar till ett fragmenterat system

I samband med införandet av patientlagen 2015 möjliggjordes s.k. utomlänsvård, dvs. att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom detta landsting, ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Utomlänsvården är avsedd för att patienten förflyttar sig utanför sitt landsting

Vid införandet av systemet var en tydlig utgångspunkt i betänkandet att utomlänsvården handlade om att patienten skulle kunna välja att resa till ett annat landsting för att ges vård (SOU 2013:2). Det förutsågs avse både specialiserad vård av ”engångskaraktär” men också att patienten skulle kunna söka primärvård, t.ex. om hen arbetade på andra sidan en länsgräns. De digitala vårdtjänsterna var ännu outvecklade inom vården varför den utveckling som senare skedde med den nya s.k. nätläkarvården inte förutsågs. Utredningen anförde t.ex.

Efter att patienten vårdats i ett annat landsting utifrån den medicinska bedömning av vårdbehovet som gjorts där kan vårdlandstinget därmed kräva att patientens hemlandsting ersätter den faktiska kostnaden för patientens vård. I denna del lämnar utredningen till landstingen att lösa hur de ekonomiska transaktionerna ska genomföras. Det är emellertid av vikt att understryka att det endast är de faktiska kostnaderna som ska ersättas.

Utredningen är medveten om att kostnader för resa och uppehåll i ett annat landsting kan uppgå till ansevärd belopp och att denna kostnad kan utgöra ett hinder för vissa patienter att kunna utnyttja de ökade valmöjligheterna. I vissa fall kan emellertid den motsatta situationen uppstå. Då en patient redan befinner sig i ett annat landsting, t.ex. arbetar på annan ort, och ett icke akut vårdbehov uppkommer, behöver inte patienten resa tillbaka till sitt eget hemlandsting för att få vårdbehovet tillgodosett. Även personer som bor nära en landstingsgräns kan – utan några eller nämnvärda merkostnader – få ett utökat vårdutbud som enkelt kan nyttjas.

Utredningen bedömde vidare att förslaget inte skulle ge några nämnvärda kostnader eller kostnadsökningar för landsting eller kommuner och anförde vidare:

Det är den enskilde patientens medicinska behov som ska vara avgörande för om öppen vård ska erbjudas i ett annat landsting än det där patienten är hemmahörande. Det innebär rimligen att patientens hemlandsting ändå skulle få bekosta vård för patienten. Förslaget får därför i allt väsentligt betecknas som ett ”nollsummespel” där landsting tar emot patienter från andra landsting, vilket genererar en intäkt för landstinget, och bekostar öppen vård i andra landsting för patienter som valt att få sin vård där. Det finns ingenting som talar för att patienter, som en direkt följd av förslaget, i så mycket högre grad än vad som sker i dag kommer att resa till andra landsting i syfte att erhålla vård. Uppföljningar av vårdval inom primärvården visar bl.a. att patienter värdesätter geografisk närhet och kontinuitet när det gäller val av utförare.

Regleringen har inte bidragit till likabehandling eller måluppfyllelse

Det överlämnades till landstingen att reglera de närmare ekonomiska transaktionerna, vilka styrs av det s.k. riksavtalet för utomlänsvård (SKL 2015). Där anges bl.a. att ”ersättning för en vårdtjänst är densamma för inom- och utomlänspatienter” (§ 8.2). I praktiken har landstingen frångått detta och landstingens ersättning till utförare skiljer sig ofta vida åt beroende på om det är en inom- eller utomlänspatient (se avsnitt 5).

Regeringen angav i propositionen att ”patienten kommer ha möjlighet att ”lista” sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting.” (prop. 2013/14:106). Som framgår av nedanstående tabell är det ännu relativt ovanligt förekommande med listning över länsgränser. Ett problem är att landstingen fortfarande inte hittat en samsyn vad gäller hanteringen av patientens listning på

vårdcentral i ett annat landsting. Endast en minoritet av landstingen betalar kapiteringsersättning till utförare för *listade utomlänspatienter* (Skåne, Uppsala, Jönköping, Kalmar, Gotland och Västmanland). Och landstingen har i linje med ett beslutsstöd från SKL valt att inte ersätta varandra för en eventuell kapiteringsersättning vid utomlänsvård på grund av ”uppenbara svårigheter” (SKL 2014).

Tabell 8.1 Förekomst av individer listade i andra landsting, samt ersättning för listade utomlänspatienter, 2018

Landsting	Antal listade utomlänspatienter	Kapiteringsersättning för listade utomlänspatienter
Blekinge	721	
Dalarna	i.u.	i.u.
Gotland	226	x
Gävleborg	1 420	
Halland	5 000*	
Jämtland Härjedalen	700*	
Jönköping	2 519	x
Kalmar	788	x
Kronoberg	1 450	
Norrbottnen	0	
Skåne	4 000*	x
Stockholm	18 618	
Sörmland	2 273	
Uppsala	5 819	x
Värmland	400*	
Västerbotten	i.u.	
Västernorrland	910	
Västmanland	1 370*	x
Västra Götaland	7 218	
Örebro	i.u.	
Östergötland	3 000	

Källa: SKL (ej publicerade data).

Not: *Uppskattat antal. I vissa fall med stor osäkerhet då det inte sker någon "avlistning" i systemet.

Vi kan konstatera att utvecklingen när det gäller utomlänsvården hittills i låg grad stödjer en utveckling mot en mer kontinuitetsbaserad vård, där patienten kan ges möjlighet att välja en utförare i ett annat län som ges incitament att ta ett helhetsansvar för patienten. Både de administrativa systemen och ersättningsprinciperna vid

utomlänsvård utgår, som framkommit ovan, snarare från att det handlar om tillfällig vårdkonsumtion. Detta är också en särskild utmaning när det gäller de digitala vårdtjänster som har utvecklats främst av de s.k. nätläkarna och som har en tydlig gränsöverskridande karaktär (se vidare avsnitt 10). Under en hearing framförde en landstingsföreträdare t.ex.

I nuläget finns tre parallella system, vårdvalet, nationella taxan och de digitala vårdföretagen. Det hotar på sikt att kortsluta primärvården. Om man inte kan påverka kostnaden som utförare bör man inte heller ha något kostnadsansvar för vård som utförs av andra, utan landstinget bör ta det centralt.

Bristande samordning kan ha långtgående effekter

En uppföljning av patientlagens effekter har visat att det kopplat till utomlänsvården finns en efterfrågan på nationellt samordnad information om vårdutbudet, ett gemensamt system för elektronisk remisshantering, en nationell listningstjänst och samordning när det gäller högkostnadsskydd men sådana tjänster saknas ännu (Vårdanalys 2017c).

Den bristande samordningen landstingen emellan ger upphov till långtgående och oavsedda effekter.

- I praktiken finns det i nuläget *inget som hindrar* en patient från att vara listad i 21 olika vårdvalssystem och därmed hos 21 olika utförare samtidigt.
- Inte heller finns det vid utomlänslistning reell möjlighet för patienten att välja att *inte vara listad* på en vårdenhet i hemlandstinget.
- Kapiteringsersättning utgår normalt sett *endast* till patientens utförare i hemlandstinget (som hen kanske inte ens vill vara listad på, men inte kan välja bort).
- Utföraren i hemlandstinget straffas omvänt med debitering för köpt vård till utomlänstaxa, när patienten gör besök hos en utförare i ett annat landsting – kanske på en vårdcentral som patienten också är listad på och själv ser som sin egentliga egna vårdcentral.

- Utföraren får i sin tur ingen ersättning för att patienten (som bor i ”fel” region) är listad där, utan får endast styckersättning för besök – vilket dels leder till ett felaktigt vårdincitament utifrån premissen att kapiteringsbaserade system är de bästa, dels kan leda till att vårdefterfrågan inte speglar ersättningen (vilket kan slå i bägge riktningarna).

Utredningen bedömer att dessa nuvarande systembrister motverkar kontinuitet och patientsäkerhet och skapar oklarheter kring det medicinska ansvaret för patienten, när hen är listad hos flera olika vårdgivare samtidigt.

Det finns således starka skäl att skynda på arbetet med en nationell listningstjänst, som bl.a. innebär en samordnad listning så att en patient bara kan vara listad hos en vårdenhet i taget i landet (och att man därmed kan vara icke-listad i sitt hemlandsting). I så fall bör kapiteringsersättningen utbetalas från patientens hemlandsting, till den utförare där patienten är listad, oavsett i vilket landsting detta är.

Det kan diskuteras om ersättningen ska baseras på ersättningsreglerna i vårdvalet i patientens hemlandsting eller där patienten är listad men med den ökade samordning av ersättningssystemen som utredningen bedömer bör ske (se avsnitt 6) minskar svårigheterna.

8.1.2 Med patientlagen tilläts patienter att röra sig fritt, men inte deras information

Idén om gränsöverskridande valfrihet har inte underbyggts av fungerande informationssystem och ersättningssystem

Den valfrihet över landstingsgränser som lagfästes genom patientlagen är enligt utredningens bedömning fortfarande inte fullt ut genomförd. Som tidigare påtalats finns det både ett starkt behov av och starka förväntningar på en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag, vilka skulle innebära väsentliga förenklingar för informationshanteringen inom och mellan vård och omsorg. Men även om det tidigare förslaget genomförs saknas reglering av förutsättningarna för att utbyta patientinformation mellan landstingshuvudmän i samband med hälso- och sjukvård över landstingsgränser. Med hänsyn till att patientlagen ger patienten en möjlighet att söka öppen vård i valfritt landsting får det anses vara en brist att lagstiftningen

inte medger att informationen enkelt kan följa med patienten mellan landstingen. Det är tydligt att lagstiftningen i denna del inte går i takt med den utveckling som anses vara önskvärd när det gäller patientens ställning i vården. Denna fråga har dock varken behandlats i samband med införandet av patientlagen eller i samband med förslaget till hälso- och sjukvårdsdatalag. Vi bedömer att det ur ett patientsäkerhetsperspektiv, liksom ett kvalitets- och effektivitetsperspektiv är angeläget att regeringen hanterar denna fråga och att frågan behöver utredas vidare.

8.1.3 Utomlänsvården försvårar för landstingen att fullgöra sitt uppdrag

Landstingen har som huvudmän ett ansvar för att tillhandahålla och planera vård för deras invånare. Enligt HSL 7 kap. 2 § ska landstingen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Och enligt 2 a § ska landstingen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

Detta betyder att landstingen ansvarar för att det, vid behov, finns vård för de som bor inom länets gränser. Detta ansvar slutar inte att gälla för att invånare väljer att söka sig till vården i ett annat landsting. Givet de ansvarsförhållanden som råder är detta alltså inget som är självreglerande som ett valfrihetssystem, alltså att ju mer vård som konsumeras utanför hemlandstinget desto mindre vård kommer hemlandstinget att behöva tillhandahålla eftersom deras tjänster inte efterfrågas. Landstinget måste fortsatt enligt lag se till att det finns vård för invånarna även när den inte efterfrågas.

Det finns en paradox i att mer frihet och valfrihet för patienten för huvudmännen innebär sämre planeringsförutsättningar och att tvingas till ineffektiv resurshantering.

Utredningen har inte för avsikt att ta tillbaka den valfrihet över länsgränser som patienter och invånare fick i och med patientlagen. Däremot har vi som målsättning att ändra valfrihetssystemet så att valfriheten blir mer nationellt transparent och så att den kan kombineras med bättre planeringsförutsättningar för huvudmän och utförare.

8.2 Utomlänsvården bör inte fortsatt vara ett eget spår inom primärvården

Likvärdigheten var en central del vid införandet av utomlänsvården. Utomlänsvården skulle enligt regeringen ges utifrån samma principer som vården av inomlänspatienter – bl.a. att utomlänspatienter ska få möjlighet att lista sig, välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt, samt att det är vårdlandstingets patientavgifter och andra lokalt beslutade taxor etc. som ska tillämpas vid den länsöverskridande vården (se föregående avsnitt).

I avsnitt 6 har utredningen dragit slutsatsen att patientens val av utförare i primärvården bör ske genom att patienten listar sig. Utifrån utredningens utgångspunkter om behovet av ett mer integrerat och ett mer nationellt system gör vi bedömningen att samma principer bör gälla för patienten oavsett om hen söker vård i sitt eget landsting eller i ett annat. Valet av utförare i annat landsting bör således också ske genom listning.

Landstingens måste leva upp till lagens krav

Som konstateras i föregående avsnitt har landstingen inte ännu levt upp till intentionerna om likabehandling i patientlagen. Utredningen ser det som angeläget att alla landsting gemensamt återupptar arbetet med att skapa likvärdiga förutsättningar när det gäller listning och att man hittar former för att ersätta utförare för detta.

Ersättningen för all utomlänsvård inom primärvården bör ses över

Inte bara den digitala utomlänsvården sker inom ramarna för ett snedvridande ersättningssystem (se avsnitt 10). Vår genomgång i avsnitt 5 visar att fysiska utomlänbesök ersätts ibland tio gånger så högt som ett besök inomlän. Denna ersättning tar ingen hänsyn till innehållet i besöket utan utbetalas även för enkla åkommor och oavsett om patienten gör ett enskilt eller alla sina besök på samma ställe. Som framhålls ovan finns det risk för att detta skapar både snedvridande incitament och ger oavsedda effekter för utförare som får kostnadsansvar för sina listade patienters besök i andra landsting.

Det framstår som angeläget att hela denna ersättningsmodell ses över i syfte att likställa ersättningen för inom- och utomlänspatienter.

Alternativa vägar vad gäller den primärvård som ges som utomlänsvård

Utredningen har övervägt men avfärdat andra alternativ när det gäller patientens valfrihet över länsgränser.

1. Bibehålla utomlänsvården som ett parallellt system som bygger på besöksersättning (nollalternativet)

Det första alternativet innebär att bibehålla det nuvarande systemet med parallella spår för inom- och utomlänsvård. Utredningen bedömer att det nuvarande systemet snarast motverkar övergången till en mer digifysisk primärvård där fysiska och digitala tjänster integreras. Vår bedömning är att utomlänsvården, som den nu fungerar för primärvårdens del inte är ett långsiktigt hållbart system. Den kraftigt ökade rörlighet hos vårdtjänsterna som uppstått genom utvecklingen av de digitala verktygen är troligen ännu bara i sin linda. De effekter som redan finns, på grund av den bristande samordningen och det faktum att utomlänsvården fungerar som ett parallellt system till inomlänsvården, kan således förväntas ytterligare förstärkas.

2. Ta bort möjligheten att söka öppen vård i annat landsting

Ett alternativ framåt vore att avskaffa möjligheten att söka vård i ett annat landsting. Vissa skäl talar för detta, framför allt den rådande diskrepansen landstingens planeringsförutsättningar och legitimiteten i att kunna utkräva politiskt ansvar i ett och samma landsting där individen både betalar skatt och konsumerar välfärdstjänster. Detta alternativ skulle också kunna minska fragmentisering och öka informationsintegrationen. Det är dessutom i linje med den kommunala självstyrelsen och man undviker att patientinformation styckas upp mellan olika landstings journalsystem.

Samtidigt ser utredningen ur ett patientperspektiv att det är svårt, för att inte säga omöjligt, att dra tillbaka den möjlighet som patienter

fått att kunna söka vård obegränsat över landstingsgränser. Tillkomsten av digitala vårdkontaktvägar gör dessutom geografiska gränser irrelevanta vilket talar starkt emot en begränsning av valfriheten. Det mesta talar för att valfrihet över landstingsgränser (och landsgränser) långsiktigt är att föredra.

3. Undanta primärvården från möjligheten att söka vård i annat landsting

En mindre ingripande alternativ framåt vore att undanta endast primärvården från möjligheten att söka vård i ett annat landsting. Skäl för detta skulle vara den pågående inriktningen mot nära vård och relationsskapande. Som framkommit i analysen ovan försvåras detta av utomlänsvården i dess nuvarande form, som snarare bidrar till fragmentering och försvårar kontinuitet. I detta alternativ skulle patienten fortfarande kunna välja att lista sig i annat landsting om det finns anknytning dit via exempelvis bostad, arbete eller på annat sätt. Men patienter skulle få välja att lista sig hos utförare som finns inom ett visst avstånd från bostad, arbete eller annan anknytningspunkt. Detta på grund av att det ökar planeringsförutsättningarna utan att egentligen utgöra någon större begränsning, de flesta patienter listar sig nära sin bostad eller arbete redan i dag. Det skulle också skapa en försäkran om att det fortsatt kommer att finnas utförare närvarande även i små städer eller orter. Detta alternativ strider dock mot vårdvalets grundläggande bestämmelse om att patienten inte får begränsas geografiskt i valet av utförare. Utredningen bedömer att även en sådan inskränkning är onödigt långtgående. Vid arbetspendling eller liknande situationer samt vid geografisk närhet till vårdcentral i ett landsting är valfriheten ytterst motiverad och även i andra fall har ett utökat utbud positiva effekter för patientens ställning.

9 Digitala vårdtjänster inom den offentligt finansierade primärvården

I detta kapitel beskriver utredningen utvecklingen inom primärvårdens vårdvalssystem vad gäller digitala kontaktvägar. Här avgränsar vi beskrivningen till de aktiviteter som vi tolkar att direktiven avser med ”så kallade nätdoktorer” och liknande verksamhet. Vår tolkning är att det syftar på digitalt profilerade vårdgivare som ofta inte har avtal med landstingen utan verkar som underleverantörer till en vårdcentral i ett landsting men erbjuder sina tjänster nationellt. De ersätts framför allt via den av SKL rekommenderade ersättningen för digitala utomlänsbesök.

Det sker mycket vad gäller digitala verktyg inom vården och i vår analys har vi ett bredare perspektiv där fokus ligger på vilken roll dessa aktiviteter spelar i vårdsystemet. Vi beskriver också det arbete som pågår inom landstingen och mer etablerade privata aktörer.

9.1 Kort historik

Digitalisering i vården har pågått länge och inom många olika delar av vården. Att fenomenet med digitala konsultationer inom primärvården har fått ett sådant genomslag senaste åren beror på en lagändring och hur landstingen har implementerat lagen.

Den 1 januari trädde patientlagen (2014:821) i kraft. I ett tidigt skede kritiserades lagen för att ha marginell påverkan. En av de saker som var nya med lagen var att den gav patienter (rättslig) möjlighet att söka öppen vård utanför hemlandstinget. Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2) som skrev förslaget om patientlagen såg att förslaget skulle få marginell effekt, och att den främst skulle ha en

betydelse för patienter som reser till ett annat landsting för att söka vård, eller för patienter som bor nära en landstingsgräns.

År 2013 grundades bolaget Min Doktor i Skåne och erbjöd då framför allt recept online till patienter med urinvägsinfektion. Tjänsten var då privatfinansierad. Kry grundades 2014 och hade initialt ett samarbete med Region Jönköping där deras plattform användes för digitala konsultationer inom landstingets vårdval. Kort därefter valde regionen att övergå till Visiba Cares plattform. Under 2015 beslutade Region Jönköping om att ett digitalt vårdbesök skulle likställas med ett mottagningsbesök vad gäller hur det ersätts från regionen.

I december samma år slöt Kry ett avtal med Läkarhuset i Tranås, en privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping. Genom detta avtal kan Kry ta emot patienter digitalt och få det ersatt av Region Jönköping. Tjänsten riktas dock bredare än så och patienter i andra landsting började också använda tjänsten. Till en början fakturerade Region Jönköping andra landsting som att dessa digitala konsultationer är vanliga utomlänsbesök, vilket innebar cirka 2 000 kronor per besök. Anledningen till att ersättningen var så hög, var att man antog att utomlänsbesök som gjordes av en patient som tillfälligt vistades i annat landsting skulle innebära en merkostnad för vårdgivaren. Året därpå slöt Min Doktor ett liknande avtal med en annan privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping, Wetterhälsan i Jönköping.

I januari 2017 beslutade SKL om en rekommendation om att sänka ersättningen per besök till 1 200 kronor. I maj samma år kom en ny rekommendation om 650 kronor per besök. SKL och landstingen har också enats om en nationell patientavgift för digitala utomlänsbesök, om 100 kronor. Denna rekommendation kom efter att Region Sörmland hade beslutat att göra primärvården avgiftsfri för patienter, och det ungefär samtidigt startats en digital leverantör, Doktor.se, i Sörmland. I juni 2019 beslutade SKL återigen om en rekommendation om att sänka ersättningen till 500 kronor per besök. Detta har inte implementerats än.

Parallellt har fler aktörer dykt upp i privat regi och i stort sett alla landsting har upphandlat plattformar och försökt skynda på den digitala utvecklingen i primärvården. Det har också pågått en stundtals infekterad debatt om de så kallade nätläkarna.

Generellt karakteriseras digitalt profilerade vårdaktörer av ett arbetssätt som bygger på att resurser i form av arbetskraften ”poolas” och därmed kan de erbjuda mycket hög tillgänglighet när tjänsterna

riktar sig till hela landet. Fler av dem utvecklar också olika typer av digitala verktyg, såsom AI-triage, kunskapsstöd och vårduppföljning.

Som regel har nätläkarföretagen inte haft direkta avtal med huvudmän utan är avtalsparter till enskilda vårdvalsutförare i ett landsting. Några av dem lägger stora resurser på marknadsföring, något som tidigare inte har varit särskilt vanligt inom primärvården. Några av reklamkampanjerna har också mottagit kritik för att den har uppfattats som aggressiv och har ansetts uppmuntra till onödig konsumtion av vård.

9.2 Riksavtalet för utomlänsvård

Det av SKL:s styrelse beslutade Riksavtalet för utomlänsvård med kommentarer gäller i sin nuvarande lydelse fr.o.m. den 1 januari 2015. Riksavtalet innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Avtalet omfattar således

vård efter remiss från hemlandstinget, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer sådan vård, medicinsk service, hjälpmedel samt transporter och resor. Riksavtalet gäller då verksamhet i dessa avseenden, kapitel 2 t.o.m. 7, inte regleras med avtal inom sjukvårdsregionen eller avtal mellan landsting.

Vidare beskrivs det att Riksavtalet förutsätter att vården är *landstingsfinansierad* och *lämnas av*:

- landsting
- privata vårdgivare som har kontrakt med landstingen med stöd av antingen lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).
- vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
- När det gäller övrig utomlänsvård som patientens hemlandsting ersätter i och med att patienten själv väljer vården, anføres följande:

Patienten ska få möjlighet att välja öppen vård i andra landsting. En utomlänspatient omfattas inte av vårdlandstingets vårdgaranti. Detta gäller både för den lagreglerade nationella vårdgarantin och den eventuella vårdgaranti därutöver som ett vårdlandsting på frivillig grund tillämpar. Patienterna ska få möjlighet att "lista" sig inom primärvården i

andra landsting. En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att i andra landsting få en ny medicinsk bedömning. En patient ska få möjlighet att välja läkarvård eller sjukvårdande behandling i hemsjukvård. Hemsjukvård som tillhandahålls av kommunerna regleras inte i riksavtalet. Söker en patient öppen vård ersätter hemlandstinget vårdlandstinget enbart om hemlandstingets eventuella remisskrav från allmänläkare till specialistläkare och fysioterapeut/sjukgymnast har iakttagits. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för vårdlandstingets egna invånare. Detta innebär att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ska ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har ...

Den 12 maj 2017 beslutades av SKL:s förbundsstyrelse en Rekommendation till landsting och regioner om gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården

att rekommendera landstingen att tillämpa gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården enligt vad som framgår av bifogad rekommendation, samt att i skrivelse till landsting och regioner rekommendera dem att omgående godkänna och tillämpa denna rekommendation.

Riksavtalet för utomlänsvård och utvecklingen av digitala vårdtjänster

Den arbetsgrupp som hade i uppdrag att ta fram underlaget inför ovan rekommendation fick även fortsatt uppdrag av Ekonomidirektörsnätverket att

se över behovet av förändringar och anpassningar av Riksavtalet för utomlänsvård (RIA), eller dess tillämpningar, som följer av den ökande förekomsten av digitala vårdtjänster” med syftet att ”skapa förutsättningar för att avtalet ska stödja och bidra till – inte motverka – en fortsatt och bred utveckling av den digitala vården.

Arbetsgruppens förslag till ekonomidirektörerna var att:

- Initiera ett arbete för landstingsgemensamma och tydligare krav på vårdgivare och deras underleverantörer, för att RIA ska kunna fungera på avsett vis.
- Inför krav på en tydligare information till patienten vid varje digital vårdkontakt som tydligt anger vilken vårdcentral som är kontraktsansvarig och om det är utomlänsvård.

- Ge ett tilläggsuppdrag till nuvarande projekt (Inera) för att ytterligare förenkla utomlänsfaktureringarna.
- Besluta att alla landsting ska göra lika genom att utomlänspriser ska redovisas brutto, och betald patientavgift dras av i samband med fakturering. Även hanteringen av momskompensationen bör göras på samma sätt av alla.
- Rekommendera Hälso- och sjukvårdsdirektörerna att verka för att organisationen för Kunskapsstyrning utformar medicinska riktlinjer för vilka sjukdomstillstånd som lämpar sig för behandling på distans.
- Initiera ett arbete med att förtydliga kriterierna förutomlänsersättning i SKL:s rekommendation om digitala vårdkontakter och betalningsskyldighet för hemlandstinget.
- Enas om att verka för att alla landsting (och inte bara ett som i dag) tillämpar de regler som finns i RIA om att ge samma besöksersättningar till vårdgivare inom LOV för olistade såväl utomläns- som inomlänspatienter.
- Enas om att RIA:s regler om vidarefakturering av kostnader för vård enligt LOV bör förtydligas eftersom följsamheten varierar i dag, och att alla landsting tillämpar reglerna.
- Överväga ett förslag om att införa en för alla landsting gemensam patientavgift för digitala vårdkontakter.
- Besluta om en konsekvensanalys av de föregående tre punkternas effekt bl.a. för vårdutbudet.
- Initiera en bredare översyn av RIA:s regler, med inriktning mot ett nationellt listningssystem och ev. gemensamma ersättningsystem och mer enhetliga patientavgifter.
- Initiera en fortsatt översyn av området medicinsk service vid digital vård, med inriktning mot en gemensam rekommendation.

9.3 Leverantörer och utförare

Nedan ges en överblick över olika aktörer och initiativ som pågår vad gäller digitalisering inom primärvården. För mer uttömmande kartläggning hänvisas till Socialstyrelsens rapport Digitala vårdtjänster riktade till patienten (2018).

9.3.1 Privata utförare

Här följer en kort beskrivning av de största digitala vårdgivarna och de största privata utförarna som också arbetar digitalt i primärvården. Med digital vårdgivare syftar vi på vårdgivare som är digitalt profilerad och via ett bolag erbjuder digital konsultation.

Texterna nedan är inte uttömmande. Syftet är att ge en övergripande bild av de största aktörerna, hur de kommer in i det offentliga systemet, vilka olika typer av verksamheter de bedriver samt hur de skiljer sig åt. Informationen nedan kommer från aktörernas hemsidor och från möten samt mejlkontakt som utredningen har haft med dem.

Kry

Kry grundades år 2014 och erbjuder huvudsakligen videokonsultation med läkare, psykolog och sjuksköterska. Via hemsida och app erbjuds vägledning för vilken typ av besvär som lämpar sig för videokonsultation. Patienten väljer i appen om de söker vård för sig själv eller sitt barn och får därefter fylla i ett symptomformulär. Beroende på vad patienten anger som sökorsak till vårdbesöket bokas patienten in till antingen en läkare, psykolog eller en sjuksköterska, alternativt hänvisas vidare till annan lämplig vårdnivå om besvären inte lämpar sig för ett digitalt besök. Patienter loggar in i appen via bank-id och blir uppringda i denna när det är deras tur. Kry uppger att väntetid vanligtvis är några minuter och de har öppet dygnet runt. Kry har under 2019 lanserat sjuksköterskebesök samt AI-triage.

Kry har utvecklat sitt eget kunskapsstöd för personalen och använder även sitt eget journalsystem. De uppgifter som registreras i journalsystemet fördes tidigare över till Region Jönköpings journalsystem via Tranås läkarhus, där Kry var en underleverantör. Uppgifterna förs också in i Nationell patientöversikt (NPÖ). Under 2019

har Kry förvärvat vårdcentralen Nyckeln i Nyköping. Kry's digitala vård sker därmed nu utifrån Region Sörmland.

Kry samverkar med vårdcentraler och labb för provtagning och annat. De samarbetar också med bl.a. Lloyds apotek, Dynamic Code och Unilabs. Kry öppnade i december 2018 en vårdcentral i Lund efter att de hade godkänts som utförare inom Region Skånes vårdvals-system. Även som vårdvalsutförare är deras ide att främst arbeta digitalt.

Kry driver verksamhet i Norge, England och Frankrike under namnet Livi.

Min Doktor

Bolaget grundades år 2013 och fokuserade till en början på att hantera urinvägsinfektioner digitalt. Min Doktor erbjuder i dag konsultation med läkare, barnmorskor, psykologer, fysioterapeuter samt sjuksköterskor främst via asynkron chat, och vid behov kan även video eller telefon nyttjas. Kontakten inleds alltid med att patienten skriftligen besvarar besvärsspecifika frågor. Anamnesupptaget fungerar även som autotriage för att sortera patienter till rätt vårdnivå: egenvård, fysisk vård eller fortsatt digital vård. När handläggning av ärendet påbörjas av en läkare chattar hen asynkront med patienten och kan på så vis hålla ett ärende öppet i dagar för att följa utvecklingen av ett besvär. Min Doktor har utvecklat egna inbyggda beslutsstöd för läkarna i den digitala tjänsten.

Min Doktor uppger att de sedan starten samarbetat med cirka 600 provtagningsenheter, både privata och offentliga, som patienten kan gå till i det fall de får en remiss. Prosvaret skickas från provtagningsenheten till Min Doktor som därefter kontaktar patienten för fortsatt handläggning. Min Doktor ersätter provtagningsenheten ekonomiskt.

Min Doktor hade fram till och med juli 2019 avtal med en vårdvalsleverantör i Jönköping som heter Wetterhälsan. Wetterhälsan förde in patienternas uppgifter i Region Jönköpings journalsystem och därifrån skickades patientdata upp till NPÖ. I juli 2019 köpte Min Doktor en vårdcentral i Nyköping varigenom de digitala ärendena numera registreras, och de ingår alltså i Vårdval Sörmland.

Min Doktor driver också kliniker kallade Min Doktor Kliniken, ofta i anslutning till dess huvudägare Apoteket Hjärtat. Klinikerna är bemannade av sjuksköterskor och fungerar som drop in-motagningar. Patient som får hjälp av en sjuksköterska på plats finansierar besöket privat. I de fall en patient som besöker en klinik får hjälp av läkare digitalt går finansieringen via Sörmland. Vaccinationsverksamheten på de kliniker som är belägna i Region Stockholm finansieras av landstinget i det fall det rör vaccin mot influensa och lunginflammation till personer över 65 år och andra riskgrupper.

Min Doktor finns bara i Sverige. Hösten 2018 knöppades plattformsutvecklingen av, till det helt fristående företaget Docly som verkar på andra europeiska marknader.

Doktor.se

Doktor.se grundades 2016 och erbjuder konsultation med sjuksköterskor, läkare eller psykologer via chatt, video eller telefon. Första kontakten är alltid med en sjuksköterska eller specialistsjuksköterska för att utröna vårdbehovet. Kontakten sker via chatt, telefon eller video, beroende på patientens önskemål eller utifrån medicinskt behov. Beroende på behov guidas patienten därefter vidare till digital konsultation eller får hjälp att boka in ett fysiskt besök på en vårdcentral. Sjuksköterskorna som arbetar på Doktor.se använder samma beslutsstöd som 1177 Vårdguiden. Läkarna använder olika stöd. Patientdata registreras i Webdock.

Bolaget Doktorse Nordic AB driver också egna vårdcentraler i Uppsala och Sörmland. Den digitala vården sker genom Region Sörmland. Doktor.se har ett samarbete med Apoteket Kronan och samarbetar med tio vårdcentraler för att kunna boka in besök.

Doktor24

Doktor24 grundades 2016 som en del i vårdkoncernen Aleris innovationsbolag Aleris X AB. Deras vårdapp lanserades i november 2017 med underleverantörsavtal med bl.a. Vetlanda vårdcentral i Region Jönköping. I maj 2019 slöt de avtal med en vårdcentral i Sörmland. I appen kan patienter uppge symtom och baserat på detta guidas till enbart egenvårdsråd, ett digitalt möte med vårdpersonal, eller få hjälp att boka ett kortare eller längre fysiskt möte efter behov, på en vårdcentral. I det digitala mötet kan patienten träffa läkare, sjuksköterska eller psykolog.

Guidningen utförs av en AI-bot, som bygger på etablerade triageringsriktlinjer, och ibland även en sjuksköterska med stöd av AI-boten. Patienten får svara på frågor via en chatt och därefter avgörs om patienten ska träffa läkare online, på mottagning eller om det räcker att den får egenvårdsråd. Online kan patienten ställa sig i kö eller boka en tid längre fram i tiden. I maj 2018 uppgav Doktor24 att de samarbetade med cirka 50 vårdcentraler i olika delar av landet, både privat och offentligt drivna, som de kunde boka in patienter till.

Patientkonsultationerna journalförs och registreras i Takecare, vilket tillgängliggörs för annan vårdpersonal via NPÖ. Läkarna använder vedertagna kunskapsstöd såsom Medibas, VISS, Janus och praktisk medicin och internetmedicin som integrerats i plattformen. Doktor24 har ett samarbete med Apoteket AB och Apoteksgruppen där apotekskunder kan få vård via Doktor24 beroende på behov. Patienter kan även få viss provtagning utförd liksom vissa fysiska undersökningar utförda på Apoteket AB. Doktor24 samarbetar också med Aleris, TioHundra, Legevisitten i Region Stockholm och Unicare.

Capio Go

Capio Go lanserades 2017 och är ett bolag inom Capio-koncernen. De har tagit fram en plattform tillsammans med Doctrin, som används för att ta emot patienter online. Kontakten inleds med att patienten svarar på ett antal frågor via chatt, ofta asynkront. Beroende på hur behovet bedöms blir patienten därefter kontaktad via video, chatt eller telefon.

Capio Go är avtalspart till Bräcke Diakonis Vårdcentral Nyhälsan i Region Jönköping. Oavsett om patienten är listad hos en vård-

central inom Capio-koncernen eller hos annan utförare blir de digitala besöken via Capio Go administrerade som ett utomlänsbesök i Region Jönköping. I september 2018 uppgav de att den stora majoriteten av de som använde Capio Go var listade hos en Capio-vårdcentral. Ett besök via Capio Go journalförs i WebDoc och informationen kan sedan läsas in via NPÖ. Besöket registreras också i Cosmic i Region Jönköping. I Norge finns en liknande tjänst kallad Volvat Chat.

Praktikertjänst24

Praktikertjänst har upphandlat Doctrins plattform för att ge listade patienter möjlighet att ha kontakt med vårdcentralen digitalt. Tjänsten är integrerad med specifika vårdcentraler och vården sker inom varje landsting. Praktikertjänst24 är alltså inget separat bolag, utan en digital kanal.

9.3.2 Plattformleverantörer

Några av de aktörer som beskrivs ovan säljer också plattformar till utförare som vill möta patienter digitalt. Dessutom finns ett antal aktörer som tar fram plattformar utan att själva vara eller vara knutna till en specifik vårdgivare.

Medicinteknikprodukten Plattform 24 används av både offentliga och privata vårdcentraler och specialistkliniker i fler landsting och är i färd med en pilot tillsammans med 1177 med deras AI-triagebot (doktor24.se). Vårdcentraler kan ge den digitala ingången valfritt namn som de väljer själva, så kallad white label. Plattformen har samma ägare som Doktor24 och det är alltså den plattformen som Doktor24 också använder för sin verksamhet.

Visiba Care (visibacare.com) startade 2014 med en plattform som gör det möjligt för patienter att enkelt och säkert kommunicera med vårdpersonal via nätet. Plattformen kan användas för att organisera mötesbokningar och för att ha videomöten bl.a. Man kan också chatta asynkront. De uppger att de i dag har fler än hälften av Sveriges landsting som kunder, samt ett antal privata vårdgivare. Även Visiba Care levererar en white label-plattform. Bolaget har även kunder i andra länder, däribland Storbritannien och Finland.

Doctrin grundades 2016 och levererar en white label-plattform som de kallar Flow (doctrin.se). Plattformen används av bl.a. Capio och Praktikertjänst, samt av landsting. Med plattformen kan delar av kontakterna mellan patient och vårdgivare automatiseras. Fokus ligger på att automatisera anamnesen asynkront, dvs. patient och vårdgivare behöver inte ha en direktkontakt för att patientens sjukdomshistoria ska förmedlas till vårdgivaren. Anamnesen är algoritm-baserad och frågeformuläret har vidareutvecklats från det amerikanska formuläret PrimeTime.

Faktaruta 9.1: Capio Ringen Online

Capio Ringen är en vårdcentral inom Capiokoncernen och belägen i centrala Stockholm. Vårdcentralen har cirka 28 000 listade patienter och 100 medarbetare. De uppger att de har många äldre patienter och många med olika typer av psykisk ohälsa. Vårdcentralen har brottats med utmaningar vad gäller tillgänglighet och arbetsmiljö. Drop in-mottagningen blev ofta full direkt efter att den öppnades. De provade att triagera med sjuksköterskor men då blev arbetsbelastningen på sjuksköterskorna hög.

Under 2018 utvecklade Capio Ringen tillsammans med Doctrin och som en pilot inom Region Stockholm en plattform och ett arbetssätt för att effektivisera vården med hjälp av digitala verktyg. Onlineverksamheten inleddes i december 2018 och kort därefter stängde de sin vanliga drop in-mottagning. På hemsidan finns information om att patienter som har bank-id och kan läsa och skriva på svenska inleder kontakt via chattfunktion. Chatten är bemannad vardagar 8–15 men kan påbörjas av patienten dygnet runt (s.k. asynkront). Även patienter som ringer till vårdcentralen får ett sms med länk för att påbörja kontakt via chatt. Via chatten kan patienten få tidförslag, i det fall att det bedöms att de behöver komma in på ett fysiskt besök.

Genom verktyget uppger de att de styr på kontinuitet på så sätt att patienter i första hand får hjälp av samma läkare, sjuksköterska eller psykolog. Majoriteten av patienterna får hjälp av sjuksköterskor. Capio Ringen uppger att verktygen och arbetssätten underlättar teamarbetet och att de kan genomföra digitala rondningar.

De uppger att arbetsmiljön har blivit bättre och att patienter som kommer till drop in-mottagning väntar kortare tid. En annan aspekt som uppges vara positiv är att det skapar bättre förutsättningar för behovsprioritering jämfört med telefon eller drop

in-mottagning där ofta den som först kommer fram får hjälp först. Färre samtal kommer nu in och telefontillgängligheten är därför bättre. Förut kom cirka 150 patienter till drop in-mottagningen och nu mellan 15 och 25. Cirka en procent har hänvisats till akutmottagning. Patienter uppger att de är nöjda.

När utredningen fick denna information hade Capiro ännu inte gjort några analyser av hur arbetssätten fungerade för olika typer av patienter.

Källa: flertal möten med Capiro samt presentation on Capiro Ringen under 2019.

9.3.3 Landstingen och egenregiverksamhet

Den snabba utvecklingen av digitala kontakter i primärvården har varit bidragande i att i stort sett alla landsting nu har någon form av tjänst för digitala kontakter. Vissa initiativ är mer etablerade och har funnits i några år. Här beskrivs några exempel.

Region Västerbotten

Region Västerbotten testade och utvärderade ett koncept med distriktsläkarmottagning år 2014. Bakgrunden till initiativet var att man hade svårt att rekrytera allmänläkare i hela landstinget men särskilt påtagligt i glesbygdsområdena (Västerbottens läns landsting 2016). Konceptet bygger på att en allmänläkare på en hälsocentral med större tillgång till läkare, vanligtvis i tätort, har distansmottagning med lämpliga patienter på en sjukstuga i inlandet. Tillsammans med patienten på sjukstugan finns en undersköterska eller sjuksköterska som bistår distansläkaren under mottagningsbesöket och utför nödvändiga undersökningar och tar prover. Konceptet utvärderades i Vilhelmina där ett mottagningsrum hade utrustats för ändamålet. Rummet innehåller utöver standardutrustning ett videokonferenssystem samt en medicinsk kamera som i realtid kan visa detaljbilder från exempelvis hud och svalg. Utvärderingen visade att det finns många besöksorsaker som lämpar sig för arbetssättet och de patienter som deltog i piloten var överlag positiva. Bland annat framhölls fördelen med möjligheten att patienterna får träffa samma läkare vid återkommande besök, även om besöken sker på distans.

På sjukstugor med stort beroende av inhyrda läkare får patienterna ofta annars träffa läkare de inte har träffat tidigare.

Det mest kända exemplet i dag är troligtvis det så kallade virtuella hälsorummet i Slussfors dit patienter kan gå och göra vissa prover själva, givna tider få hjälp av en sjuksköterska och koppla upp sig för videokonsultation med annan personal på vårdcentralen i Storuman, dit hälsorummet och de listade patienterna hör (studiebesök Slussfors 2018).

Region Östergötland

I januari 2018 lanserade Region Östergötland en app kallad "Digitala vårdcentralen Region Östergötland" där de erbjuder videosamtal med läkare och fysioterapeut (möte med företrädare för regionen 2018). Appen är länsgemensam och används av den egna regionen samt av vissa privata vårdgivare i landstinget. I nuläget erbjuds förstagångsbesök och inte uppföljande besök. Patienter kan få hjälp med rådgivning, bedömning och akut receptförnyelse samt fysioterapeutisk hjälp vid nytillkommen smärta i rygg, nacke, axel, armbåge, knä eller fot. Patienter kan också se lediga tider i appen och själv boka in besök.

Regionen planerar att integrera verksamheten med de egna vårdcentralerna framöver, men i nuläget drivs den digitala vården separat, bemannad av regionens läkare.

Region Östergötland använder Visiba Care som plattformslivrantör och har även pilottestat Doctrins plattform för anamnesupptagning.

Region Stockholm

Under 2018 lanserade Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) appen "Alltid öppet" där patienter själva kan boka tider för digitalt besök eller mottagningsbesök (möte med företrädare för SLSO 2018). Privata vårdcentraler har också bjudits in att delta. Patienter kan också möta barnmorskemottagning online och få rådgivning eller förnya preventivmedelsrecept till exempel. Även ungdomsmottagningen tar emot patienter online. Appen kan också användas för att genomföra vissa besök hos den vårdcentral patienten vanligtvis går till.

Patienter som är listade vid någon av TioHundras (Norrtälje) vårdcentraler erbjuds i ett projekt möjlighet att göra digitala vårdbesök (tiohundra.se). Kontakten inleds med att patienten får svara på automatiserade frågor via en chattbot, så kallad AI. Beroende på vad svaren visar blir patienten därefter rekommenderad en lämplig vårdform, som till exempel egenvård, digitalt läkarbesök eller ett fysiskt besök på vårdcentralen. Plattformen kommer ifrån Plattform24, samma som Doktor24.

Västra Götalandsregionen

Under 2018 beslutade Västra Götalandsregionen att upphandla Visiba Cares plattform för att erbjuda digitala vårdärenden. Redan dessförinnan användes tjänsten för ungdomsmottagning online och för besök i primärvården via Närhälsan online. Vårdgivare kan träffa patienter i bokade videobesök eller ta hand om dem som står i kö i en digital drop-in-mottagning. Det går att samla relevant information om patienten med hjälp av dynamiska formulär och vårdgivare kan även kommunicera skriftligt med patienter, antingen via chatt eller meddelanden.

I april 2019 uppgav regionen själva att Närhälsan online tar hand om ungefär en tredjedel av de digitala besök som görs av invånare i regionen (vgrfokus.se).

Privata vårdgivare i regionen kan ta del av landstinget upphandling antingen genom att ansluta sig till appen eller genom att utforma sin egen app efter färdigförhandlade avtal.

Region Jönköping

Region Jönköping var först ut bland landstingen med att starta en så kallad digital vårdcentral inom regionen. Som tidigare nämnts användes först Kryss plattform men i slutet av december 2015 övergick de till Visiba Care som plattformslieferantör. Den digitala vårdcentralen, Bra liv nära, drivs nu gemensamt av regionens 33 vårdcentraler och bemannas alltså av läkare som också arbetar vid någon av regionens vårdcentraler (rjl.se). De hanterar cirka 200 besök i månaden. Tjänsten riktar sig enbart till invånare i Jönköping.

Region Västmanland

Region Västmanland har lanserat tjänsten Digitalt vårdmöte där vårdpersonal och patienter kan mötas i ett videosamtal. Patienten laddar ner en app som heter Min hälsa (regionvastmanland.se). Vårdpersonalen använder Cosmic där Skype blir en integrerad programvara. Tjänsten är i en pilotfas och om den ska permanentas kommer den också rikta sig till privata vårdgivare i regionen. Man har valt samma tekniska lösning som Region Uppsala, efter att ha följt deras pilot.

Digitalt vårdmöte är en del av en större digitaliseringsstrategi som pågår i landstinget. Denna innebär bl.a. att alla vårdcentraler ska erbjuda digitala vårdmöten i realtid, att regionen ska använda digitala kallelser om inte patienten frågar efter annat, införa internet-KBT, tidbokning via 1177:s e-tjänster, testa en mobil journal med vissa viktiga uppgifter för exempelvis rondning, samt identifiera tidskrävande administrativa uppgifter som kan automatiseras.

Region Dalarna

Region Dalarna lanserade i början av 2017 en digital vårdcentral i form av en app som heter Min vård, där patienter kan träffa läkare och ungdomsmottagning via video (1177.se/dalarna). Patienter loggar in med bank-id och kan boka en tid. När mötet närmar sig kan de gå in i ett virtuellt väntrum och därefter påbörjas mötet när vårdpersonalen startar det. Plattformen kommer från Visiba Care.

Under 2019 valde regionen att sänka patientavgiften för digitala besök från 200 till 100 kronor. Detta för att försöka främja att patienter väljer regionens (inomläns-)tjänst framför en annan leverantör.

Region Skåne

Inom Region Skåne pågår flera olika pilotprojekt inom digitalisering av primärvården (skane.se). I juni 2019 lanserades en tjänst där patienter som kontaktar regionens vårdcentraler via telefon erbjuds hjälp digitalt om de söker för lättare besvär. Exempel på besvär som kan hanteras digitalt är allergi, vissa typer av hudbesvär, infektioner, magbesvär och recept. Patienten får rådgivning och behandling av sjuksköterska och vid behov från specialist i allmänmedicin. Om patienten efter

bedömning behöver ett kompletterande fysiskt besök, kontaktas aktuell vårdcentral för att boka tid. Patienten kan börja sitt besök när som helst på dygnet och får sedan svar under öppettiderna. Tjänsten ska utökas till att vara tillgänglig via 1177 och via varje vårdcentral. I dagsläget är detta inte en app utan går genom en webbsida och det digitala process- och vägledningsstödet Vårdepressen.

Under 2018 testades också en pilot via 1177 där sjuksköterskorna, i de fall det bedömdes lämpligt, erbjöd patienter ett digitalt besök. Om patienten ville göra ett sådant digitalt besök, fick den en länk att följa på datorn eller mobiltelefonen. Där fick patienten svara på ytterligare några frågor inför läkarbesöket. Kontakten med läkaren skedde sedan via meddelanden, ungefär som mejl. Det gjorde också att meddelandena skickades när patient respektive läkare hade tid. Patienten kunde också skicka bilder till läkaren. Sex läkare deltog i projektet. De hanterade de digitala kontakterna mellan klockan 18 och 21, efter deras ordinarie arbete på olika vårdcentraler. Förutom samtal till 1177 har även två vårdcentraler getts möjligheten att låta sina patienter välja ett digitalt möte, efter att en sjuksköterska triagerat dem.

9.4 Konsumtion av digitala vårdtjänster

9.4.1 Digitala besök i Region Jönköping

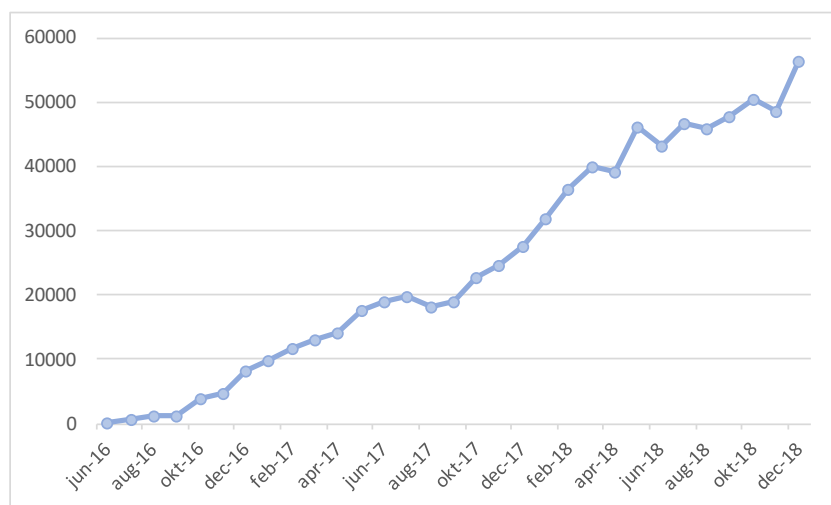
Utredningen beskrev konsumtion fördelat på ålder, kön och till viss del också geografi i delbetänkandet (SOU 2018:55). Konsumtionen ser liknande ut i dag. Nedan illustreras konsumtionen under 2018 bl.a. fördelat på ålder och kön, hos de företag som är etablerade i Region Jönköping. Tyngdpunkten ligger som väntat fortsatt hos den yngre delen av befolkningen.

Den stora majoriteten av besöken hos bolagen i Jönköping görs hos läkare. Barnmorskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer förekommer men i mindre utsträckning. Data över digitala utomlänsbesök i Region Sörmland har i jämförelse högre volymer för övriga kontakter (framför allt sjuksköterskekontakter) och även högre volymer för övriga än för läkare och psykologer bland besöken i Region Sörmland.

Besöken fortsätter att öka

Digitala utomlänsbesök fortsatte öka under 2018. I figuren nedan illustreras besök per månad som Jönköping har fakturerat andra landsting för.

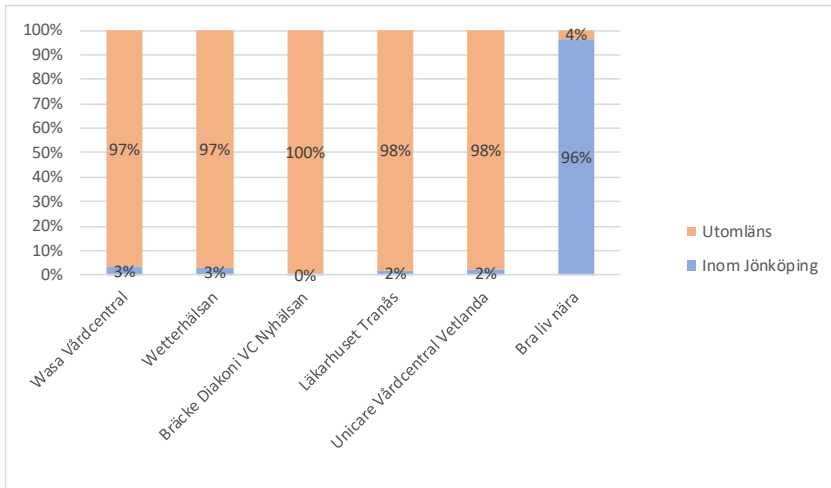
Figur 9.1 Digitala utomlänsbesök i Region Jönköping per månad



Källa: Region Jönköping 2019.

I figur 9.2 illustreras andelen utomläns respektive inomlänsbesök vid de olika vårdcentralerna som har olika så kallade nätläkarbolag som underleverantörer. Som väntat görs majoriteten av besöken av utomlänspatienter. I figuren illustreras också Region Jönköpings egenregis digitala besök och där är fördelningen den omvända.

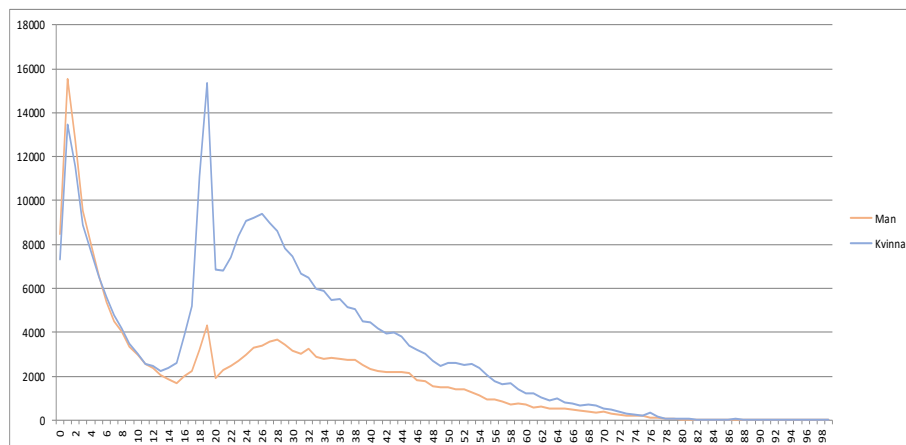
Figur 9.2 Andel digitala besök i Region Jönköping som görs av inomläns- respektive utomlänspatienter, fördelat per vårdcentral



Källa: Region Jönköping 2019. Andelarna avser för samtliga digitala besök i Region Jönköping 2017-09-01–2018-12-31. Wasa vårdcentral hade vid tidpunkten avtal med Medicoo, Wetherhälsan med Min Doktor, Bräcke Diakoni med Capio Go, Läkarhuset Tranås med Kry samt Joint Academy och Unicare Vetlanda med Dokotr 24 och Prata mera.

I utredningens delbetänkande (SOU 2018:55) konstaterades att det år 2017 överlag var människor i tätbebyggda områden och storstadsområden som använder sig av dessa tjänster, kvinnor använder dem i större utsträckning än män och åldersmässigt är det främst småbarn och vuxna mellan cirka 18 och 40 år. Utredningen har studerat uppdaterade siffror från samma källa, Region Jönköping, för år 2018 och kan konstatera att bilden är liknande (se figur 9.3).

Figur 9.3 Digitala besök i Region Jönköping 2018 uppdelat på ålder och kön



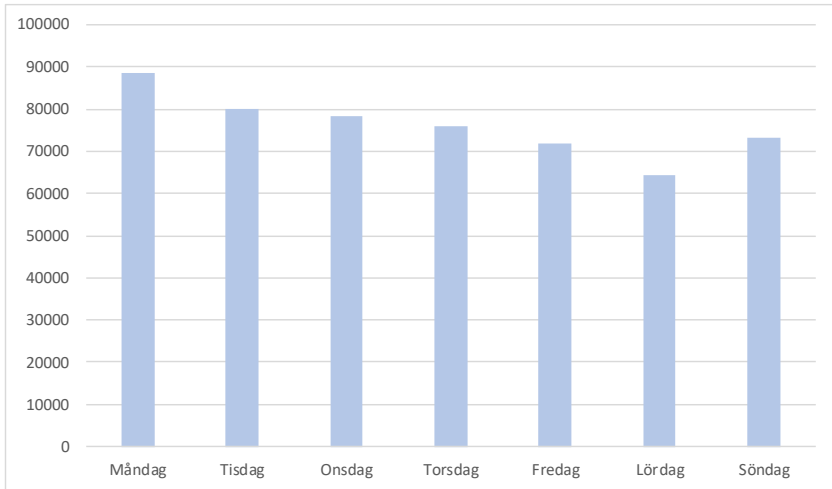
Källa: Region Jönköping 2019.

En annan studie (Ekman m.fl. 2019) har jämfört tidigare års data med andra typer av besök i Region Kronobergs. Besök från småbarnsföräldrar visar liknande mönster som den digitala vården. Patienter som besöker vårdcentraler dagtid är äldre än patienter som använder digital vård och besök vid vårdcentral är också den dominerande typen av besök för personer som är över 50 år gamla. Bland äldre är besök utanför vanliga öppettider och telefonkonsultation vanligt, medan digitala besök är ovanliga.

Vad gäller digitala besök per kommun eller län och per 1 000 invånare dominerar Stockholmskommuner på plats 1–15. Bland de 50 kommuner med högst antal besök per 1 000 invånare står Stockholmskommuner för hälften. Skåne har tio kommuner i topp, Västra Götaland åtta Uppsala tre, Värmland två, och Södermanland och Halland en vardera.

Flest besök sker på måndagar och färst på lördagar. I övrigt är det i fallande ordning tisdag till fredag. Söndagar sticker ut genom att fler besök görs då än fredagar.

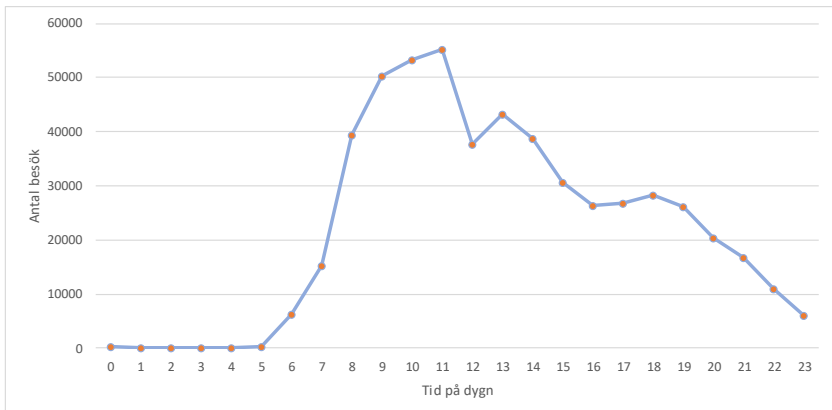
Figur 9.4 Antal digitala utomlänsbesök i Region Jönköping 2018 fördelade per veckodag



Källa: Region Jönköping 2019.

Vad gäller tid på dygnet för besöken sker en stor andel under vad som kan betraktas som vanliga kontorstider. En betydande andel sker också kvällstid. Utredningen har inte studerat om eller hur detta skiljer sig mellan olika bolag.

Figur 9.5 Antal digitala utomlänsbesök i Region Jönköping per timme på dygnet 2018



Källa: Region Jönköping 2019.

Vanligaste diagnoserna för besöken visas i ordningen i tabellen nedan. I kolumnen annan vårdprofession än läkare är nästan alla de tio vanligaste antingen relaterade till antingen psykisk ohälsa eller preventivmedel. De tio vanligaste diagnoserna handlar främst om infektioner. En slutsats är att diagnospektrumet är detsamma som det som brukar ses inom akut primärvård, med skillnaden att inom traditionell akut "fysisk" primärvård ses en relativt stor andel diagnoser inom rörelseapparatusens sjukdomar.

Tabell 9.1 Vanligaste diagnoserna vid digitala utomlänsbesök i Region Jönköping 2018

	Läkarbesök	Annan vårdprofession
1	Akut övre luftvägsinfektion, ospecificerad	Övervakning av förskrivna preventivläkemedel
2	Icke specificerade hudutslag	Artros, ospecificerad
3	Hosta	Ångesttillstånd, ospecificerat
4	Akut cystit	Allmän preventivmedelsrådgivning och preventivmedelsförskrivning
5	Springmaskinfektion	Lindrig depressiv episod
6	Impetigo	Blandade ångest- och depressionstillstånd
7	Förnyelse av recept	Insättning av preventivmedel
8	Akut tonsillit, ospecificerad	Problem i relationer med maka, make eller partner
9	Akut konjunktivit, ospecificerad	Reaktion på svår stress, ospecificerad
10	Akut konjunktivit, ospecificerad	Paniksyndrom

Källa: Region Jönköping 2019.

9.4.2 Konsumtionsstudier

Inget vetenskapligt stöd för dubbelkonsumtion

Ännu finns få svenska studier som belyser användningen av digitala vårdtjänster i jämförelse med traditionell vård. I en studie baserad på registerdata från Jönköpings län och kvalitativa intervjuer med ett nationellt urval studerades användarnas vårdkonsumtionsmönster före och efter det digitala vårdmötet med läkare (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019). I analysen av 10 400 digitala vårdmöten med läkare under tidsperioden september 2017 till december 2018 framkommer att en överväldigande majoritet av dessa digitala läkarkontakter inte har föregåtts av telefonkontakt med 1177 (endast 1,5 procent) och inte

i någon nämnvärd omfattning efteråt resulterat i fysiskt vårdmöte i primärvård (3,6 procent) eller besök på jour- eller akutmottagning (1 procent). Forskningsprojektet är genomfört av Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Hälsohögskolan, Jönköping University på uppdrag av SKL. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys planerar att publicera en mer omfattande konsumtionsstudie under 2020.

Patientupplevelser av digitala vårdtjänster

Kvalitativa intervjuer med ett nationellt urval av patienter ingående i den ovan nämnda studien visar att erfarenheterna av sådana tjänster är positiva.¹ Centralt är friheten att själv få välja tid på dygnet och på vilken plats patienten ska befinna sig vid ”mötet” samt att de digitala tjänsterna uppfattas vara mycket lättillgängliga. Patienterna upplever att de digitala vårdmöten de haft med läkare gett dem stöd för att ta ansvar för den egna hälsan. Den traditionella primärvårdens arbets sätt för kontakt och tidsbokning upplevs som otidsenliga, otillgängliga och frustrerande. Som exempel nämns telefonsystemet där en sjuksköterska ringer tillbaka för bedömning vid en senare tidpunkt eller att patienten själv måste boka tidigt på morgonen för att få en akut tid och då kanske inte kan gå ifrån arbetet. Användarna lyfter fram resursineffektiviteten i att behöva ta ledigt från arbetet, resa och att vänta på vårdcentralen som ett motiv till valet av digital vård.

Resultat från intervjuerna visar att kännedomen om 1177 är god och i andra situationer har intervjupersonerna fått bra stöd av denna tjänst men i de fall som varit aktuella för digital kontakt upplevdes det dels som tryggare att få en bedömning av läkare och/eller att den orsak som var aktuell till digital vårdkontakt inte skulle ha åtgärdats genom kontakt med sjuksköterska på 1177. Önskemål uttrycktes om att 1177 och den ordinarie primärvården ska använda videomöten och generellt moderniseras exempelvis genom att utveckla it-stabila driftssäkra lösningar för digitala kontakter. Intervjupersonerna framförde även behov av att den fysiska primärvården förbättrar sin tillgänglighet. I något fall sågs de digitala tjänsterna som opersonliga men de som sökt för enkla behov (t.ex. receptförnyelse) eller banala

¹ Intervjustudien omfattade 26 personer i åldern 18–73 år, varav en del även sökt vård digitalt för sina minderåriga barn.

åkommor (t.ex. hudåkommor eller enklare infektioner) såg inte kontinuitet av läkare som nödvändig, särskilt som problemet genast blivit bedömt och åtgärdat vid en enda digital läkarkontakt.

Av de 10 400 personer som ingick i det kvantitativa materialet hade 76 personer endast haft ett digitalt vårdmöte under den studerade tidsperioden. Under intervjuerna framkom att personer med mer komplicerade sjukdomstillstånd vänt sig till digitala läkare för bedömning och som en bro till den fysiska vården. Intervjupersonerna upplevde de digitala läkarmötena som professionella och ett stöd för att inte negligera ohälsa, de har underlättat för användaren av tjänsten att ta i tu med sitt (eller sitt barns) hälsoproblem i tid (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019).

Högre konsumtion i kommuner med högre socioekonomi

En svensk studie (Ekman m.fl. 2019) som studerar fördelningen av konsumtionen av digital vård vid två av de bolag som vid tiden för studien var registrerade i Region Jönköping konstaterar att i kommuner där en lägre andel har lägre inkomst konsumeras mer av dessa tjänster och tvärtom. Det är alltså en indikation om att tjänsterna troligtvis används mer av personer med högre socioekonomi.

9.5 Internationella erfarenheter

Digitalisering av primärvårdstjänster pågår över hela världen. Här beskrivs utvecklingen i England och Norge – två länder som på olika sätt är jämförbara med Sverige.

9.5.1 Norge

Informationen i detta avsnitt har inhämtats vid utredningens studiebesök i Norge under 2019.

Patientval och ersättningssystem inom primärvården

Primärvården i Norge är ett kommunalt ansvar och utgår från den s.k. ”fastlegeordningen” som infördes 2001. Den styrs genom reglering på olika nivåer (Lov om helse- og omsorgstjenester i kommune, Forskrift om fastlegeordning i kommunerne samt Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen), centrala avtal och individuella avtal. Finansieringen av systemet regleras i en egen förordning och revideras årligen på grundval av förhandlingar mellan läkarföreningen och staten samt den norska kommunorganisationen.

Av förordningen framgår bl.a. att listansvaret för läkare under fastlegeordningen omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk för de listade personerna. Av förordning framgår även att läkaren ska prioritera egna listade patienter, med undantag för patienter som behöver omedelbar hjälp. Kommunerna kan vidare ålägga fastläkaren att delta i andra allmänmedicinska uppgifter i kommunen, under maximalt 7,5 h per vecka. Fastläkaren är därutöver förpliktigad att delta i ”legevakt”, dvs. jour. I avtalet med kommunen anges bl.a. öppettider, listningstak, lokalisering m.m. En fastlege ska inte ha mer än 2 500 personer på sin lista. Om man vill sätta ett listningstak under 500 personer måste detta avtalas med kommunen.

Alla invånare har rätt att välja en allmänpraktiserande läkare – fastläkare – att lista sig hos oss. 2016 var 97,9 procent av befolkningen listade hos en fastlege. Invånarna får enligt regelverket byta fastläkare max två gånger per år. I praktiken begränsas dock möjligheten på grund av fulla listor.

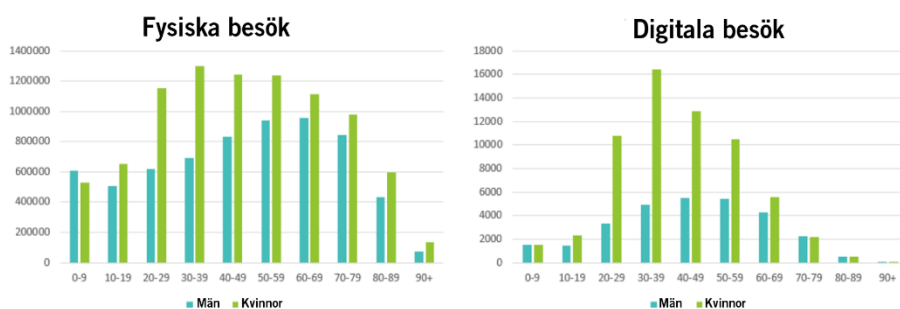
Fastläkarna kan arbeta antingen som egna företagare med individuella avtal med respektive kommun och ersättning enligt en nationell taxa, eller som anställda av kommunerna med lön. Den stora majoriteten (cirka 95 procent) jobbar ännu som egenföretagare men det tycks finnas en trend mot unga läkare i ökande grad söker anställning i stället för att verka som egenföretagare.

Digitala vårdgivare

Hos fastläkarna används digitala kontaktvägar ännu i mycket låg grad (se figur nedan) men under 2018 har intresset för sådana arbets sätt ökat (Helsedirektoratet 2018). Det finns inga särskilda krav på

fastläkarna att införa digitala kontaktvägar utan det står dem fritt att organisera arbetet. Ersättningssystemen för primärvården innehåller inte heller någon särskild ersättning eller stimulans för att införa eller använda digitala tjänster.

Figur 9.6 Antal besök hos fastläkare fördelat på kön och fysiska eller digitala kontakter 2017



Källa: HelseDirektoratet 2018.

Det finns hittills inga vårdgivare med offentlig finansiering i Norge som helt eller huvudsakligen erbjuder digitala tjänster. En förklaring har uppgetts vara dels den uttalade listningen till läkare i primärvården, dels att läkares avtal med kommunerna är personliga. Det finns således begränsade möjligheter att genom köp av verksamhet eller affärslösningar med underleverantörsavtal som i Sverige bli en del av den offentligt finansierade vården.

I Norge finns en nationell lösning som påminner om den svenska 1177.se – Helsenorge.no. Där finns e-tjänster för att förnya recept och kontakta läkarkontoret samt få information om egenvård, vaccinering, frikort, tidsbokningar, remisser, kallelser m.m. Digitala direktkontakter via t.ex. videosamtal eller chatt verkar dock ännu inte erbjudas i den nationella tjänsten.

Privatfinansierad vård

Hittills är de digitala vårdtjänsterna i huvudsak privatfinansierade, med flera olika aktörer, t.ex. Eyr, Kry, Lommelegen och Digilege och omsättningen ökar snabbt även i Norge (HelseDirektoratet 2018).

9.5.2 England

Det finns många likheter mellan det engelska och det svenska primärvårdssystemen, både vad gäller organisation samt dagens och framtidens utmaningar. Kompetensförsörjning och inhyrning av personal inom vården har länge varit ett problem. Befolkningen åldras och behovet av personal i vården ökar. Inom primärvården brottas man med brister vad gäller kontinuitet och överföring av journaluppgifter mellan olika aktörer samt annan samordning mellan aktörer är en utmaning. Samtidigt är digitalisering inom vården ett omdiskuterat ämne.

Det finns också påtagliga skillnader mellan Sverige och England. Inte minst vad gäller deras nationella sjukvårdsorganisation NHS som finansierar och beställer all vård. Även deras system för patientval inom primärvården skiljer sig markant från det svenska, vilket beskrivs vidare nedan.

Under mars 2019 gjorde utredningen flera besök både över telefon och på plats i London. Utredningen träffade företrädare för Babylon Health, NHS Improvement, NHS England och The Health Foundation. Avsnitten nedan är skrivna främst utifrån vad som uppgavs i dessa möten.

Patientval och ersättningsystem inom primärvården

Patienter och medborgare väljer utförare inom primärvården. Valet sker genom att de listar sig vid en GP Service, alltså en utförare. Patienter väljer inte en namngiven läkare. NHS upphandlar utförare och majoriteten är i privat drift.

England är uppdelat i olika områden, med en lokal beställare kallad *Clinical Commissioning Group* (CCG), som ansvarar för att det finns tillräckligt många utförare inom området. År 2015 introducerade NHS en policy kallad *Out of Area Policy* som innebär att patienter kan lista sig utanför det område som de tillhör. Det finns dock fortsatt en geografisk begränsning i listningssystemet. Utföraren kan neka en patient att lista sig om de bedömer att patienten bor för långt bort för att de ska kunna utgöra en fullständig vårdgivare för denne. Patienter som väljer att vara "out of area patients" får inte tillgång till hemsjukvård genom den valda utföraren. Patienter kan

också göra mottagningsbesök av mer akut art om de befinner sig på annan ort när behov uppstår.

Ersättningen utgörs av kapitering som viktas utifrån exempelvis ålder och kön. Det finns även vissa mer specifika ersättningar som delas ut för exempelvis extra öppettider. Utförare som är etablerade i London får generellt en högre kapitering på grund av att kostnader förväntas vara högre där. Utförarna får ingen ersättning för besök. Patienten betalar heller inget för besöket.

Digitalt profilerade vårdgivare

Digitala vårdgivare kan erbjuda offentligfinansierad vård inom det engelska systemet på två sätt. Det ena är att sluta avtal som underleverantör till en befintlig utförare som har avtal med NHS. Eftersom varken besöksersättning betalas ut eller patientavgift tas ut får den digitala aktören då ersättning i enlighet med det avtal de har med utföraren. Svenska Kry finns som underleverantör på detta sätt. I England kallas de Livi.

Det andra sättet är att vara en utförare bland andra och själva ha avtal med NHS. I dagsläget (mars 2019) finns det en sådan aktör i England. Babylon Health grundades 2014 och är via sin ”GP at hand” service en listningsbar aktör i England. De bedriver fem kliniker i London och öppnar nu också i Birmingham. De listar patienter som bor eller arbetar högst 30–40 minuter ifrån deras kliniker. Deras modell går ut på att patienter i första hand kontaktar dem digitalt där de får möta AI för triage, anamnes och rådgivning. Patienter kan dock välja bort AI om de vill ha kontakt på annat sätt. Idén bygger också på att ha kontakt med patienter även när de är friska och på så sätt redan känna dem väl när de behöver vård.

Privatfinansierad vård

Inom England finns också privatfinansierad primärvård och utförare kan bedriv både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Även digitala vårdgivare arbetar på detta sätt. Exempelvis Babylon Health erbjuder ett abonnemang där medborgare betalar cirka 90 pund om året och genom det får obegränsad tillgång till deras utbud. Babylon

uppges att det ofta är företag som köper denna typ av abonnemang till sina anställda.

Debatt

Liksom i Sverige förs en debatt om den digitala vården i England och främst med fokus på Babylon GP at Hand (BGPaH) som är offentligfinansierad. BGPaH är en stor vårdgivare med många patienter och många listade som inte ingår i det upptagningsområde som ersättningen är beräknad utifrån. Den *Clinical Commissioning Group* som ansvarar för London har därför fått en väldigt ansträngd ekonomisk situation.

Det finns en likhet med debatten i Sverige i att kritiker menar att de som listar sig hos Babylon Health är framför allt unga och friska patienter. Till en början uppgav BGPaH i sin patientriktade information att det inte var lämpligt för gravida kvinnor att lista sig hos dem. Detta har ändrats efter dialog med NHS. En betydande skillnad mot det svenska systemet är att Babylon inte får ersättning per besök och därmed inte har ekonomiska incitament att erbjuda många besök. En annan är att de inte tar isolerade besök utan ansvarar för sin listade population eftersom de är utförare inom systemet.

Det ska också tilläggas att kapiteringsersättningen är viktad och Babylon får mindre betalt för unga patienter än en vanlig mottagning får om de har äldre patienter.

NHS England uppger att det ersättningssystem som i dag är i bruk behöver uppdateras. I dagsläget utgår det från att utförare har en liknande blandning av patienter, vilket sätts ur spel när en vårdgivare har en viss profil på patienterna.

Framtida utveckling

NHS arbetar för att öka digitaliseringen inom både primärvård och sjukhusvård i England. Det handlar om att ge patienter möjlighet att boka och avboka besök digitalt, att få tillgång till vård av mer akut art digitalt, rusta deras rådgivningstelefon för att kunna lösa fler problem, ge patienter tillgång till journal online och öka användandet av appar. Man investerar också ekonomiskt i att bygga ut möjligheten

för alla utförare i primärvården att kunna ta emot patienter digitalt och förnya recept digitalt.

NHS England ser över ersättningssystemen av flera skäl. Ett av skälen är att nuvarande ersättningssystem inte är anpassat för ”digitalt först-primärvård”. Ersättningen till olika utförare har blivit ojämnt distribuerad och viktningen är inte tillräcklig och uppdaterad till dagens patienter. Vissa CCG:er har drabbats hårt ekonomiskt, vilket hindrar dem från att göra nödvändiga investeringar. Slutligen finns en tendens överlag till ökande kostnader vilket behöver hanteras. Det finns också geografiska aspekter i ersättningssystemet som är dåligt anpassade för digitala aktörer. Exempelvis finns det ett särskilt tillägg för utförare i London på grund av bl.a. höga lokalhyror. Samtidigt finns det särskilda tillägg för utförare vars patienter bor längre bort än genomsnittet, vilket är tänkt att vara ett tillägg till utförare som lokaliserar sig i glesbebyggda områden, inte till utförare i storstäder. NHS avser analysera hur man bäst ersätter vårdgivare som framför allt arbetar digitalt, har många s.k. Out of Area-patienter och dessutom kanske inte lämpar sig för alla typer av patienter. I detta ingår också med vilka intervall kapiteringsersättningen bör betalas ut, givet att man sett en högre grad av omlistning hos de patienter som listar sig hos Babylon.

Utvärdering av Babylon GP at hand 2019

Under 2019 har en utvärdering gjorts av Babylon GP at hand (hädanefter BGPaH) (Hammersmith and Fulham m.fl. 2019). Utvärderingen har beställts av NHS England och av CCG:n Hammersmith and Fulham som ansvarar för det område där BGPaH är etablerade.

Utvärderingen visar att den mest använda tjänsten inom BGPaH är konsultation via video eller telefon. Mottagningsbesök användes mer sällan och symptomkolladen som sker via AI hade använts av ungefär hälften av patienterna – de upplevde inte att den ersatte behovet av en konsultation. Utvärderingen visar också att patienter som är listade hos BGPaH verkar använda tjänsten mer än väntat givet deras ålder och hälsostatus. Vid jämförelse med nationella data framgår att de gör fler besök eller konsultationer per år än andra. Utvärderingen är dock försiktig med slutsatser eftersom de inte vet

om det beror på behov som tidigare inte tillgodosetts eller på grund av att utbudet ökat.

Patienter och läkare har olika uppfattning om hur pass integrerade de digitala tjänsterna och mottagningstjänsterna är. Läkarna hade generellt sett en positiv bild medan det varierade mer hos patienterna.

Den listade populationen

De patienter som listar sig hos BGPaH är yngre och har det bättre ekonomiskt ställt jämfört med en genomsnittlig GP Practice i London och England. En stor majoritet (94 procent) är under 45 år gamla och två tredjedelar bor i områden där en stor andel har det gott ställt ekonomiskt. Eftersom de är unga, arbetar heltid och bor i London görs också antagandet att det är mindre troligt att de har omsorgsansvar för någon annan, exempelvis en familjemedlem.

Patienterna har bättre hälsotillstånd än genomsnittet, även nedbrutet per ålderskategori. Historiskt har de använt rådgivningsnumret 111 och besökt akutmottagning mer än förväntat givet deras ålder. De värderar att kunna prata med en läkare snabbt, och de söker efter information. De vanligaste angivna orsakerna till att lista sig hos BGPaH var att det är bekvämt och det ger enklare tillgång till läkare. Data visar en trend att användandet av 111 och akutmottagning ökar månaderna innan litsning hos BGPaH, vilket kan indikera att de listar sig på grund av ett specifikt vårdbehov.

Äldre, och personer med mer komplexa vårdbehov är inga stora användare av BGPaH.

Patienterfarenhet

Överlag är de listade patienterna nöjda med BGPaH och de verkar ha gjort ett informerat val när de listade sig där. Det de framför allt är nöjda med är användarvänligheten och att det är enkelt att boka en konsultation. Nöjdheten är dock lägre vad gäller mottagningsbesök och då särskilt antalet kliniker, väntetider och hur långt de behövde resa.

Patienterna är positivt inställda till kvaliteten på vården. Majoriteten ansåg att den var bättre än deras förra GP Practice. Några uppgav att administrativa aspekter och brist på kontinuitet drog ner deras nöjdhet med vården.

Majoriteten har gjort ett informerat val när de listat sig. Majoriteten förstod att de inte längre skulle vara listade på sin gamla GP Service när de listade sig hos BGPaH, lägst förståelse rörde hur mottagningsbesöket fungerade.

BGPaH har en högre grad av patienter som listar om sig till ny utförare. Vanligtvis skedde detta efter två veckor. Majoriteten av de som omlistade sig återvände till där de var listade tidigare. De som slutat använda eller hade för avsikt att sluta använda BGPaH hade i mindre utsträckning också förstått hur servicen fungerade när de listade sig. Det fanns tre huvudsakliga anledningar till varför dessa patienter hade listat om sig efter BGPaH: missnöje med kvaliteten på vården, en önskan om att kunna boka ett mottagningsbesök utan att behöva ha ett digitalt möte först och en förändring i vårdbehov.

Professionerna och deras erfarenheter

BGPaH har många som arbetar för dem och majoriteten arbetar hemifrån. Inhyrda läkare tas in vid behov. Läkarna är yngre jämfört med hela läkarkåren och de flesta kombinerar arbetet med att också arbeta på en GP Practice. Läkarna har sökt sig till BGPaH eftersom det erbjuder en bättre möjlighet att kombinera med privatliv och för att det erbjuder en möjlighet att arbeta inom en innovativ verksamhet. De är frustrerade över arbetet inom de traditionella GP Practices och särskilt med långa arbetsdagar och ökande arbetsbörda.

Läkarna som arbetar för BGPaH är mycket nöjda. Det som framför allt framhålls är arbetsmiljön, autonomin, flexibiliteten och graden av självständighet, möjligheten att kombinera med familjeliv och möjligheten att utvecklas karriärmässigt. De ansåg att deras arbetsbörda är bättre hanterad inom BGPaH jämfört med andra arbetsplatser. Bland de som framhöll något mindre bra betonades att de kände sig avskärmade från patienterna de behandlade eftersom de inte bor i samma område, och på grund av vissa tekniska problem med video.

Vården och systemet

Ungefär hälften av de listade patienterna uppger att de använder tjänsten oftare än de använde sin förra GP Praticice. De använde inte övrig vård mer. BGPaH skriver ut antibiotika i låg utsträckning jämfört med andra CCG:er och nationellt, kontrollerat för ålder och kön.

Om modellen skulle införas nationellt skulle det behövas många läkare och en utbyggd it-infrastruktur.

Utvärderingen visar också att dagens ersättningsmodell inte lämpar sig för denna typ av primärvårdssystem givet att patienterna är friskare men konsumerar mer vård.

10 Analys och överväganden om utvecklingen av digitala vårdtjänster inom primärvården

I detta kapitel ger utredningen dels en problembild kring dagens situation, dels en konsekvensanalys över att låta dagens situation fortlöpa. Vi redogör också för de alternativa vägar framåt vi har övervägt och de utgångspunkter som vi ser som viktiga för framtidens system.

10.1 Krock mellan decentraliserat system och nationell digital vård

Digitalisering utvecklas nu inom i stort sett alla delar av vården. Senaste åren har offentligfinansierade vårdutförare med digital profil, s.k. nätläkare, växt i snabb takt. Utredningen ser att det, inte minst utifrån patientperspektivet, finns mycket positivt att hämta i digitala arbetssätt och att det erbjuder stor potential för att göra vården mer effektiv och tillgänglig. Den snabba framväxten av dessa aktörer har också bidragit till att digitaliseringen i vården har tagit ett stort kliv framåt.

Samtidigt växer digitala verksamheter nu vid sidan av det övriga hälso- och sjukvårdssystemet inom primärvården. Dagens system vad gäller reglering, lagstiftning och styrning är inte avsett för den typ av nationellt vårdutförande som nätläkarna erbjuder. Vårdens informationsinfrastruktur är inte integrerad och stödjer därmed inte ett nationellt vårdutbud. Likaså ser utredningen att det sätt på vilket landstingen väljer att tillämpa befintliga regler, få negativa konsekvenser. Vidare skapar det särskilda ersättningsystem som tagits fram för denna typ av vårdkontakter snedvridande incitament för utförarna

och hindrar den integration som utredningen ser som en viktig utgångspunkt för omställningen mot en nära vård (se avsnitt 6.1.2).

Det behövs vissa systemförändringar för att den fulla potentialen i de digitala arbetssätten ska kunna realiseras för patienter och för systemet samt för att det ska bli lika förutsättningar vad gäller incitament för innovation för alla olika typer av utförare. Det behövs också tydliga ramar för att olika typer av utförare ska kunna ta tillvara de innovationer som just nätläkarbolagen arbetar med. Utredningen ser sammanfattningsvis att det behövs ett sammanhängande, integrerat och långsiktigt hållbart system oavsett var, eller i vilken form vården ges.

10.1.1 Digitala verktyg är en tillgång för såväl patienter och professioner som för hela systemet

Vision e-hälsa 2025 slår fast att ”Sverige [ska] vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. Med hjälp av e-hälsa ska individen vara i centrum, verksamheter få hjälp att utvecklas och vården och omsorgen ska vara jämlik, effektiv, tillgänglig och säker.”

För patienter finns stora möjliga vinster i digitaliseringen av primärvården. I stället för att sitta i telefonkö givna tider för att kommunicera med sin valda utförare borde det vara en självklarhet att kunna kontakta utföraren via exempelvis en hemsida eller app, och att kunna påbörja en kontakt oavsett dag och oavsett tid. De flesta ärenden som primärvården hanterar är inte akuta av det slag att de kräver omedelbar respons. En asynkron kontakt med vårdgivaren, den valda läkaren eller teamet där en kontakt kan påbörjas och patienten därefter får svar i ett senare skede är fullt logisk och besparar patienten och professionerna mycket tid. Likaså kan det när det bedöms lämpligt bespara patienten tid att ha direkt kontakt med sin vårdgivare via exempelvis en app, i stället för att gå till vårdcentralen. På liknande sätt förenklade en gång telefonen möjligheten att få kontakt med vården.

Vi ser också att det finns en möjlighet till ökad flexibilitet och bättre arbetsmiljö för vårdpersonal att kunna utföra delar av det patientnära arbetet från annan plats och på andra tider av dygnet jämfört med de tider som en vårdcentral eller klinik normalt sett håller öppet i dag. Vårdens professioner tillhör inte de yrkesgrupper som i

nuläget kan arbeta hemifrån eller från annan ort på samma sätt som många andra kan. Något som är värdefullt för att få omväxling, känsla av ökad autonomi och för att få vardagen att gå ihop.

Digitala verktyg kan också vara värdefulla för hela verksamheten, inklusive både patienter och professioner, vad gäller att samla in anamnes, vägleda patienter till rätt vårdnivå eller rätt profession, monitorera etc. Patienten slipper upprepa sin sjukdomshistoria och när behov finns för ett möte finns nödvändig bakgrundsinformation redan på plats och tiden kan användas till det som är viktigt att avhandla på plats.

Med de utmaningar som primärvården och hela vården står inför med åldrande befolkning, ökad efterfrågan, begränsade resurser och långsiktig kompetensförsörjning är det helt nödvändigt att vården i stort utvecklar sina arbetssätt och tar till vara de möjligheter till effektivisering som digitaliseringen erbjuder.

10.1.2 Tillgängligheten främjas men vårdkonsumtionen är ojämnt fördelad

Svensk primärvård har länge lidit av bristande tillgänglighet. Det är inte ovanligt att tider på vårdcentralen är uppbokade sex veckor framöver. Dessutom har de flesta vårdcentraler särskilda tider för telefonbokning eller telefonrådgivning och drop in-tider försvinner snabbt. Sammantaget finns incitament att som patient söka sig någon annanstans än till den valda utföraren; om ärendet är av akut art, inte sällan till sjukhusets akutmottagning. Om ärendet är mindre akut är det i stället vanligt att ringa till olika vårdcentraler tills man hittar en som har tid.

I detta sammanhang har de s.k. nätläkarna revolutionerat tillgängligheten i primärvården. Dels vad gäller den snabba tillgången till kvalificerad bedömning av läkare eller annan profession. Dels vad gäller möjligheten till asynkron kontakt, så att patienten kan påbörja ett ärende via exempelvis app och sedan kan invänta svar, i stället för att sitta i telefonköer och anpassa kontakten till särskilda tider.

Det finns olika mekanismer som ligger bakom förutsättningarna att hålla hög tillgänglighet hos en utförare. Det kan konstateras att digital vård ersätts per besök medan vårdcentraler framför allt ersätts med kapitering. En ersättning per besök styr mer mot tillgänglighet än vad kapitering gör. Vidare arbetar de digitala aktörerna ofta med

nationell resurspoolning, dvs. en organisation av arbetet som gör att första lediga läkare eller sjuksköterska tar nästa patient oavsett var de båda befinner sig. Detta arbetssätt kan återfinnas på vårdcentralers drop-in mottagningar och hos 1177, men är inte det vanligast förekommande sättet att organisera en vårdcentral. Även det arbets sättet öppnar för mycket hög tillgänglighet, men inte för relationell kontinuitet, vilket också kan innebära lägre effektivitet i mötet. Slutligen har digitala aktörer framför allt medarbetare som arbetar extra timmar vid sidan av sitt vanliga arbete, medan vårdcentraler vanligtvis har heltidsanställda medarbetare.

Ojämn konsumtion

Samtidigt har konsumtionen av denna typ av tjänster, än så länge, varit ojämnt fördelad (se kapitel 9). Det vi vet är att yngre konsumerar mer än äldre, att kvinnor konsumerar mer än män, och att personer som bor i tätbebyggda och socioekonomiskt starka områden konsumerar mer än personer som bor i glesbygd, landsbygd och socioekonomiskt svagare områden. Vi vet inte tillräckligt om behovsbilden eller om huruvida denna konsumtion kommer från en tidigare för låg konsumtionsnivå. Det kan finnas en risk för omfördelning från mer behövande eftersom äldre generellt sett har sämre hälsa. Även folk som bor i glesbygd tenderar att ha sämre hälsa än folk i städer. Å andra sidan har kvinnor ett större vårdbehov än män.

Det är troligt att vissa typer av tjänster behöver finnas på marknaden ett tag för att få en ökad spridning i användandet. Yngre mäniskor i städer tenderar också att tillhöra s.k. ”early adopters”, dvs. är först ut med att använda nya tjänster. Samtidigt ser vi också att det behövs mer fokus på att kunna bistå personer med stora behov via olika kanaler.

Digitala vårdtjänster för olika behov

Som vi konstaterat ovan är en central fråga för hälso- och sjukvårdens utveckling dess förmåga att hantera och anpassa sig till patienters olika behov och förutsättningar. Ett återkommande sätt att beskriva detta är att grovt förstå patienters behov i fyra kategorier: enkla, komplicerade, kroniska och komplexa. I primärvården möts

alla dessa kategorier av behov och det är därmed en särskild utmaning att skapa en diversifierad vård som både möter behoven hos vårdens storkonsumenter (som särskilt återfinns i kategorierna kroniskt och komplext) och samtidigt hanterar det tryck som kommer av en stor efterfrågan (som särskilt återfinns i kategorin enkelt).

När digitala vårdtjänster diskuteras finns en tendens att dra utvecklingen över en kam men vi menar att det går att urskilja två utvecklingsspår beroende på vilka behov patienterna har.

Hög tillgänglighet för enkla behov

De senaste årens utveckling av digitala vårdtjänster inom primärvården har ett tydligt fokus på vad som kan beskrivas som enklare behov. Detta understryks av karaktären hos de vanligaste ärendena som hanteras i de rent digitala vårdtjänsterna för närvarande, övre luftvägsinfektion, hudutslag, hosta, urinvägsinfektion, springmask, impetigo, förnyelse av recept, tonsillit och ögoninflammation. Men en lika tydlig indikation på detta är att det i många fall saknas möjlighet att inom den egna verksamheten eller genom en förutbestämd hänvisning på ett sammanhängande sätt ta hand om patientens besvär i de fall de kräver en fysisk undersökning eller behandling.

Det är redan utifrån de konsumtionsdata som finns (se kapitel 9) tydligt att det som eftersökts av patienter som använt de rent digitala vårdtjänsterna är den snabba tillgängligheten och den flexibilitet det innebär att inte behöva uppsöka fysisk vård. Snabb tillgänglighet skapar trygghet. Det pågår flera oberoende studier som mer systematiskt bl.a. ska undersöka patienters erfarenheter eller uppfattningar om detta. Men den mer anekdotiska information som utredningen tagit del av styrker att särskilt småbarnsföräldrar och yngre eller personer i yngre medelåldern söker snabb tillgänglighet som ett medel för att lösa "vardagspusslet" (se även Blix 2018). Vid en jämförelse av tillgänglighetsdata är det dessutom tydligt att de digitala vårdtjänsterna har korta väntetider jämfört med många fysiska vårdcentraler.

De digitalt profilerade vårdutförarna organiserar också till stor del verksamheten efter att tillhandahålla hög tillgänglighet och inte främst relationell kontinuitet. Som beskrivits i avsnittet ovan handlar det om att poola resurser så att patienten som ringer 1177 eller till ett så kallat nätläkarbolag får konsultera första bästa lediga läkare

eller sjuksköterska eller annan profession, och eftersom de inte behöver befinna sig på samma plats går det ofta att ordna snabbt.

Komplicerade och komplexa behov

Uppmärksamheten och debatten kring digitala vårdkontakter har hittills mest handlat om enkla behov. Långsiktigt är sannolikt potentialen för effektivisering större avseende patienter med kroniska sjukdomar och mer komplexa behov. Digitala kontakter ihop med självmonitorering, via t.ex. appar och enklare teknisk apparatur, har en stor potential att förbättra vården. Potentialen för ökad patientcentrering är stor. Patienter med komplexa behov har i högre grad kontinuitetsbaserad kontakt med vården redan i dag. Digitala kontaktvägar har störst potential att effektivisera vården i ett kontinuitetsbaserat system där man växlar digitala kontakter med fysiska besök och där digitaliseringen används som hjälpmedel för att koordinera olika vårdinsatser (se Blix 2018). Dagens ersättningssystem och dagens styrning främjar inte en utveckling mot ökad användning av digitala kontaktvägar för patienter med komplexa behov. Snarare är de utformade så att fragmentiseringen riskerar öka och samordningen försvåras.

En vanlig invändning när det gäller äldre patienter med komplexa behov är att dessa i stor utsträckning lider av s.k. digitalt utanförskap, dvs. behärskar inte datorer och andra digitala hjälpmedel. Självklart är det därför viktigt att vården förmår ta hand om även invånare som inte vill hantera eller av olika anledningar, t.ex. bristande kognitiv förmåga, inte klarar att hantera digitala hjälpmedel. Vi får inte digitalisera så att dessa kategorier riskerar få sämre vård. Man kan härvidlag jämföra med debatten som uppstått kring det kontantlösa samhället. Samtidigt är det viktigt att poängtera att man inte ska underskatta äldres förmåga att hantera digitala hjälpmedel, inte minst eftersom moderna surfplattor och andra hjälpmedel ofta är förhållandevis enkla att hantera. I Borgholm har man prövat olika digitala hjälpmedel och det visade sig att äldre med glädje hanterade en surfplatta för att få kontakt med ”mitt vårdteam”. Vården hjälpte vissa patienter att gå från ett digitalt utanförskap till ett digitalt innanförskap.

Självklart varierar möjligheterna att använda digitala kontaktvägar och arbetssätt beroende på diagnos och situation. Landstingen

är nu i färd med att sjösätta ett system för nationell kunskapsstyrning. Det är angeläget att systemets olika grupperingar får ett tydligt uppdrag att vid framtagande av nya riktlinjer inkludera rekommendationer kring användning av digitala kontaktvägar.

Digital vård kan aldrig fullt ut ersätta vårdmötet

Den ökade digitaliseringen kommer att kräva avvägningar för huvudmännen vad gäller etableringar och närvaro av exempelvis vårdcentraler. Som vi såg i exemplet med Region Västerbotten i kapitel 9 skapade virtuella hälsorum en möjlighet att garantera ökad närvaro av vård i glesbygd. Samtidigt finns det också risker för just glesbygden och landsbygden. Ju mer vård som utförs digitalt, och ju mer patienter och medborgare efterfrågar digital vård, desto större risk är det att en vårdcentral belägen i glesbygd överväger att stänga. Jämför exempelvis med bankkontor sedan banktjänster digitaliserats. Att vård som kan utföras digitalt utförs digitalt är givetvis bra i det fall det ökar kvaliteten eller ger tidsvinster för olika aktörer, men det är inte bra om en sidoeffekt blir att de som faktiskt behöver möta vården fråntas den möjligheten. Det är svårt att se en framtida utveckling där primärvårdsuppdraget fullt ut kan utföras digitalt, samtidigt som det redan i dag är svårare för vårdcentraler att ”gå runt” i glesbygdsområden. Detta kan innebära att det blir än viktigare att landstingen hittar alternativa vårdvalsuppdrag eller andra former för etablering i glesbygd, ju mer vård som utförs digitalt.

10.1.3 Det pågår en integration av fysisk och digital vård men den är inte tillräcklig

Ett av de största problemen med dagens utförande av digital vård inom primärvården är bristen på integration mellan olika verksamheter. Integration i det här sammanhanget syftar på två olika men närliggande frågor.

Integration syftar dels på möjligheten att dela information och it-system som stödjer det. Anledningen att denna fråga särskilt aktualiseras på grund av de s.k. nätläkarbolagen är att de systematiskt använder sig av utomlänsvård, och erbjuder sina tjänster nationellt, till skillnad från vanliga vårdvalsutförare som huvudsakligen via avtal

bedriver vård inom ett landsting. Det gör att fler patienter nu, möjligen ovetandes, blandar vårdkonsumtion från olika landsting, vilket gör att effekterna av integrationsbristen blir större.

Integration syftar dels på huruvida utföraren tar ett ansvar för att tillhandahålla alla delar av vården, såväl fysiska som digitala kontaktvägar, dvs. att den digitala och den fysiska vården integreras, vilket brister i dag.

Särskilt intressant i denna utveckling är att i stort sett alla erkänner dessa problem. Patienter, professioner, traditionella vårdvalsutförare, nätläkarbolag och huvudmän pekar alla på samma sak: integrationen behöver bli bättre.

Flera landsting har upphandlat plattformar för kommunikation och anamnesupptagning m.m. Samtidigt har flera av dem också försökt kopiera de arbetssätt som de digitalt profilerade vårdutförarna använder sig av, särskilt genom att bygga upp de digitala arbetssätten separat och inte integrerat med befintliga vårdcentraler. I sin tur har en effekt av det varit att man snarare drivit på utvecklingen mot att vård som bedrivs digitalt växer i ett parallellt system, i stället för att integreras i vårdvalssystemen. Både landstingsdriven och delvis privatdriven vård utvecklar parallella system där fysisk mottagningsvård utförs av en typ av aktörer som ersätts på ett sätt, samtidigt som digital vård huvudsakligen utförs av andra aktörer inom landstingsdriven vård baserat på ett annat ersättningssystem. Samtliga initiativ styr mot ökad tillgänglighet, men styr samtidigt bort från kontinuitet som är en avgörande faktor för att öka patienternas förtroende för vården.

Det finns visserligen vissa tecken på en ökande integration, i form av att utförare erbjuder både digital och fysisk vård. Traditionella vårdvalsutförare i såväl privat som offentlig regi arbetar med att upphandla plattformar och utveckla arbetsformer för att erbjuda digitala kontakter, ibland inom ramen för den fysiska vården. S.k. nätläkarbolag sluter avtal med vårdcentraler, laboratorier, och inte minst förvärvar vårdcentraler. I den här delen går det alltså i rätt riktning men utredningen bedömer att integrationen behöver gå betydligt längre. Det handlar framför allt om att den digitala vården i nuläget kan konsumeras isolerad från övrig vård.

Integrationen vad gäller informationssystemen står i stort sett still och stampar. Det finns en stor och snabbt ökande frustration inom vården att det trots olika utredningar inte hänt någonting.

Denna frustration ökar i takt med ökad insikt om behovet av samverkan över olika gränser, inte minst gränsen mellan kommun och landsting.

10.1.4 Debatten om nätläkare bygger till viss del på förenklingar men kunskapsläget är lågt

I den debatt som har väckts i kölvattnet av s.k. nätläkares intåg i öppenvården behandlas ofta bolagen som att de alla arbetar utifrån samma verksamhetsidé, trots att de skiljer sig avsevärt på vissa områden. Vissa arbetar med att utveckla triage och anamnesupptagning via artificiell intelligens, andra med att utveckla mänskligt triage kombinerat med anamnes via chatt. Vissa arbetar med besök i realtid, medan andra har vårdbesök som pågår asynkront och främst sker via chattfunktion.

Många av de s.k. nätläkarbolagen är ledande i utvecklingen av it-plattformar och verktyg, och bidrar även med effektiva arbetssätt. Den popularitet de åtnjuter bland patienter sätter också ljus på de stora brister som finns i övrig primärvård. Det rör dels tillgänglighet och förtroende, vilka tätt hänger samman, dels att man i den traditionella vården inte lyckas arbeta kontinuitetsbaserat, så att patienter känner sig trygga med att vända sig till ”sin” utförare. I patientenkäter har de patienter som anger att de har ett ”mycket litet”, ”ganska litet” eller ”varken litet eller stort” förtroende för hälso- eller vårdcentraler i deras hemlandsting angett att det som främst skulle öka deras förtroende, vore att få träffa samma läkare varje gång (se avsnitt 5.6.2 och SKL 2019b). Svaret är samma i alla landsting förutom Region Stockholm där flest angett kortare väntetider som svar. Svaren visar tydligt på bristerna i dagens primärvård. Vi kan inte från den undersökningen utläsa om det är samma personer som uppskattar möjligheten att kontakta en annan vårdgivare digitalt, men det visar i alla fall på en brist som verkligen behöver tas på allvar.

Oklart om digital vård i nuvarande form avlastar traditionell vård

Parallellt med detta anklagas ofta s.k. nätläkare för att främst hantera enkla åkommor och att göra läkarbesök av sådant som inte ska hanteras av läkare, eller i vissa fall ens vårdpersonal. Vi vet i dag inte

om möjligheten till digitala utomlänsbesök avlastar den övriga vården. Fenomenet är för nytt för att kunna göra en kvalitetssäkrad utvärdering. Dessutom är det svårt att följa patienter som rör sig mellan huvudmän och mellan olika delar av vården, inte minst på grund av olika journalsystem och därtill kopplad sekretessreglering. Inom NHS i England har man exempelvis sett att de patienter som listar sig hos den digifysiska utföraren Babylon GP at Hand ringer deras rådgivningstelefon (motsvarande 1177) i mindre utsträckning (Hammersmith and Fulham m.fl. 2019). Om patienterna annars skulle både ha ringt rådgivningen och besökt vårdcentralen är det positivt. Om de i stället skulle ha ringt rådgivningen enbart och därefter kunnat konstateras färdigbehandlade via t.ex. egenvårdsråd torde det vara mindre effektivt för systemet.

Vad gäller enkla besök och orsaker till att man söker vård kan å ena sidan konstateras att många vårdcentraler ser det som ett problem att de hanterar många enkla åkommor som skulle kunna ha hanterats med egenvård eller liknande. Samtidigt har s.k. nätläkare fått kritik för att de marknadsför att patienter kan vända sig till dem för enkla åkommor, som väl lämpar sig för egenvård och på så sätt tar resurser i anspråk i onödan. Denna kritik bör tas på allvar, inte minst för att den tydliggör kollisionen mellan två system, å ena sidan den traditionella primärvården som till stor del bygger på kapitering och prioritering efter behov och å andra sidan ett system som ersätts per besök utan incitament till behovsbedömning. Det behövs inte fler onödiga besök i den offentligfinansierade vården. Det är viktigt att framhålla att den typ av verktyg som vissa av nätläkarbolagen arbetar med att utveckla, t.ex. automatiserad anamnes och triage, kan vara en bra grund för bättre vägledning och därmed effektivare vård. Problematiken kring vägledning för patienten sätter också fingret på styrning och ersättning som leder rätt.

Lärdomar från utvecklingen av den digitala vården

Vi kan konstatera att det finns många brister som generellt rör hälso- och sjukvårdssystemet, men som inte specifik härstammar från nätläkare, exempelvis brist på vägledning för patienter som gör att de söker läkarhjälp när de egentligen kan hantera problemet själva i hemmet, brist på tillgänglighet och brist på personkontinuitet. Fram-

växten av den digitala vården som ett parallellt system till den traditionella vården har tydliggjort dessa brister.

Det finns också delar som utredningen ser är viktiga att arbeta vidare med utifrån de arbetssätt som nätläkare erbjuder, däribland:

1. Den höga tillgängligheten för lätta åkommor. Genom att nationellt poola resurser skapas möjlighet för läkare och patient att få kontakt snabbt. Systemen måste dock kombineras med triage eller behovsbedömning eller liknande där patienter antingen hänvisas till sjuksköterskerådgivning, läkare eller fysiskt besök. I olika grad arbetar dagens nätläkare med alla dessa i olika utsträckning, men integrationen med övrig vård är inte tillräcklig.
2. Verktyg som automatiserar triage och anamnesupptagning. För primärvården finns här en verklig potential i att kunna frigöra resurser och läkare och sjuksköterskors tid för att prioritera patientmöte till rätt saker och underlätta för att styra rätt profession till patient.
3. Potentialen i ett mer jämlikt utbud när vården inte har geografisk hemvist. Den behöver dock kombineras med att även fysisk vård finns tillgänglig och dessa behöver vara integrerade.

Därutöver ser utredningen att det är viktigt att digitala verktyg fortsätter utvecklas för att hantera tyngre besvär och kroniska sjukdomar etc. för att öka tillgängligheten, tryggheten och effektiviteten även för andra grupper. Sannolikt föreligger på sikt en större effektiviseringspotential för kroniskt sjuka än för enklare åkommor.

10.1.5 Oklar tolkning av patientlagen

Utvecklingen med digitala kontakter inom primärvården har skett på kort tid och i hög hastighet. Med facit i hand kan konstateras att varken lagstiftaren eller huvudmännen var förberedda på vilka konsekvenser patientlagen skulle kunna få.

I kölvattnet av denna utveckling har det kunnat skönjas olika typer av reaktioner. Landstingen har å enda sidan enats nationellt i form av beslut om riksavtal för utomlänsvård och därefter beslut om sänkta ersättningsnivåer i ett antal omgångar i en sällan skådad enighet på rekordkort tid. Men just dessa beslut har också inneburit en

acceptans av en verksamhet som är blivit en del av den offentligt finansierade vården på grunder som kan ifrågasättas.

Det verkar som att landstingen har agerat nästintill panikartat på framväxten av den digitala parallella vården. Digital vård som i dag bedrivs av externa nätläkarbolag (i flera fall utan egna avtal med landstingen) ersätts per besök baserat på s.k. utomlänstaxa. Det hade varit rimligt att analysera om det är förenligt med intentionerna med utomlänsbestämmelserna i HSL att digitala besök, som tack vare den utvecklade tekniken kan erbjudas när som helst under dygnet till stora mängder patienter och dessutom är geografiskt obundna, omvandlas till s.k. utomlänsvård som styckersätts, i princip på löpande band. Intentionen med utomlänsbestämmelserna var från början att patienten de facto får tillfällig (främst specialiserad) öppen vård eller second opinion utanför sitt län. I stället för att redan tidigt ifrågasätta om digital vård verkligen bör behandlas som utomlänsvård, inte minst när patient och läkare kan befinna sig i samma landsting när vården ges, har man accepterat förhållandet och till och med tagit fram en separat ersättning för digitala besök som sker utomläns (se även avsnitt om underleverantörer nedan).

Är digitala vårdgivare underleverantörer i lagens mening?

När det i debatten talas om nätläkarbolag eller digitala vårdgivare, uppges de i de allra flesta fallen vara underleverantörer till vårdcentraler som är godkända och har kontrakt med landstinget. Nätläkarbolagen omfattas i dag, enligt praxis och delvis beroende på formuleringen i förfrågningsunderlagen, indirekt av huvudleverantörens kontraktsvillkor. De tjänster som erbjuds av en underleverantör i en sådan konstruktion har enligt praxis också blivit en del av den offentligt finansierade vården. Tolkningen har gjorts att en underleverantör av hälso- och sjukvårdstjänster automatiskt också blir ”valbar” inom valfrihetssystemet på samma sätt som en huvudleverantör enligt formuleringen i bl.a. Riksavtalet för utomlänsvård och digitala vårdtjänster inom primärvården:

Landstingens betalningsskyldighet till underleverantörer

På motsvarande sätt som gäller för utförare av verksamheter som upphandlats enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU) bedöms även utförare inom verksamheter enligt Lagen om valfrihet (LOV) kunna anlita underleverantörer oavsett om detta är reglerat i förfrågningsunder-

laget eller ej, givet att underleverantören i tillämpliga delar uppfyller samma krav som ställs på utföraren. Beställaren prövar om utföraren svarar mot ställda krav och utföraren svarar för kontakten med underleverantören. Underleverantören blir via utföraren indirekt ansluten till offentlig finansiering och således även valbar för patienter från hela landet enligt intentionerna i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

I vare sig den nationella lagstiftningen avseende valfrihetssystem, offentlig upphandling, eller i EU:s upphandlingsdirektiv, finns någon legal definition av begreppet *underleverantör*. Enligt LOV gäller i dag att flera leverantörer i samverkan kan ansöka om att ingå i ett valfrihetssystem. Detsamma gäller i ett upphandlingsförfarande enligt LOU. Landstinget eller den upphandlande myndigheten kan inte ställa krav på viss juridisk form på de aktörer som ansöker om att få ingå i valfrihetssystemet, men kan ställa sådana krav efter godkännande och avtal om det anses nödvändigt för uppdragets fullgörande. Nya krav kan således ställas på utförarna efter ingånget avtal. Vid själva ansökan spelar det dock ingen roll hur en utförare själv eller sammellan med andra aktörer väljer att organisera sig, bara kraven i förfrågningsunderlagen är uppfyllda.

I LOU har upphandlande myndighet getts en uttrycklig skyldighet att ställa krav på leverantören när underleverantörer är involverade i uppdraget. I 17 kap. 2 § andra stycket LOU regleras bl.a. att den upphandlande myndigheten ska kräva att leverantören säkerställer att dennes underleverantörer som direkt medverkar till att fullgöra kontraktet uppfyller de villkor som har ställts på leverantören. Det finns ingen motsvarande uttrycklig bestämmelse i LOV och det får konstateras att konstruktionen av LOV och LOU skiljer sig åt (bl.a. eftersom LOV anges utgöra en tjänstekoncession till skillnad från upphandlingslag som LOU). Det är dock inte orimligt att anta en tolkning av LOV, särskilt i avsaknad av resonemang kring underleverantörsförhållanden, att en leverantör – för att kunna räknas som underleverantör i upphandlingsrättslig mening – kan förväntas att i tillräcklig utsträckning, eller i vart fall i någon mån medverka till fullgörandet av huvudleverantörens kontrakt.

Om ett så kallat nätläkarbolag i egenskap av underleverantör således erbjuder exempelvis digitala vårdtjänster till de hos huvudleverantören listade patienterna eller levererar en it-plattform för att digital vård ska kunna ges till huvudleverantörens listade patienter, bör bolaget rimligtvis anses medverka till fullgörandet av huvudleveran-

törens uppdrag och därmed rättsligt betraktas som underleverantör. Om bolaget däremot inte i tillräcklig utsträckning erbjuder digitala vårdtjänster till de hos huvudleverantören listade patienterna, utan huvudsakligen har egna patienter i samma eller andra landsting som dessutom är listade hos andra utförare, torde bolaget inte kunna betraktas som underleverantör i rättslig mening. Den s.k. underleverantören bör då snarare ses som en extern leverantör eller samarbetspartner till huvudleverantören. Att begreppet underleverantör används i de affärsförhållanden det handlar om saknar i detta fall rättslig betydelse. Det väsentliga är att en underleverantör i tillräcklig utsträckning medverkar till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag. Huruvida nätläkarbolaget bör anses vara valbar såsom ersättningsberättigad utförare enligt den av SKL bestämda utomlänstaxan, har dock såvitt framkommit inte rättsligen vare sig ifrågasatts eller prövats. Utredningen bedömer dock mot bakgrund av ovanstående att den nämnda skrivningen i Riksavtalet synes väl långtgående.

10.1.6 Den särskilda ersättningen för digital utomlänsvård visar att systemet inte är anpassat för digitalt vårdutförande

Kostnaden för ”nätläkarvården” beskrivs ibland som dyr, ibland som billig när den jämförs med primärvården i övrigt. De olika slutsatserna beror på om man jämför den specifika ersättningen en utförare får för ett besök, eller om man jämför alla de offentliga medel som går till en utförare och slår ut dem på antal hanterade besök. Innehållet i besöket spelar såklart också roll för hur det ska värderas.

För digitala utomlänsbesök finns i dag en nationell taxa som har beslutats av landstingen efter rekommendation från SKL. I skrivande stund har en ny rekommendation kommit från SKL om att sänka ersättningen till 500 kronor. Eftersom detta inte har beslutats eller implementerats av landstingen utgår analysen nedan från dagens ersättningsnivå (augusti 2019). Den innebär att ett digitalt utomlänsbesök ersätts med 650 kronor per besök. Fram till 2019 fungerade Region Jönköping som något slags hubb för digitala aktörer men under 2019 har de största aktörerna flyttat till Region Sörmland. Patientavgiften för ett besök utgår från utförarlandstingets vanliga patientavgift, och vård som utgår ifrån Sörmland är avgiftsfri. För ett digitalt besök hos en vårdgivare som är registrerad i Jönköping är

patientavgiften 250 kronor. För besök hos nätläkarbolag med avtal med vårdcentral i Sörmland står alltså hemlandstinget för hela kostnaden på 650 kronor.

Vid jämförelse av besöksersättningen för besök till läkare ersätts de digitala utomlänsbesöken högre än den ersättning som en utförare får för ett inomlänsbesök, oavsett landsting.

Vad menar då de som säger att nätläkarbesöken utomläns är billiga? Vårdcentraler ersätts till stor del med så kallad kapitering, vilken viktas på olika sätt beroende på patientunderlag och vårdcentralens geografiska belägenhet. I många landsting kombineras kapiteringen med en styckersättning per besök. Vården i siffror presenterar indikatorn ”Kostnad per vårdkontakt i primärvården” (vardenisiffror.se 2019). En siffra som varierar mellan 1 349 kronor i Region Skåne och 2 121 kronor i Jämtland Härjedalen. För riket ligger siffran på 1 706 kronor. Indikatorn beskriver landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården. Vid beskrivning av indikatorn står följande.

Kostnadsjämförelsen är grov eftersom primärvårdens vårdkontakter inte speglar hela primärvårdsinsatsen. Det kan också vara olika hur vårdkontakter inom hemsjukvården eller via telefon registreras. Vårdkontakter kan variera i tid och därmed i resursåtgång, vilket inte fångas i måttet. Till exempel spelar det stor roll för utfallet om en vårdgivare strävar efter att ta upp flera av patientens hälsoproblem vid ett och samma besök, eller om man i stället föreslår patienten flera och kortare besök. Kostnad per vårdkontakt kan ändå vara ett stöd vid analys av kostnaden för primärvården i ett landsting eller en region.

(Vården i siffror, 2019).

Det är alltså en genomsnittlig kostnad, medan ersättningen till digitala utomlänsaktörer inte säger något om genomsnittskostnad utan den exakta ersättningen de får för varje besök.

Kapiteringsersättningen är i dagsläget förbehållen utförare som har avtal med landsting och eftersom majoriteten av de digitala utomlänsbesöken i dag sker genom underleverantörsavtal får de ingen kapiteringsersättning.

Ett genomsnittligt besök hos Kry varar i 8 minuter enligt Kry själva (möte med Kry augusti 2018). Läkare i primärvården svarade år 2015 att de i genomsnitt tillbringar 24 minuter med patienten vid ett besök (IHP 2015). Utifrån detta kan vi anta att innehållen i besöken skiljer sig men vi vet i dag inte tillräckligt om innehållen i besöken. Både ett digitalt utomlänsbesök och ett vårdcentralbesök är dyra jämfört med rådgivning via 1177.

Parallella ersättningssystem skapar snedvridande incitament

Utredningen bedömer att det är ett problem att ersättningen blir olika beroende på en rad olika faktorer som egentligen inte har med besökets innehåll eller vårdbehovet att göra. En utförare som arbetar med avtal med ett landsting och börjar erbjuda sina listade patienter digitala konsultationer ersätts på ett sätt. Om samma utförare i stället startar ett separat bolag och gör det till underleverantör till en annan utförare i ett annat landsting och fortfarande erbjuder *samma patienter* digitala konsultationer blir ersättningen en annan.

Även om det finns ökande antal exempel på s.k. digitala vårdgivare som öppnar vårdcentraler enligt LOV, finns det också en trend som drar åt andra hållet, dvs. att bolag som driver vårdcentraler öppnar separata digitala vårdbolag där de tar emot patienter digitalt på utomlänstaxa. Det tycks alltså finnas ett kraftigt snedvridande incitament i att ett utomlänsbesök ersätts högre än ett inomlänsbesök. Det ger en indikation om att ersättningen för ett digitalt utomlänsbesök är hög. Två parallella ersättningssystem skapar orättvis konkurrens mellan dem som väljer att driva vården digitalt via utomlänsavtal jämfört med dem som driver vården digitalt med utgångspunkt från hemlandstinget eller befintlig vårdcentral, oavsett om denna är i privat eller offentlig regi.

Systemfelet ligger i att det, oavsett nivå, överhuvudtaget skapas ett separat ersättningssystem för dessa kontakter. Här finns en tydlig länk till ersättningssystemet i övrigt, där landstingen, i sina försök att styra mot kontinuitet etc. har skapat flera olika vägar där incitamenten riskerar att slå fel. Det handlar om fysiska s.k. utomlänsbesök som ersätts ibland tio gånger så högt som ett inomlänsbesök – och detta gäller oavsett om besöket är en engångsföreteelse eller om det görs av exempelvis en person som pendlar mellan två landsting och alltid besöker samma vårdcentral nära jobbet. Inom landsting ersätts ofta besök olika beroende på om patienten är listad eller inte. Så kallade ”otrohetsbesök” ersätts ofta högre än ett besök från en patient som är listad. Så länge ett besök på annan vårdcentral än där man är listad ersätts högre blir det också gynnsamt för aktörer att hellre utveckla separata bolag där de tar emot digitala besök som underleverantör än att utveckla verktyget integrerat med den egna vårdcentralen. Även där riskerar incitamenten att slå fel.

Landstingens ansats att främja digital innovation leder till flera negativa konsekvenser

I diskussionen om ersättning för nätläkartjänster framförs ofta argumentet att en lägre ersättning riskerar att inte främja innovation och teknikutveckling. I SKL:s rekommendation 2017 att sätta ersättningen till 650 kronor slås fast att:

Ersättningen bör vara tillräcklig hög för att medge en utveckling av digitala tjänster med kvalitet och tillräckligt låg för att beakta att patientsegmentet främst utgörs av patienter med vanliga ”enkla” åkommor, att kringkostnaderna kan antas vara lägre än för fysiska besök och att patienten själv kan göra en del av arbetet genom symptomskattnings osv.

Att landstingen vill främja innovation och teknik är positivt, men att detta främjande i dag sker genom besöksersättning bör ifrågasättas av flera skäl. I dagsläget innebär det att det är mer gynnsamt för vårdgivare att skapa separata bolag för digitala tjänster och registrera dem i ett annat län, än att arbeta med både fysisk och digital vård inom ett och samma landsting. Ett resultat av detta blir också en ökad fragmentering av vården. I dagsläget innebär denna ersättning följande:

1. *Ett digitalt utomlänsbesök främjas framför ett digitalt inomlänsbesök.* I dag arbetar i stort sett alla utförare av primärvård med att utveckla digitala verktyg, kontaktvägar och arbetssätt. Den nuvarande ersättningen för digital utomlänsvård skapar incitament för aktörer att hellre starta ett separat bolag och bli underleverantör till en vårdcentral i ett annat landsting för just de digitala besöken än att driva vården utifrån befintlig verksamhet, även om syftet med att börja arbeta digitalt är att öppna möjligheten för de egna listade patienterna. Vi ser att denna utveckling sker i dag och vi ser att den missgynnar de aktörer som väljer att enbart arbeta inomläns.
2. *Underleverantörer (alt. externa leverantörer utan egna avtal enligt utredningens tolkning) främjas framför aktörer som har avtal med landstingen.* Den här frågan hänger ihop med frågan ovan, men med tillägget att det inte bara skapar incitament för att systematiskt arbeta med utomlänsvård utan att göra det som underleverantör i ett annat landsting. Besök som sker hos utförare utan avtal där man (som finansiär) inte har möjlighet att påverka, främjas alltså framför utförare som har avtal med landstingen.

3. *En kontaktväg främjas framför en annan.* När ersättningen för ett besök blir högre för att det sker med en viss kontaktväg (förutsatt att bolaget är registrerat i ett annat landsting) särbehandlas en kontaktväg framför en annan. Här kan tilläggas att inom vissa landsting ersätts ett mottagningsbesök, men inte en digital kontakt. Även detta riskerar att bidra till att de överväganden som vårdgivare gör inte kommer att bli helt optimala och baserade på behov.

Utöver detta bygger den särskilda taxan som nätläkare ersätts med vid utomlänsvård på styckprisersättning, som ger ytterst små incitament för triage eller vägledning eller att ge vård efter behov. En patient som inleder en kontakt som inte leder till ett besök genererar ingen ersättning för ett bolag som inte får kapiteringsersättning.

Utredningen vill också betona att även den utomlännersättning som ges för fysiska besök skapar snedvridande incitament. Den ersättningen kan vara tio gånger så hög som ersättningen för att ta hand om en patient som bor inom länet. Men kostnaden för att ta hand om en patient blir inte nödvändigtvis högre för att patienten har sin hemvist i ett annat län. Särskilt inte om utföraren riktar in sin verksamhet på att ta emot olistade patienter. Situationen försvåras av att landstingen också gjort olika tolkningar vad gäller om patienter får lista sig i ett annat landsting eller inte.

Om landstingen vill främja innovation och teknikutveckling bör de undvika att göra detta genom besöksersättningsystemen. De bör dessutom undvika att främja teknikutveckling genom ett system där de inte har möjlighet att påverka utvecklingen, säkra tillgång till data och uppföljning etc.

Den högre ersättningen är inte öppen och lika för alla

Den utförare som väljer att utveckla digitala kontaktvägar för de listade patienterna och arbeta integrerat, samt har avtal med landstinget i fråga, får ingen särskild fördel av detta främjande av teknikutveckling. Detta gäller alla befintliga vårdgivare som vill arbeta med att möta sina patienter digitalt. Små aktörer som driver enstaka vårdcentraler har troligtvis inte möjlighet att bilda ett separat bolag och göra det till en underleverantör i den region som för tillfället har det

mest tilltalande ersättningssystemet. Om landstingen vill främja teknikutveckling bör det göras på ett sådant sätt som är lika för alla.

Själva utomlänssdelen är ytterst teoretisk eftersom både patient och läkare kan befinna sig i samma stad, men vården blir ändå utomlänns ifall patientens hemlandsting är ett annat än där vårdbolaget är registrerat som underleverantör.

10.1.7 Konsekvensanalys av att inte vidta några åtgärder (nollalternativet)

Utredningens uppdrag är att ”Analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård”. Mot bakgrund av de problem som har beskrivits i detta kapitel kan vi dra slutsatsen att det system som råder i dag inte är långsiktigt hållbart. Eftersom ingen förutsåg att denna typ av verksamhet skulle etablera sig inom den offentligt finansierade marknaden, är det inte heller särskilt konstigt att dagens lagstiftning och ersättningssystem inte är skapade med dessa verksamheter i åtanke. Därmed torde det finnas utrymme för förbättring.

I utredningens direktiv betonas också att

Det är viktigt att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal.

Här kan också konstateras att så inte är fallet i dagsläget. Med aktörer som agerar självständigt på en hälso- och sjukvårdsmarknad helt utan egna avtal med landstingen, följer att det inte heller finns möjlighet att ställa reella krav på att de ska ta ansvar för forskning, utbildning av personal eller folkhälsoarbete. Likaså om det i avtalen med befintliga utförare inte heller specificeras vilka krav som ställs på underleverantörer eller externa parter som inte bistår huvudleverantören eller endast levererar en mycket liten del av huvudleverantörens vårduppdrag.

Att lämna området utan åtgärder skulle innebära bl.a. att nätläkarvården fortsätter att ersättas som utomlänsvård och med stor sannolikhet också att den fortsätter att öka. En okontrollerad ökning i ett separat system riskerar att öka ojämlikheten och bidrar

inte till en behovs- och kontinuitetsbaserad vård. Dessutom kommer sannolikt fler aktörer att etablera sig på marknaden, såväl privata som av landstingen utvecklade appar. Givet att landstingen är huvudmän för sjukvården är det svårt att se ett ”långsiktigt hållbart” system med bibehållen ansvarsfördelning i kombination med att vård i allt högre utsträckning sker utomläns. Utredningen har dock inte i uppdrag att se över ansvarsfördelningen mellan stat, kommuner och landsting och därmed söker vi andra lösningar än genom en ändrad ansvarsfördelning.

Nedan följer en analys av hur utredningen ser att utvecklingen går om området lämnas utan åtgärder, dvs. det s.k. nollalternativet. Ett grundläggande antagande vi gör är att digitala utomlänsbesök fortsätter att öka, eller minst fortsätter förekomma i ungefär samma mängd och utsträckning som i dag.

Huvudmännens inflytande över vården minskar och därmed också medborgares möjlighet till ansvarsutkrävande

Med vård som sker utomläns uppstår ett parallellt nationellt system med bristande möjlighet till politiskt ansvarsutkrävande. För varje nätläkarbolag med underleverantörsavtal med en vårdcentral i ett landsting finns det 20 huvudmän som står utan möjlighet till inflytande över vården trots att de finansierar den.

Landstingen är som huvudmän ansvariga för primärvården. Till det hör att de ska kunna ställa krav på utförare på allt ifrån vårdutförande till marknadsföring, patientsäkerhet och ha möjlighet att följa upp vården och föra dialog med utförare. Nätläkarbolagen har ofta utvecklade system och teknik för uppföljning och lärande i utförandet av vården. Men huvudmännen som finansierar samt ansvarar för vården för patienter i landstinget kan inte följa patienternas väg genom vården när den sker delvis i annat landsting. Det utgör ett problem på ett övergripande plan för vårdens utveckling, men också för legitimiteten i användandet av skattemedel. Med fortsatt ökning av utomlänsvården kommer 20 av 21 landsting fortsatt ha bristande möjligheter att påverka allt ifrån uppföljning av kvalitet, till krav vad gäller journalanvändning och marknadsföring. Det är alltså en fråga om legitimitet på ett övergripande plan. Hälso- och sjukvården finansieras främst med skattemedel och medborgare och patienter ska kunna utkräva ansvar av dem som har valts i demokratiska val för att

fatta beslut som rör vården i landstinget. Var sker det politiska ansvarsutkrävandet när ett landsting står som ansvarig för utförandet, medan den finansierande huvudmannen samt patienter som efterfrågar vården finns i ett annat landsting?

Utredningen har inte i uppdrag att lämna förslag som ändrar ansvarsfördelningen i vården. Utredningen anser dock att det behövs förslag som tar fasta på att vården inte ska kunna ske som utomlänsvård om det inte sker under ordnade former.

Ökande mängd patientdata fördelas mellan informationssystem som inte talar med varandra

Som framgår i avsnitt 8 kan patienter röra sig fritt mellan landsting men inte deras dokumentation, vilket får ses som en generell systembrist. De flesta nätläkarbolag har byggt upp sin verksamhet kring att systematiskt använda sig av utomlänsvårdsersättning. Det är två landsting som dominerar vad gäller hemvist för samarbeten med nätläkarbolag: Region Sörmland och Region Jönköping. I början av 2019 uppgav Region Jönköping att de hade cirka en miljon patienter i sitt journalsystem, tre gånger så många som är folkbokförda i Jönköping. Det finns i dag inget nationellt fungerande informationssystem. För patienter som, kanske ovetandes, varvar inomlänbesök med utomlänbesök är risken större än för patienter som gör alla sina besök inom ett län att patientdata inte finns tillgängliga vid besök. Som konstaterats tidigare berördes inte denna fråga vid införandet av patientlagen.

I dagsläget sprids patienters data och journaluppgifter i flera olika system (hemlandstinget – Jönköping – Sörmland) vilket gör det svårt för samtliga inblandade vårdgivare att få en god överblick. För patienten blir det troligtvis förvirrande och vilseledande eftersom de antagligen förutsätter att en vårdgivare som marknadsför sig på hemorten har fullständig information.

När vårdgivare inte har tillgång till journalinformation skapas potentiella risker för patientsäkerhet. Vårdgivare inom samma landsting kan också ha bristfällig tillgång till andra vårdgivares information, men där finns inte samma systematiska risk. Även om landstingen gemensamt eller staten omgående skulle ta tag i frågan om utbyte av patientinformation mellan landsting så är detta inte något som kommer kunna vara på plats förrän om flera år.

Separata system för digital vård och annan vård kommer troligtvis leda till högre kostnader totalt sett

De snedvridande incitament som ges av utomlänsersättningen (se föregående avsnitt) medför också en risk för att antalet aktörer som arbetar på detta sätt ökar. SKL har under juni rekommenderat landstingen att sänka ersättningen. Det kan komma att påverka utvecklingen mot att bolag söker fler avtal med huvudmän. Men så länge digitala utomlänsbesök hanteras separat från primärvården i övrigt är det föga troligt att andelen vård som sker på denna väg kommer minska.

Det finns en förhoppning om att digitala vårdgivare ska avlasta den fysiska vården. I dagsläget kan vi inte svara på om så sker vad gäller arbetsbörda, men med den ersättningsmodell som är vanlig riskerar de totala kostnaderna att öka, givet att en och samma patient har en ”kapiteringsavgift” som betalas till en vårdcentral där den är listad, samtidigt som besöken ”styckersätts” högre så länge hen gör besök hos nätläkare. Risken för ökade kostnader minskar dock i de landsting där kostnaden för det digitala besöket belastar den vårdcentral där patienten är listad. I de flesta landsting uppstår i dag en merkostnad när ett potentiellt vårdcentralsbesök i stället görs som ett digitalt utomlänsbesök (se kap. 19).

Ett sätt att undvika detta är att patienter som föredrar digital utomlänsvård uppmuntras ”avlista” sig så att kapiteringsersättning inte utgår för dem. Men det är en tveksam och orealistisk väg framåt. Det är dessutom en kortsiktig lösning, givet att den digitala vården inte kan utföra samma uppdrag som en fysisk vårdcentral. Utredningen ser alltså att det samhällsekonomiskt mest effektiva är att alla utförare ersätts enligt samma principer.

Det uppstår dessutom ökade kostnader för den administration som krävs för hantering av vårdbesök som sker hos annan huvudman än den där patienten är folkbokförd. Varje konsultation som sker hos utförare i ett landsting och patient bosatt i ett annat utlöser en rad händelser. Nätläkarbolaget har sitt samarbete med en vårdcentral och får alltså besöksersättning från den, den i sin tur får ersättning för besöket av landstinget. Landstinget i sin tur skickar faktura till patientens hemlandsting. Ibland kräver hemlandstinget vårdcentralen där patienten är listad på ersättning för detta besök (s.k. kostnadsansvar). Allt detta kräver administrativt arbete, vilket finansieras med skattemedel.

Utredningen ser också en risk att den totala konsumtionen av vård kan öka när vårdgivare lägger så stora resurser på marknadsföring som nätläkarbolagen gör i dag. Läkare i primärvården uppger att stor andel av de besök de hanterar avser sådant där egenvård hade räckt. När god tillgänglighet marknadsförs finns det en risk att denna typ av besök, som alltså inte är behovsbaserade, ökar.

Sammanfattande kommentar

Risken med ”nollalternativet” är således ökande kostnader, försämrade förutsättningar för kontinuitet, ökad fragmentisering vad gäller journaler och fortsatt inga möjligheter för 20 av 21 landsting att ställa krav på utförarna i systemet. I nästa avsnitt diskuteras alternativ framåt och vilka möjligheter landstingen har att agera.

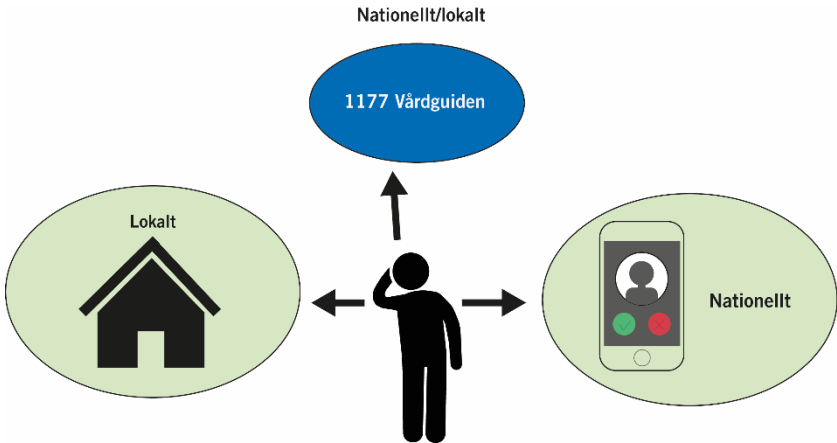
Det finns också aspekter som utredningen ser som särskilt viktiga att ta vara på vad gäller nätläkare. Dessa har vi nämnt i avsnitt 10.1.3 och dem tar vi med oss i nästa del där vi går igenom utgångspunkter för framtidens digifysiska vård.

10.2 Vården behöver bli digifysisk

I föregående avsnitt analyserades nuläget, de problem utredningen ser med dagens system och hur vi ser att utvecklingen kommer bli om området lämnas utan åtgärder. I detta avsnitt går vi igenom utgångspunkterna för framtidens digitala vårdtjänster och vilka vägar vi har övervägt längs vägen och förkastat. Vi går också igenom vilka åtgärder landstingen själva kan eller inte kan vidta. I figur 10.1 illustreras dagens vårdvalssystem.

Figur 10.1 Dagens vårdval och digital vård

I dagens system är de lokala vårdcentralerna och det nationella digitala systemet två åtskilda system med obefintlig integration. Patienten behöver själv försöka avgöra om det medicinska besväret bäst löses med hjälp av 1177 Vårdguiden, digitalt eller via vårdcentralen. Om patienten väljer fel är risken stor att behöva börja om från noll med nästa kontakt.



10.2.1 Utredningens överväganden om alternativa system

En diskussion som funnits med genom utredningsarbetet, och som också har kunnat urskiljas i den mediala debatten kring de s.k. nät-läkartjänsterna, är huruvida den digitala vården ska behandlas som en egen vårdnivå eller om verktygen och arbetssätten ska integreras mer med övrig primärvård.

Ur ett organisatoriskt perspektiv kan det hävdas att vissa av de digitala tjänsterna delvis redan utgör en egen vårdnivå. Vården sker framför allt genom bolag som betraktas som underleverantör till en vårdvalsutförare i ett landsting, men vården erbjuds nationellt och oftast inte till huvudleverantörens patienter.

I dagsläget kan man också säga att landstingen behandlar delar av den digitala vården som en egen vårdnivå. Landstingen har utvecklat en praxis varigenom de accepterat att betala för vårdbesök som utförs av en underleverantör som utför ett "bredare" uppdrag än att bistå en vårdvalsutförare i dennes uppdrag. Genom utomlänsvårdens rättsliga konstruktion har landstingen till och med skapat särskild ersättning för denna typ av vård. Den särskilda ersättningen löper

parallellt med övrig vårdvalsfinansiering. Samtidigt har majoriteten av landstingen inte möjlighet att påverka vare sig uppdrag eller uppföljning av utförarna.

Dessa parallella system kan innebära att patienter möter olika läkare, sjuksköterskor och team om de ena dagen söker digital vård och nästa söker sig till en vårdcentral. Eftersom det ofta kan vara så även för den som återvänder till samma vårdcentral är det troligtvis inget som upplevs anmärkningsvärt av många patienter.

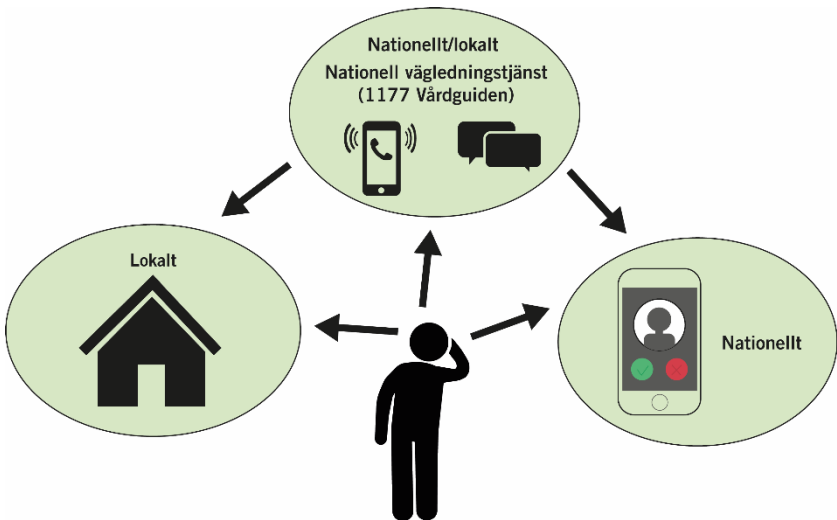
Bakom kulisserna delas information mellan olika journalsystem och landsting via NPÖ i den mån det är möjligt, och i den mån det finns tid. Patienter rör sig mellan olika system, men juridiken kring delning av information har inte utvecklats i samma riktning. Landstingen fakturerar varandra och ibland enskilda vårdcentraler. Vad som till vissa delar ser ut att vara ett nationellt system är alltså alltså alltså delvis ett regionalt system som inte ter sig effektivt eller logiskt.

Med bakgrund i vad som beskrivs i kapitel 9 och vad som analyseras i avsnitt 10.1.5 ser utredningen att det finns ett behov av åtgärder. Alternativet att lämna området orört och låta det fortgå som i dag avfärdas alltså av utredningen. Utredningen har under arbetets gång övervägt tre olika spår för vägar framåt. Vi redogör här för dessa inklusive hur vi bedömer förslagens för- och nackdelar. Vi motiverar också utredningens slutgiltiga ställningstagande.

1. En nationell (eller lokal) boknings- och vägledningstjänst med möjlighet till digitala konsultationer

Figur 10.2 Nationell vägledningstjänst

I detta system finns god integration mellan den nationella vägledningstjänsten (som kanske är ett utbyggt 1177 Vårdguiden) och vårdvalsutförare i form av vårdcentraler och nationella digitala vårdgivare. Såvida inte vägledningstjänsten får en formell grundvaktfunktion (vilket troligtvis inte vore effektivt) kommer patienten fortsatt kunna vända sig till utförarna direkt också. Även i detta system finns en risk för ineffektivitet och oklarhet om vart patienter bör vända sig.



1177 Vårdguiden är i någon mån en nationell tjänst som utgör en egen vårdnivå inom primärvården. 1177 är i dag ett starkt varumärke och har en stor fördel i att det är ett och samma nummer var upp-ringaren än befinner sig inom landet. Genom att bygga ut 1177 Vårdguiden rejält kan denna tjänst göras mer användbar för invånarna. Utbyggnaden behövs särskilt inom två spår: utökade tjänster och utökad integration med övriga vården.

Tjänsterna kan utökas och breddas till att erbjuda digital konsultation med olika professioner, ungefär som nätläkarappar, men också till att erbjuda flera ingångar än telefoni till tjänsterna, exempelvis triage via chatt och anamnes med bedömning genom artificiell intelligens. Medborgare bör dock givetvis även fortsättningsvis kunna

höra av sig via telefon och få rådgivning precis som i dag. I det fall sjuksköterskan (eller AI) bedömer att patientens behov kan tillgodoses genom en digital kontakt med exempelvis läkare kan de då slussas vidare eller bokas in till en så kallad nätläkarapp. Flera av dessa tjänster finns redan utvecklade av privata entreprenörer och kan således upphandlas och behöver alltså inte tas fram från grunden.

Dagens tjänster och de utökade tjänsterna behöver också integreras både vad gäller informationssystem men också vad gäller kommunikation. De som arbetar på 1177 Vårdguiden bör kunna boka in patienter till vårdcentraler för ”primärvårdsakuta” besök, liksom kunna boka in dem till digitala konsultationer.

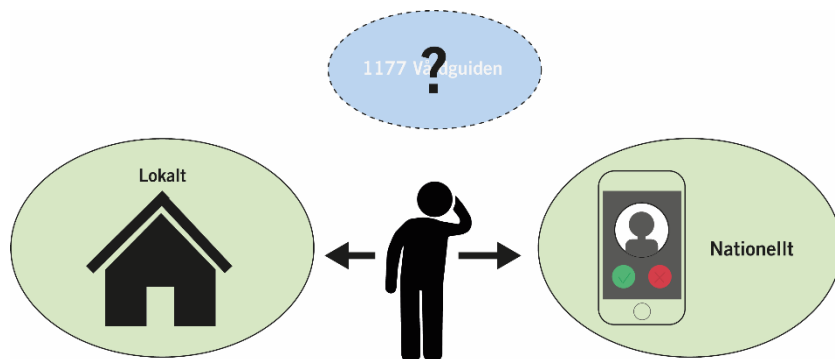
Tjänsten kan organiseras helt nationellt eller som 1177 är organiserat i dag, dvs. att varje landsting organiserar lokalt. Vägen in, alltså telefonnummer, app och internet, är samma för alla patienter.

Vissa delar av den här funktionen är redan på gång. Inera har tagit fram en målbild för första linjens vård och 1177 Vårdguiden som fokuserar på just dessa delar.

2. Digitalt vårdval

Figur 10.3 Vårdval och digitalt vårdval

I detta system fortsätter vårdvalet ungefär som i dag medan ett till vårdval, med enbart digital vård, uppstår vid sidan av. Patienten behöver även i detta system själv försöka avgöra vart hen ska vända sig vid ett medicinskt besvär. 1177 Vårdguidens roll blir oklar när det finns ett digitalt vårdval dit patienten kan vända sig utökade öppettider för vägledning och medicinsk bedömning.



Det andra tänkbara spåret som utredningen har övervägt är att införa ett digitalt vårdval med hjälp av lagen om valfrihetssystem. Även detta kan utformas nationellt eller lokalt. Syftet är att få in digitala vårdleverantörer som i dag enbart arbetar som underleverantörer under ordnade former där landstingen gemensamt kan ställa krav på utförarna. Precis som i befintliga vårdval styr patientens val vilka utförare som expanderar. Ersättningen kan exempelvis ges som kapi-tering per listad patient, och eventuellt kombineras med andra komponenter. Tydliga krav för vad digitala vårdvalsutförare ska erbjuda, i vilka journalsystem de ska arbeta, och hur de samverkar med andra delar av vården kan då utarbetas av landstingen.

Vid sidan av detta vårdvalssystem finns fortsatt dagens vårdvalssystem med utförare i form av fysiska vårdcentraler.

3. Vårdval med digifysiska primärvårdsutförare

I detta alternativ integreras de parallella system som finns i dag. I vårdvalsfrågningar för utförare inom vårdvalen ställs i detta alternativ krav på att alla organiserar sig så att de erbjuder möjlighet till digitala konsultationer och fysiska besök för den som behöver det. Utförare bestämmer själva hur de väljer att organisera detta, genom att själva bygga upp en digital tjänst, genom att upphandla en plattform, eller upphandla en underleverantör som står för de delar som utföraren själv inte vill eller kan hantera. Landstingen skulle också kunna ge exempelvis Inera i uppdrag att upphandla eller utveckla en teknisk plattform som de utförare som vill kan abonnera på.

Detta alternativ öppnar alltså för att landstingen ställer nya krav på befintliga vårdvalsleverantörer vad gäller kontaktvägar och tillgänglighet. Genom att ändra vårdvalet så att patienten förväntas välja en utförare som tillgodoser både krav på digitala och fysiska kontaktvägar medför detta nya krav på s.k. nätläkare. I detta system finns det ett antal olika tänkbara sätt för dem att fortsätta verka.

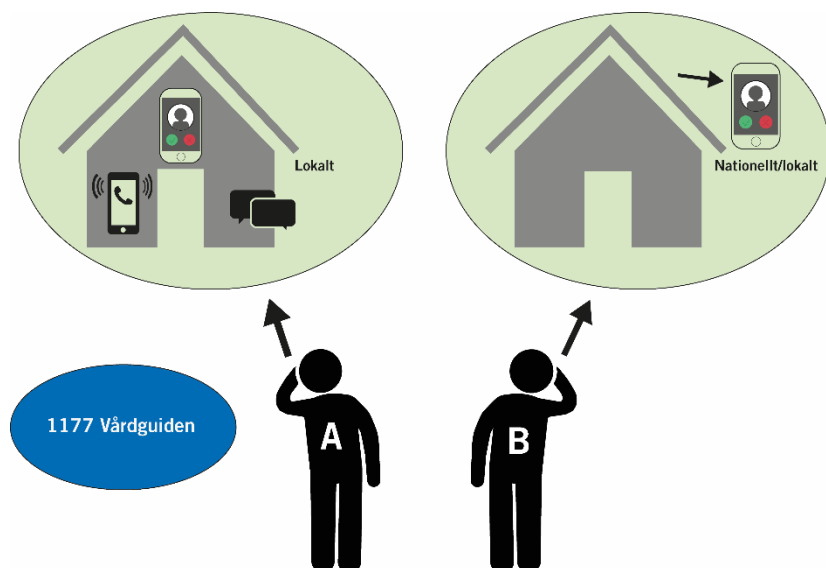
- De kan själva bli utförare inom vårdvalet. För att göra detta måste de alltså ha avtal med det eller de landsting där de vill verka, och på något sätt etablera fysiska vårdcentraler eller skaffa fysiska vårdcentraler som underleverantörer.
- De kan bli underleverantörer till fysiska vårdcentraler för att leverera den digitala vården. Sinsemellan får de då reglera ersättningen.

10.2.2 Utredningens bedömning är att digitala verktyg ska integreras i all vård

Digitalisering är ovärderlig för vården som ett verktyg i arbetet. Utredningen ser att vägen framåt är att integrera digitala verktyg i den traditionella vården och att alla vårdvalsutförare förväntas erbjuda både digital och fysisk tillgänglighet, ungefär som att alla utförare i dag förväntas vara kontaktbara över telefon. En trolig utveckling är att vissa vårdvalsutförare kommer ha en starkare digital profil och andra kommer ha tyngdpunkt på den fysiska tillgängligheten. Olika patienter kommer antagligen ha olika preferenser vad gäller utförarens profil. De förslag och bedömningar som utredningen lägger på detta område syftar alltså samlat till att primärvården ska bli digi-fysisk och närma sig det alternativ vi beskriver ovan som alternativ 3.

Figur 10.4 Digifysiskt vårdval

I detta system är fysiska och digitala arbetssätt integrerade hos alla utförare och patienten väljer den utförare som har en profil som passar bäst. Patient A väljer en utförare som utför alla delar själv. Utföraren kan kontaktas via telefon, chatt, video eller vanligt besök, och patienten har kontakt med samma läkare och team oavsett kontaktväg. Patient B väljer en utförare med underleverantör. Hen träffar inte (nödvändigtvis) samma personer, men utförare och underleverantör är integrerade via informationssystem och journaler, och patient B känner sig trygg med att oavsett vem hen vänder sig till känner de till hans medicinska historia.



Alternativ 2, och i viss mån även alternativ 1, som beskrivits ovan innebär på ett eller annat sätt att digital vård behandlas som en egen vårdnivå, separerad från dagens vårdvalsutförare. Att främja ett sådant alternativ skulle innebära att landstingen väldigt tydligt skulle behöva definiera två olika uppdrag inom primärvården. Det ena uppdraget skulle ingå i ”det vanliga vårdvalet” och enbart bestå av det som fysiska vårdcentraler erbjuder, och det andra skulle innebära ett digitalt och nationellt uppdrag.

Hälso- och sjukvården är ett synnerligen komplext system, en komplexitet som ständigt ökar i takt med ökande kunskapsmängd och specialisering. Hälso- och sjukvårdens stora utmaning för att uppnå effektivitet och patientcentrering är fungerande samverkan och koordination. Att i detta läge splittra primärvårdens uppdrag mellan ett separat digitalt system som sköts av en typ av utförare eller ersätts på ett sätt, och ett ”fysiskt” system som sköts av en annan typ av utförare eller ersätts på ett annat sätt ter sig närmast kontra-produktivt. Utredningen ser att det finns goda skäl att primärvården behöver röra sig mot ett mer diversifierat uppdrag, men ser inte att skärningen går vid val av teknik eller arbetssätt. Den typ av enkla behov som nätläkarbesöken hittills ofta handlat om löses inte alltid digitalt – primärvården behöver därför förbättra sin tillgänglighet även för enkla behov som kräver fysisk vård. Utredningen ser också att det skulle vara ett oproportionerligt ingripande i den kommunala självstyrelsen att föreslå och besluta om en ny vårdnivå. Det öppnar även för frågor om dagens vårdvalsutförarens arbetssätt, ska de inte arbeta mer med digitaliseringens möjligheter och enbart bidra med mottagningsbesök? Det framstår inte som effektivt.

När det gäller patienter med större behov, t.ex. kroniker inklusive så kallat multisjuka, behövs en utveckling mot att använda digitala kontaktvägar i ökad utsträckning. Det är hos denna kategori som behovet av kontinuitet är störst. Digitala kontaktvägar har stor potential i ett system som bygger på kontinuitet där patient och vårdpersonal har en väl etablerad kontakt och byggt upp ett ömsesidigt förtroende. Gruppen med större behov kommer att behöva varva fysiska besök med digitala kontakter. Gränsen mellan patienter med enklare behov och liten konsumtion och patienter med större behov och större konsumtion är på intet sätt tydlig utan tämligen flytande. Även utifrån detta perspektiv ter sig en uppdelning i två system ologisk.

Med den etiska plattformen som finns i dag är det också svårt att motivera varför det ska lämnas upp till patienten att avgöra vilken del av primärvården den ska kontakta. Varje patient som söker sig till fel nivå inom primärvården måste hänvisas vidare till den andra nivån. Risken för ökad vårdkonsumtion är stor.

Det hänger också ihop med att det i dag vare sig finns juridik eller teknik på plats för att smidigt överföra information om patienter mellan utförare och landsting. Utan att det kommer på plats först ser inte utredningen att man bör driva på mot en mer nationell digital vårdnivå.

Utbyggnaden av 1177 Vårdguiden pågår redan

Som beskrivits ovan pågår redan utbyggnaden av 1177 Vårdguiden. Trots att utredningen valt att inte lägga något förslag om utbyggnad av 1177 ser vi positivt på att tjänsten utvecklas och förbättras. Det kommer alltid att finnas tillfällen när den egna vårdcentralen inte går att nå och en patient ser behov av snabb kontakt. Då är det bra att detta system finns under ordnade former och med rätt prissättning. Ju mer personkontinuiteten byggs upp inom ramen för vårdvalet kommer troligtvis också kontakten till den egna vårdvalsutföraren att värderas högre även för snabba kontakter.

Precis som att 1177 i dag är uppbyggt vid sidan av vårdvalet är det rimligt att det fortsätter existera en nationell, men rejält förbättrad, rådgivningstjänst. Denna tjänst och det digifysiska vårdvalssystem som utredningen föreslår står inte i motsättning till varandra. Även i andra system finns ofta ett parallellt jourssystem. I Norge finns exempelvis legevakten dit patienter kan vända sig när fastlegen inte har mottagning.

Utredningen tror att det även i den svenska kontexten kan bli aktuellt att bygga ut en jourfunktion som tar emot både digitalt och fysiskt. Där kan 1177 fylla en funktion om integrationen blir bättre på att vägleda och hänvisa patienter när deras valda vårdcentral har stängt etc. Med modern teknik borde det vara möjligt att numret 1177 eller inloggning via 1177.se med identifiering automatiskt hänvisar dig till ”din vårdcentral eller ditt vårdteam” och att denna hänvisning kan se olika ut beroende på veckodag eller tidpunkt på dygnet.

Utöver att tjänsten 1177 utvecklas har också rollen fått konkurrens från andra aktörer. Nätläkaraktörer som Doktor.se och Doktor24 lägger stor tyngdpunkt på att vägleda patienten i vården och ge stöd i vart patienten bäst ska vända sig. I vissa delar har de kommit längre än 1177, exempelvis vad gäller möjligheten att boka in patienter till besök på fysiska vårdcentraler i vissa delar av landet. Samtidigt har de introducerat AI i sjuksköterskevägledningen. Även i 1177:s grundläggande funktion finns alltså konkurrens från andra aktörer.

Lärdomar från England

Det engelska systemet är ett intressant jämförelseobjekt eftersom det finns många likheter med det svenska systemet. Samtidigt skiljer det sig vad gäller valfrihetssystemet, bl.a. på så sätt att digitalt profilerade aktörer kommer in i systemet på andra villkor jämfört med i Sverige. Dessa skillnader innebär bl.a. att det inte i England går att agera som fristående vårdutförare och enbart erbjuda digital vård och få ersättning från det offentliga. Detta ligger alltså närmre det som utredningen ser att Sverige borde röra sig mot, men vi menar att det inte heller ska vara möjligt att som utförare enbart erbjuda fysisk mottagning. Utredningen vill se ett digifysiskt vårdvalssystem där patienter väljer den utförare som bäst passar deras behov och dit vänder de sig sedan oavsett om de ska ha kontakt med vården via 1177, över telefon, via app eller besöka en mottagning.

Här presenterar vi några av de lärdomar som vi har dragit utifrån den engelska systemet, och som vi ser att alla beslutsfattare inom hälso- och sjukvård bör bära med sig.

Ersättningen måste spegla den listade populationen

Utvärderingen av Babylon GP at Hand visade att den listade populationen är friskare och yngre än befolkningen i övrigt, samtidigt konsumerar de mer vård än förväntat i relation till deras ålder, och enklare tillgång är en av de vanligast angivna orsakerna till att lista sig hos utföraren. Om vi antar att samma gäller i en svensk kontext kommer det kräva en del utveckling av ersättningssystemen för att resurserna ska fördelas rätt. Om digitalt profilerade vårdvalsutförare ökar, och de liksom i England drar till sig yngre och friskare personer men som

gärna söker mer vård, är det viktigt att ersättningen viktas så att utförare som har mer vårdtunga patienter premieras.

Utförare måste ta ansvar för att patienter är införstådda med det val de gör

De patienter som är listade hos Babylon GP at Hand är generellt sett nöjda. Bland sådant som de var mindre nöjda med fanns bristande kontinuitet, avstånd till fysiskt mottagningsbesök och bland de som valde att lista om sig betonades att inte alla hade förstått konceptet med framför allt digital vård.

När det svenska systemet ställs om mot vårdval med digifysiska utförare är det mycket troligt att vissa utförare framför allt kommer ha betoning på det digitala utförandet. Det svenska systemet innehåller inga geografiska begränsningar för var patienter kan lista sig. En lärdom från England är att huvudmännen kräver av utförare att de tar ansvar för att patienterna förstår den tjänst de väljer. Om en utförare gör reklam långt ifrån där de har möjlighet att erbjuda fysisk mottagning eller över rikstäckande media eller internet bör det vara en självklarhet att reklamen också innehåller information om var närmsta fysiska mottagning ligger och att om patienter listar sig hos dem förväntas de ta sig dit vid behov av fysiskt möte.

För att ge utförare incitament att inte uppmuntra patienter att lista om sig för enskilda besök och därmed bidra till hög omlistningsfrekvens bör även ersättningsystemen uppmuntra kontinuitet, exempelvis med en kapiteringsersättning som ökar ju längre patienterna är listade.

Digitala arbetssätt skapar flexibla arbetsförutsättningar för professionerna

Utöver de fördelar som digitala kontakter erbjuder patienter i form av tillgänglighet, tidssparande och flexibilitet öppnar det också för nya flexibla lösningar för dem som arbetar i vården. I utvärderingen av Babylon GP at Hand visar det sig att läkare som arbetar där är mycket nöjda, vilket bl.a. beror på arbetsmiljö, flexibilitet och möjlighet att kombinera arbetet med familjeliv.

I utvärderingen av Babylon GP at Hand görs en reflektion kring att utförare som de kanske kan bidra till att läkare som annars inte skulle stanna, eller påbörja arbete inom, primärvården väljer att arbeta där. Samtidigt finns också en fundering kring att om fler utförare arbetar på det sättet finns också en risk att läkare inte vill arbeta inom vanliga mottagningar längre. Eftersom BGPaH inte utför hela uppdraget (exempelvis inte hembesök hos patienter som bor längre bort) och inte heller lämpar sig för alla patienter är det inte en möjlig väg framåt att alla skulle arbeta på det sättet.

I ett framtida vårdvalssystem där alla utförare arbetar digifysiskt öppnas för möjligheter att erbjuda mer flexibilitet till yrkesgrupper som vanligtvis inte har möjlighet att ha en särskilt flexibel arbetsdag. Med möjlighet att under säkra former arbeta digitalt öppnas t.ex. möjligheten att arbeta hemifrån någon dag i veckan. Om det i sin tur kan leda till att fler allmänläkare arbetar heltid i stället för som i dag deltid kan samhällseffekterna, t.ex. när det gäller kompetensförsörjningen, bli betydande. Det gäller även andra arbetsgrupper där exempelvis sjuksköterskor som arbetar med triage kan få en lättare arbetsbörda med digitala stöd.

Vikten av att vårdvalsutförare har avtal med huvudmännen

I utvärderingen av Babylon GP at Hand och i kontakt med representanter från NHS framgår att vissa problem som har uppstått med den helt nya typ av utförarsätt som Babylon GP at Hand står för har kunnat lösas efter dialog mellan utföraren och beställaren (NHS). Det rör dels marknadsföring, dels information riktad till patienten där det har framkommit att det inte har varit tydligt för alla patienter att de faktiskt listar av sig från sin nuvarande utförare om de listar sig hos Babylon GP at Hand. Detta har kunnat lösas med dialog där utföraren sedan har ändrat sin marknadsföring respektive patientinformation.

I Sverige saknas möjligheten för huvudmännen att föra dialog på detta sätt eftersom utförarna inte har avtal med alla de huvudmän inom vars geografiska områden som marknadsföring riktar sig till patienter och invånare, men också eftersom det hittills huvudsakligen är genom underleverantörskap som de har avtal.

10.2.3 Landstingen har möjlighet att agera

Emellanåt uttrycks en förväntan eller förhoppning om att landstingen ska skapa ett nationellt system för digitala vårdgivare. Ursprunget till utredningens uppdrag när det gäller de s.k. nätläkarna verkar till stor del komma av dels oro över en snabb och oförutsedd utveckling som inte verkar bidra till ökad jämlikhet i vården, dels att huvudmännen upplever viss maktlöshet över det sätt som de digitala vårdgivarna har etablerats i primärvården; ofta (inte alltid) som ”underleverantörer” till befintliga fysiska utförare. I debatten har väckts krav på skyndsamma åtgärder för att i styrningen av vården komma till rätta med de upplevda problemen.

Det finns delar som inte är i landstingens händer vad gäller att styra utifrån den problembild vi ser i dag. Även om landstingen skulle gå samman och bestämma sig för att skapa ett nationellt system för digitala tjänster så kvarstår, givet den tolkning av patientlagen som landstingen i dag utgår ifrån, möjligheten för vårdgivare att skapa nya bolag som verkar utifrån det landsting där det är mest lukrativt för dem att vara. Allt annat lika skulle vi alltså i slutändan ha både de aktörer som upphandlas eller skapas i landstingens gemensamma system och fristående aktörer som i dag.

Samtidigt sitter landstingen till stor del på verktygen för att upprätta ett mer digifysiskt vårdvalssystem. Som huvudmän för vården har de möjlighet att ställa krav på utförare (som de har avtal med) vad gäller dels sådant som kontaktvägar som ska tillhandahållas, men också hur underleverantörer används. Landstingen har också i sin makt att tillsammans enas om vissa krav som gör att det inte uppstår incitament att använda sig systematiskt av utomlänsvård. De kan också gemensamt ställa krav på utförare vad gäller marknadsföring.

Samtidigt kan utredningen konstatera att landstingen hittills förhållit sig relativt passiva, bl.a. när det gäller att utreda vilka åtgärder som kan vidtas (utöver en sänkt ersättning). I det följande ges exempel på sådana åtgärder som åtminstone borde övervägas av huvudmännen. Däremot tar utredningen inte ställning till om sådana åtgärder bör genomföras på kort sikt eftersom vi bedömer att våra samlade förslag sammantaget åstadkommer en mer långsiktigt hållbar lösning.

Se över riksavtalet

Landstingen kan inte ändra lagstiftningen, men de kan se över de frågor de själva äger, som exempelvis frågan om ersättning för olika åtgärder. Landstingen har redan vid ett antal tillfällen enats om nivåer på avgifter för digitala utomlänsbesök. Åtgärden kan motiveras med att ersättningen bättre ska motsvara kostnader för utförare. Kostnaderna antas vara lägre för att besöken är kortare vilket troligtvis till stor del beror på att man hanterar enklare ärenden. De kostnader som antas uppstå för en vårdgivare som får ”oväntade” utomlänsbesök är irrelevanta för digitala aktörer, och särskild utomlänsersättning bör därför inte gälla för dem.

Med fortsatt sänkt ersättning för digitala utomlänsbesök är en tänkbar konsekvens att nätläkarna får ökade incitament att hitta andra avtalsformer. Detta är en utveckling som redan pågår. I längden kan då landstingens kostnader sänkas och faktureringen mellan landstingen kan minska.

Om vårdgivare med digital profil anser sig förfördelade av en sådan policy, kan de precis som majoriteten av utförarna gör i dag, sluta egna avtal med landstingen om att utföra hela uppdraget och inte bara den digitala delen. På samma sätt ser vi att om landstingen ska ersätta nätläkare för exempelvis den utökade öppettiden i och med att de ofta har längre öppettider än vårdcentraler, är också detta något som enbart ska göras om de har avtal direkt med landstingen. Det finns inget skäl för landstingen att ersätta något de inte har beställt.

Tänkbara konsekvenser av sådan åtgärd är att landstingens kostnader sänks när de betalar mindre per kontakt. Det finns dock andra fördelar för nätläkarbolag att enbart verka genom en vårdcentral i ett landsting, t.ex. att bara arbeta i ett journalsystem. Det talar för att faktureringen mellan Jönköping respektive Sörmland och övriga landsting kommer fortgå oförändrat, i alla fall på kort sikt. Samtidigt får nätläkarna minskade intäkter, vilket troligtvis ökar deras incitament att öppna fler egna vårdcentraler för att ta del av kapiteringsersättning. På medellång sikt kan alltså faktureringen mellan landsting (utomlänsvården) minska.

En invändning mot detta sätt att hantera frågan är att digital utomlänsvård fortsätter som ett eget separat ersättningssystem som löper vid sidan av det ordinarie vårdvalssystemet. Att fortgå med en separat

ersättning ger legitimitet till att arbeta utan avtal med huvudmännen. Det är svårt att se långsiktigheten i detta sätt att hantera frågan.

Se över tillämpningen av patientlagen

Med utgångspunkt i intentionerna bakom patientlagen skulle landstingen kunna göra en analys av vad som närmare bör avses med begreppet *utomlänsvård*. Det kan exempelvis handla om att vård som är oberoende av geografi inte bör ingå i begreppet utomlänsvård och därmed inte vara ersättningsberättigad. Om utförare då erbjuder vård till patient vars landsting de inte har en avtalsrelation till får de inte det ersatt från hemlandstinget.

En sådan tolkning skulle skapa incitament för nätläkarbolagen att sluta avtal med landstingen, eller i alla fall med minst en utförare i varje landsting.

En annan tänkbar konsekvens är att nätläkarbolag etablerar sig i de landsting som erbjuder ersättning för digitala besök, men inga andra. Parallellt kan man tänka sig att de fortsätter erbjuda vård till patienter över hela landet, men till självkostnadspris. Här bör man föra en diskussion om jämlikhet för olika patienter oavsett geografi. Samtidigt är det i allas intresse att vårdgivare har avtal med landsting om de ska ersättas för vården.

Se över vilka krav landstingen ställer på vårdvalsutförare inklusive användning av underleverantörer

Genom förfrågningsunderlagen till vårdvalsupphandlingarna har landstingen stor möjlighet till inflytande över vårdvalsutförare. Här kan de ställa krav på sådant som att tillhandahålla vissa kontaktvägar. De kan också tydliggöra exempelvis att en underleverantör ska bidra till uppfyllande av uppdraget och inte något annat. Genom det sistnämnda kan också avtal med flera huvudmän främjas, och den mängd vård som sker inom ramen för utomlänsvård minskas.

10.2.4 Förbättrade möjligheter att utbyta information

En avgörande komponent för att nå målbilden om framtidens vård är att öka förmågan att samla resurser från olika vårdgivare eller huvudmän runt patienten liksom förmågan att skapa ett fungerande informationsutbyte om patienten. Särskilt viktig är en sådan utveckling för de patienter som har de största behoven, som konsumerar mest vård och som ofta har behov av insatser från både landsting och kommun. För att de olika vårdgivarna ska kunna ge bästa möjliga vård behöver de få del av varandras vårddokumentation om patienterna. Detta har varit ett centralt tema under hearingar, i samtal med nätläkarna och med andra privata vårdgivare. Bristerna vad gäller möjligheter till informationsutbyte innebär risker ur patientsäkerhetsperspektivet men motverkar också rörlighet, samverkan och innebär sannolikt också mycket stora effektivitetsbristkostnader. Samtidigt behöver viktiga överväganden göras ur integritetssynpunkt med hänsyn till befintlig dataskydds- och sekretesslagstiftning.

Trots de senaste årens utveckling mot en ökad mångfald av vårdgivare, ökade valmöjligheter för patienten, samt ett ökad åtagande för kommuner som hälso- och sjukvårdshuvudmän, har frågan om hur informationen enkelt ska kunna följa med patienten över alla dessa vårdgränser inte beaktats. Inga åtgärder vidtogs vare sig i samband med införandet av vårdvalssystemen, patientlagen eller i hemsjukvårdsreformen, som innebär att landstingen växlade över ansvaret för hemsjukvård till kommunerna. Flera andra tidigare utredningar har dock slagit fast att nuvarande lagstiftning om informationsutbyte inte ger tillräckliga förutsättningar för de gränsöverskridande organisationer och arbetssätt som hälso- och sjukvården behöver utveckla (SOU 2014:23, SOU 2015:32, SOU 2016:2).

Förutsättningarna att utbyta information behöver därmed bli bättre för att öka kontinuiteten, nå bättre omhändertagande av de mest resurskrävande samt underlätta primärvårdens funktion att koordinera, överblicka och samarbeta med övrig vård i landsting och kommun.

Ett exempel är vårdvalet (LOV) som innebär valfrihet och fri etablering (när vårdgivare uppfyller ackrediteringskraven). Samtidigt innebär lagstiftningen att information inte får flöda lika smidigt mellan offentliga och privata vårdcentraler och sjukhus, som information får göra mellan enbart offentligt drivna aktörer. För att vara tydlig; kommuner och landsting med få privata leverantörer i sitt offentligt-finansierade system har

bättre legala förutsättningar att skapa en ändamålsenlig informationshantering än kommuner och landsting med många privata aktörer. För invånare blir detta ett slags postkodlotteri. Det var sannolikt inte tanken med reformen.

(Sundström 2018)

Patienter är generellt sett positiva till att journaluppgifter delas mellan olika vårdenheter (se Vårdanalys 2017e). I patientundersökningen International Health Policy Survey från 2016 svarade cirka 90 procent av respondenterna att de önskar att läkare ska ha tillgång till tidigare journaluppgifter (Vårdanalys 2016a).

11 Tillståndsprovning inom hälso- och sjukvården

I detta kapitel beskriver utredningen de krav som i dag ställs på tillstånd, anmälan och annan provning av verksamheter i hälso- och sjukvården.

Utredningen har uppdraget att utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprovning eller alternativ till sådan provning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

11.1 Tillståndsplikt, anmälan och annan provning av verksamheter i hälso- och sjukvården i dag

11.1.1 Statens kontroll utövas främst genom anmälan av verksamhet, beslut om legitimation och tillsyn

Huvudregeln är att vårdgivare ska anmäla verksamhet till IVO

Det krävs som huvudregel inte tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. I stället finns ett generellt krav på att den som vill bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet ska anmäla det till IVO senast en månad innan verksamheten påbörjas. Detsamma gäller om en pågående verksamhet helt eller till väsentlig del förändras eller flyttas. Om verksamheten läggs ned, ska det snarast anmälas till IVO (2 kap. 1–2 §§ PSL). Det görs inte någon särskild provning kopplat till anmälan men den som inte anmäler på

föreskrivet sätt kan dömas till böter (10 kap. 1 § PSL). Anmälningsskyldigheten omfattar både offentliga och privata vårdgivare. I 2 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) anges att en anmälan ska innehålla uppgifter om

- verksamhetens inriktning,
- var verksamheten ska bedrivas,
- vem som är verksamhetschef,
- vem som ansvarar för anmälningsskyldigheten enligt 3 kap. 5–7 §§ patientsäkerhetslagen,
- verksamhet enligt 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen som
- anlitas eller avses anlitas, och
- den patientförsäkring som tecknats för verksamheten.

Syftet med anmälan är ge IVO kännedom om de verksamheter som står under myndighetens tillsyn. IVO för ett register över de aktörer som har anmält att de ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 4 § PSL), det s.k. vårdgivarregistret. Registret får bl.a. innehålla uppgifter om namn eller firma och personnummer eller organisationsnummer för den som bedriver verksamheten, var verksamheten bedrivs, verksamhetens inriktning samt datum för inspektion av verksamheten (2 kap. 3 § patientsäkerhetsförordningen). Registret får användas för tillsyn och forskning samt för framställning av statistik.

Tillstånd krävs endast i särskilda reglerade situationer

I ett fåtal fall inom hälso- och sjukvården krävs tillstånd för att bedriva en viss verksamhet. En gemensam nämnare tycks vara att det handlar om verksamhet där det ställs särskilt höga krav på säkerhet eller att det handlar om verksamhet där det finns inslag som inte omfattas av yrkesansvaret enligt patientsäkerhetslagen. I samtliga fall är tillståndskravet reglerat i speciallagstiftning:

- Abort i vissa fall enligt abortlagen (1974:595)
- Blodverksamhet enligt lagen (2006:496) om blodsäkerhet

- Viss hantering av mänskliga vävnader och celler enligt lagen (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler
- Verksamhet för utbyte av sprutor och kanyler enligt lagen (2006:323) om utbyte av sprutor och kanyler
- Omskärelse i vissa fall enligt lagen (2001:499) om omskärelse av pojkar.

En mer generell tillståndsplikt har tidigare avfärdats av regeringen

I förarbetena till bestämmelsen om kravet på anmälan av verksamhet övervägde regeringen om ett tillståndsförfarande i stället borde införas (prop. 1995/96:176). Enligt regeringen skulle ett krav på tillstånd innebära en förhandsgranskning inför etableringen av en verksamhet. Avsikten vore att sålla bort oseriösa verksamhetsutövare så att allmänheten garanteras en viss grundkvalitet redan när verksamheten startar.

Enligt regeringen vore *fördelar* med tillstånd för verksamhetsföreträdaren att förutsättningarna för verksamheten klarlagts och sedan ligger fast så länge verksamheten inte förändras nämnvärt. För myndigheten skulle förfarandet innebära att man tidigt får kännedom om planerade etableringar och möjlighet att påverka utformningen. En annan fördel bedömdes vara att man får personlig kontakt med verksamhetsutövaren och att handläggningen i sig kan ge kunskaper som senare kan visa sig värdefulla i tillsynsarbetet.

Som *nackdelar* bedömde regeringen att tillståndsprovning ofta är administrativt tungrodd och resurskrävande för myndigheten. För verksamhetsföreträdaren kan tillståndsprovningen bli både kostsam och tidsödande. Vidare speglar ett godkännande egentligen bara förhållandena vid själva beslutstillfället. Ett tillståndsförfarande kan också lätt uppfattas som om tillståndsmyndigheten i viss mån har ett ansvar för själva verksamheten. Slutligen finns en risk för att provningen, även med de bästa ambitioner, blir ytlig och att ett medgivet tillstånd därför i praktiken kan ge en falsk trygghet.

Regeringen avfärdade också alternativet att införa certifiering och ackreditering för verksamheter genom någon form av extern tredjepartsbedömning. Även om det bedömdes att förfarandet i flesta fall

kan antas medföra kvalitetsvinster har det i princip också samma nackdelar som tillståndsförfarandet.

Regeringens slutsats var att fördelarna med ett tillståndsförfarande inte uppväger nackdelarna. Utgångspunkten är därför att kontrollen av hälso- och sjukvårdens kvalitet och säkerhet vilar på ett aktivt tillsynsarbete kompletterat med ett förhållandevis okomplicerat anmälningsystem (prop. 1995/96:176).

Tillsyn och krav på egenkontroll i hälso- och sjukvården

Tillsyn

Hälso- och sjukvården, dess personal samt de som tar emot uppdrag från hälso- och sjukvården står under tillsyn av IVO (7 kap. 1 § och 2 § PSL). IVO:s tillsynsuppdrag är brett formulerat och innebär att myndigheten granskar att verksamheter och personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt de beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (7 kap. 3 § PSL). IVO:s tillsyn ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL, vilket dels avser att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls, dels att vårdgivaren bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (se 7 kap. 3 § andra stycket PSL). IVO ska lämna råd och vägledning, bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden, förmedla kunskap och erfarenheter och informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 § PSL).

Tillsynen är riskbaserad och utgår från IVO:s egen riskanalys. För åren 2018–2020 har IVO prioriterat sju riskområden för nationella tillsynsinsatser:

1. Barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja
2. Personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg
3. Samsjukliga patienter riskerar att drabbas av bristande tillgång till vård och omsorg
4. Personer som behöver multidisciplinärt omhändertagande riskerar att drabbas av brister i vården

5. Patienter riskerar att inte behandlas utifrån sjukdomsbild och behov – tillgång på platser och personal blir styrande
6. Personer kan utsättas för risker kopplade till digitala vårdtjänster
7. Personer kan utsättas för risker kopplade till välfärdsteknik.

Ledningssystem och egenkontroll

För vårdgivare finns långtgående skyldigheter när det gäller ledning av verksamheten och egenkontroll. Av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete framgår vårdgivaren ska ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet ska användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet och vårdgivaren ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten (3 kap. 1–2 §§), vilket omfattar alla skyldigheter enligt lag.

Av PSL följer att vårdgivare ska dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten (3 kap. 9 § PSL) samt varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse (3 kap. 10 § PSL). Av berättelsen ska framgå hur patientsäkerhetsarbetet har bedrivits under året, vilka åtgärder som har vidtagits för att öka patientsäkerheten samt vilka resultat som har uppnåtts. Berättelsen ska innehålla en beskrivning av vilka åtgärder som vidtagits för att identifiera, analysera och så långt som möjligt reducera risker samt för att minska antalet tillbud och negativa händelser. Berättelsen ska också innehålla en beskrivning av vilka resultat som uppnåtts. Exempel på resultat kan vara att antalet fallskador eller vårdrelaterade infektioner har minskat, att rutiner har förändrats och att följsamheten till befintliga rutiner har ökat, att utbildnings- och träningsmöjligheter har införts eller att nya tekniska stödsystem har införts (se prop. 2009/10:210).

Yrkesansvar för legitimerade i hälso- och sjukvården

Inom hälso- och sjukvården finns till skillnad från övriga delar av välfärden relativt tydligt formulerade skyldigheter och ansvar för hälso- och sjukvårdspersonalen. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska

till exempel utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (6 kap. 1 §), den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 §), och är skyldig att bidra till att hög patient-säkerhet upprätthålls och rapportera risker för vårdskador m.m. till vårdgivaren (6 kap. 4 §). Vem som är hälso- och sjukvårdspersonal definieras i 1 kap 4 § PSL som den som har legitimation för ett yrke inom hälso- och sjukvården, personal som är verksam vid sjukhus och andra vårdinrättningar och som medverkar i hälso- och sjukvård av patienter samt den som i andra fall vid hälso- och sjukvård av patienter biträder en legitimerad yrkesutövare.

I Sverige finns för närvarande 22 legitimerade yrkesgrupper: apotekare, arbetsterapeut, audionom, barnmorska, biomedicinsk analytiker, dietist, fysioterapeut, hälso- och sjukvårdskurator, kiropraktor, logoped, läkare, naprapat, optiker, ortopedingenjör, psykolog, psykoterapeut, receptarie, röntgensjuksköterska, sjukhusfysiker, sjuksköterska, tandhygienist och tandläkare. När det gäller legitimationens innebörd har i förarbeten uttalats att

legitimationen utgör det mest framträdande beviset på en yrkesutövares kompetens inom hälso- och sjukvården. Legitimationen är ett uttryck för att en yrkesutövare står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för att personalen har en viss kunskapsnivå samt vissa personliga egenskaper och kvalifikationer. (2001/02:SoU13)

Legitimationen är personlig och kan återkallas under vissa förutsättningar. Skäl för återkallelse av legitimation är bl.a. att den legitimerade har varit grovt oskicklig vid utövningen av sitt yrke, visat sig uppenbart olämplig att utöva yrket eller på grund av sjukdom eller liknande omständighet inte kan utöva yrket tillfredsställande (8 kap. 3–5 §§ PSL). Vidare kan en prövotid om tre år i vissa fall beslutas för legitimerade yrkesutövare. Om det bedöms ha betydelse för patient-säkerheten ska även en särskild plan fastställas som den legitimerade ska följa (8 kap. 1–2 §§ PSL).

11.1.2 Huvudmännens prövning av verksamheter i hälso- och sjukvården

Landstingens prövning i samband med upphandling eller kontraktering

I avsnitt 4 ges en närmare beskrivning av förfarandet vid upphandling enligt LOU och kontraktering enligt LOV.

Uppföljning

När vården av en kommunal angelägenhet har lämnats över till en privat utförare genom avtal ska kommunen respektive landstinget kontrollera och följa upp verksamheten (3 kap. 19 § KL). För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste kommunerna och landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns på området samt övriga krav som följer av det avtal som slutits med den privata utföraren. Den exakta omfattningen av denna kontroll kan variera mellan olika områden, men huvudmannaskapet innebär att kommunen eller landstinget alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

11.2 Tidigare förslag och överväganden på andra områden

Sedan tidigare har det för vissa fall funnits tillståndsplikt att bedriva verksamhet inom LSS. Genom ändringar nyligen har tillståndsplikten utvidgats till flera områden.

11.2.1 Nya regler om tillstånd i skola, socialtjänst och LSS 2019

Med utgångspunkt i betänkanden från Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7) och Valfärdsutredningen (SOU 2016:78) föreslog regeringen under 2018 nya regler för tillståndskrav, som trädde i kraft den 1 januari 2019 (prop. 2017/18:158). Ändringarna innebär att det ska krävas tillstånd av Inspektionen för vård och omsorg för

att yrkesmässigt bedriva enskild verksamhet som avser hemtjänst enligt socialtjänstlagen eller verksamhet som avser ledsagarservice, biträde av kontaktperson eller avlösarservice i hemmet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade. Tillstånd ska endast få beviljas den som *genom erfarenhet eller på annat sätt har förvärvat den insikt i de gällande föreskrifter som krävs för att bedriva verksamheten och i övrigt visar sig lämplig att bedriva sådan verksamhet*. I fråga om en juridisk person ska prövningen avse den verkställande direktören och andra som genom en ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, styrelseledamöter och styrelsesuppleanter, bolagsmännen i kommanditbolag eller andra handelsbolag, och personer som genom ett direkt eller indirekt ägande har ett väsentligt inflytande över verksamheten. Tillståndsinnehavaren ska även ha ekonomiska förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för verksamheten.

I motiven angavs att införandet av tillståndsplikt med ett krav på lämplighet för en viss verksamhet har ofta motiverats med att det rör sig om socialt ansvarsfulla uppgifter och att samhället har ett väsentligt intresse av att uppgifterna sköts väl. Införandet av en lämplighetsprövning i LSS motiverades även med att det förekommit ett inte obetydligt antal oseriösa företag bland dem som ansökt om tillstånd för att bedriva verksamhet (prop. 2012/13:1 utg.omr. 9 avsnitt 7.16.3). Regeringen bedömde att införandet av krav på insikt och lämplighet inom övriga tillståndspliktiga verksamhetsområden inom välfärdssektorn kan motverka en liknande utveckling med etablering av oseriösa företag inom de områdena som inom LSS-området. En ägar- och ledningsprövning medför att det blir tydligt vilka som företräder aktörerna och innebär en granskning av företrädarnas lämplighet och insikt.

Kravet på insikt

Kravet på insikt omfattar krav på kunskap om innehållet i den lagstiftning som reglerar den specifika verksamheten samt kunskap om bl.a. de arbetsrättsliga och arbetsmiljö rättsliga regler som gäller för verksamheten. Vidare krävs att företrädarna kan visa att de har kunskap om de ekonomiska regelverk som styr associationsformen, exempelvis reglerna i årsredovisningslagen (1995:1554), förkortad

ÅRL, och aktiebolagslagen (2005:551), förkortad ABL. Regeringen bedömde att ett krav på insikt är viktigt för att ge blivande tillståndshavare en högre beredskap för uppdraget, och därigenom ytterligare säkerställa att sökanden har goda förutsättningar att kunna erbjuda en verksamhet av god kvalitet. Ett krav på lämplighet bidrar också till att oseriösa aktörer inte etablerar sig inom välfärdssektorn, vilket är viktigt för barns, elevers, brukares och samhällets förtroende för välfärdssektorn (a prop.).

Den personliga lämpligheten i övrigt

Som en del i ägar- och ledningsprövningen ska en bedömning göras av företrädarnas lämplighet i övrigt. Enligt regeringen bör viljan och förmågan att fullgöra skyldigheterna mot det allmänna, laglydnad i övrigt och andra omständigheter av betydelse beaktas vid lämplighetsprövningen. Som exempel på omständigheter av det sist nämnda slaget kan nämnas att personen har haft en ledande ställning i ett bolag som är eller har varit försatt i konkurs. I den helhetsbedömning av omständigheterna i det enskilda fallet som ska göras bör dock vägas in om någon ekonomisk misskötsamhet kan läggas personen till last (a. prop.).

Utdrag ur belastningsregistret

Regeringen gjorde bedömningen att eftersom tidigare brottslighet bör vägas in i lämplighetsprövningen finns det skäl att se över myndigheternas möjligheter att begära uppgifter ur belastningsregistret (a. prop.).

Kravet på ekonomiska förutsättningar

Även en aktörs ekonomiska förhållanden bör redovisas och beaktas vid tillståndsgivningen och vara föremål för tillsyn. Om en tillsynsmyndighet exempelvis konstaterar att det finns en risk att verksamheten inom en nära framtid kommer att gå i konkurs bör detta kunna vara ett skäl att ingripa mot verksamheten. Ett krav bör därför införas på att aktören ska ha ekonomiska förutsättningar att följa före-

skrifterna för verksamheten. Det avgörande är enligt regeringen hur ekonomin påverkar möjligheten att driva verksamheten i enlighet med de krav som ställs för den specifika verksamheten. Det är inte ovanligt att en verksamhet tillfälligt går med underskott, och ett underskott i sig innebär inte att kravet på ekonomiska förutsättningar inte är uppfyllt. De ekonomiska förutsättningarna att följa föreskrifterna för verksamheten kan också påverkas på andra sätt än genom underskott, t.ex. om ägarna gör så stora uttag att det inte kan anses finnas tillräckligt med kapital för att fortsätta bedriva verksamheten (a. prop.).

11.2.2 Tillståndsplikt i hälso- och sjukvården?

Regeringen bedömde i förarbetena till de utvidgade tillståndskraven i välfärden att det behöver utredas vidare om det finns skäl att införa en ägar- och ledningsprövning inom hälso- och sjukvården (prop. 2017/18:158).

Frågan om tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts tidigare. Ägarprövningsutredningen (*Krav på privata aktörer i välfärden*, SOU 2015:7) konstaterade att när det gäller utförare av hälso- och sjukvård fanns det vid den tidpunkten inte tillräckliga skäl att föreslå en tillståndsplikt. Inom hälso- och sjukvården finns reglerade yrken och mer självständiga professioner med ett personligt ansvar, som på ett annat sätt kan förväntas säkra kvaliteten än inom exempelvis hemtjänsten, konstaterar utredningen. Landstingen har dessutom bl.a. på grund av sin storlek generellt sett bättre förutsättningar att skapa en väl fungerande upphandlings- och uppföljningsorganisation än vad som kan vara fallet för exempelvis mindre kommuner. Att samtliga utförare inom hälso- och sjukvården ska anmäla sig till IVO innebär att det även finns förutsättningar för statlig tillsyn inom hälso- och sjukvården. Ägarprövningsutredningen lyfter därmed fram flera skäl till att inte föreslå en tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården. Samtidigt framhåller utredningen att hälso- och sjukvård i flera länder omfattas av tillståndsplikt, och att det kan finnas skäl att överväga ett krav på tillstånd även i Sverige om behov uppstår.

12 Analys och överväganden om tillståndsprövning

12.1 Olika typer av tillståndsprövning

I detta kapitel analyserar utredningen behovet av en generell tillståndsplikt för verksamheter inom hälso- och sjukvården. Genom bl.a. de utredningar och förarbeten som redovisats ovan har framkommit att tillståndsplikt för att bedriva verksamhet skulle kunna vara av olika slag.

Prövning av kompetens samt ekonomisk ställning

En första typ av tillståndsprövning kan avse krav på ägare och ledning. Detta är den form av tillståndsplikt som finns i dag i bl.a. socialtjänsten och skolan där det ställs krav när det gäller relevant kompetens/kunskap samt ekonomisk ställning.

Prövning i förhållande till definierade kvalitetskrav

En andra typ av tillståndsprövning kan avse att nya verksamheter prövas i förhållande till på förhand definierade kvalitetskrav. Det kan avse

- strukturkrav, t.ex. att det finns en viss bemanningsgrad eller vissa kompetenser (professioner) närvarande,
- processkrav, eller
- effektkrav.

Denna typ av prövning har återkommande förts fram som önskvärd, senast i den s.k. januariöverenskommelsen, där det angavs följande.

Kvalitetskraven i all sjukvård och äldreomsorg förstärks. Konkurrensneutralitet ska råda mellan offentliga och fristående vårdgivare, såväl vad gäller ekonomiska villkor, en fungerande tillståndsgivning, som kvalitetskrav.¹

Prövning i förhållande till begränsningar för att främja särskilda ändamål, t.ex. vinstbegränsning

I direktiven anför regeringen att ”ett sätt att säkerställa att medel används till det de är avsedda för inom offentlig sektor kan vara att inom ramen för en tillståndsprövning ställa krav på utföraren som bl.a. begränsar möjligheterna till vinstutdelning.” Regeringen anförde vidare:

Regeringen avser att under mandatperioden lämna förslag om krav på tillstånd att ta emot offentliga medel med utgångspunkt i de förslag som lämnats av Valfärdsutredningen (SOU 2016:78, *Ordning och reda i välfärden*). Hälso- och sjukvården ingår inte i regeringens förslag om tillstånd att ta emot offentliga medel. Regeringen beslutar i stället genom dessa direktiv att låta frågan om ett effektivt utnyttjande av skattemedel inom hälso- och sjukvårdssektorn utgöra grunden för en separat utredning. Regeringen ser behov av ett differentierat angreppssätt som kan säkerställa att skattemedel används effektivt och till det de är avsedda för inom vårdens olika verksamheter. Det är viktigt att styrsystemen inte har negativ påverkan på förutsättningar för exempelvis forskning och utveckling i hälso- och sjukvården.

I betänkandet *Ordning och reda i välfärden* föreslogs t.ex. ett krav på tillstånd för att motta offentlig finansiering, där juridiska personer ska visa att offentliga medel utöver ett högsta tillåtet rörelseresultat ska användas till verksamhet enligt HSL (SOU 2016:78).

Vem kan prövningen avse?

Lite beroende på vilken typ av prövning som avses kan kraven riktas mot den juridiska personen i sig eller mot den verkställande direktören och andra som genom en ledande ställning eller på annat sätt

¹ Punkt 61, Sakpolitisk överenskommelse mellan Socialdemokraterna, Centerpartiet, Liberalerna och Miljöpartiet de gröna, 2019.

har ett bestämmande inflytande över verksamheten, styrelseledamöter och styrelsesuppleanter, bolagsmännen i kommanditbolag eller andra handelsbolag, och personer som genom ett direkt eller indirekt ägande har ett väsentligt inflytande över verksamheten.

Tillståndsprövning kan inte omfatta offentlig verksamhet

Förutsättningarna för en prövning av anställda som befinner sig i ledande ställning i *offentlig verksamhet* har utretts tidigare (SOU 2016:78). Kommunallagen (2017:725) vilar på den principiella grunden att de förtroendevalda har ansvaret för att fatta alla beslut. Även om kommuner och landsting delegerar rätten att besluta i vissa ärenden till de anställda så är de förtroendevalda ur revisionssynpunkt helt ansvariga för all verksamhet. Det är medborgarna som i allmänna val utkräver ansvar av de folkvalda. Om den offentliga verksamheten uppvisar brister är det alltså folket som i första hand kan utkräva ansvar genom att rösta bort de förtroendevalda och ersätta dem med andra. Någon motsvarighet för medborgarna att ställa vd och styrelsen till ansvar i aktiebolag om verksamheten inte håller en godtagbar kvalitet finns inte. Den tidigare bedömningen har varit att de principiella skillnaderna mellan kommunal och enskild verksamhet innebär att det inte finns skäl att införa något som motsvarar en ägar- och ledningsprövning för kommunal verksamhet (prop. 2017/18:158). Förevarande utredning delar denna bedömning.

12.2 Det finns inte behov av tillståndsplikt i hälso- och sjukvården

När är tillståndsprövning generellt sett ändamålsenligt?

Mot bakgrund av de överväganden som gjorts i tidigare betänkanden bedömer förevarande utredning att det finns ett antal situationer eller förhållanden som kan tala för att det finns behov av tillståndsplikt. Exempel på sådana fall är följande

- Där tröskeln in på marknaden är låg och som annars attraherar oseriösa aktörer (t.ex. hemtjänst som nu blir tillståndspliktigt). Med låg tröskel avses faktorer såsom låga uppstartskostnader samt låga kompetenskrav i personalintensiva verksamheter.

- Där ersättning är lättillgänglig och kontrollen begränsad, eller där ersättningen är nationellt administrerad och kontrollen därför också behöver vara det (t.ex. tandvård och personlig assistans).
- Där det som kontrolleras är relativt standardiserbart, t.ex. körningar i register (polis, kronofogdemyndighet, skatteverket) vilket medför att central hantering är effektivt (lämplighetsprovning till skillnad från granskning av kvalitet).
- Där aktören är verksam på många olika ställen och den lokala anknytning som annars gör landstinget eller kommunen till en bättre tillståndsprovare och uppföljare saknas.
- Där marknaden snabbt vidgas på grund av någon extraordinär situation (t.ex. HVB för ensamkommande barn).
- Där den administrativa kostnaden för kontrollen inte överstiger vinsten med kontrollen, vilket bl.a. beror på hur effektiv kontrollen är.

Avsaknaden av tillståndsprovning har inte framförts som ett problem i hälso- och sjukvården

Utredningen har under arbetet återkommande diskuterat frågan om behovet av tillståndsprovning med företrädare för huvudmännen, bl.a. vid utredningens hearingar. Den sammantagna bilden är att det inte bedöms föreligga ett behov av tillståndsprovning inom hälso- och sjukvården.

Flera företrädare menar att den provning som görs i samband med upphandling enligt LOU eller kontraktering enligt LOV väl täcker in de frågeställningar som skulle kunna omfattas av en tillståndsplikt. Vidare har landstingen uttryckt tveksamhet till att upphöra med denna egna provning i samband med upphandling, även om staten skulle genomföra en tillståndsprovning. Den egna provningen av utförare bedöms tillföra ett mervärde genom att det innebär ett tillfälle för beställaren att få en god kännedom om de utförare som kommer in på marknaden.

Förekomsten av oseriösa eller uppenbart olämpliga utförare, liknande de som framkommit inom andra delar av välfärden, verkar vara låg. De fall av olämplighet som lyfts fram rör enskilda individer i

yrkesutövningen, där påföljder enligt PSL kan aktualiseras snarare än provning av ägare och ledning.

Samtidigt kan konstateras att frågan inte är något som landstingen har haft anledning att reflektera över särskilt mycket. Några landsting har framfört att man är osäker på hur andra genomför provningen och att det skulle kunna finnas vinster av ett gemensamt lärande.

Nuvarande provning, kontroll, uppföljning och tillsyn bedöms vara tillräcklig

Utredningen delar de överväganden från tidigare förarbeten som redovisats ovan och gör sammantaget bedömningen att det inte finns skäl att införa tillståndsprovning i hälso- och sjukvården.

De mer generella situationer som beskrivs ovan när tillståndsprovning kan vara lämpligt är inte heller normalt sett tillämpliga inom hälso- och sjukvården. Vården präglas till skillnad från de beskrivna situationerna av en tämligen hög tröskel för inträde på marknaden, god kostnadskontroll av respektive huvudman lokalt samt behov av en mer komplex uppföljning, gärna i form av dialog. Risker för administrativt dubbelarbete får också ses som stor om en statlig tillståndsprovning skulle införas, vilket inte skulle uppvägas av vad provningen kan tillföra.

Landstingens provning av ägare och ledning är tillräcklig

Prövningen av ägare och ledning samt de ekonomiska förutsättningarna att klara uppdraget görs redan i dag av landstingen i ett relevant sammanhang, dvs. i samband med provningen av privata utförare som söker ett kontrakt. Sammantaget ställs det tämligen höga krav på en utförare för att få del av offentliga medel inom hälso- och sjukvården. Och som vi konstaterat i kapitel 5 är det en hög tröskel för etablering inom vårdvalssystemen, vilka står för den största andelen privata utförare. Genom utformningen av förfrågningsunderlagen och de avtal som tecknas finns det också för landstingen en löpande möjlighet att häva avtalet om det uppstår brister i dessa förutsättningar. Även om vi bedömer att landstingen i vissa fall skulle ha mycket att vinna på att göra gemensamma upphandlingar (se kapitel 16), har

landstingen genom sin storlek generellt sett bättre förutsättningar att skapa en väl fungerande organisation för både upphandling och uppföljning än vad som kan vara fallet i andra delar av välfärden, exempelvis för mindre kommuner. Utredningen bedömer att det inte finns skäl att införa en tillståndsplikt som omfattar en ägar- och ledningsprovning inom hälso- och sjukvården.

*Bättre kunskapsstyrning i stället för kvalitetskrav
i hälso- och sjukvården*

Hälso- och sjukvårdens verksamheter präglas av den stora komplexiteten och en hög kunskapsnivå. Vården har en inom välfärdsområdet unik mängd kunskapsstyrning att förhålla sig till, t.ex. genom forskning och utveckling, myndigheternas riktlinjer liksom flertalet strukturer för stöd och uppföljning, t.ex. de nationella kvalitetsregistren eller den uppföljning som initieras av huvudmännen. Den stora utmaningen för vården ligger främst i att få ett komplext system att bli mer effektivt, där uppdaterad kunskap på ett enkelt sätt kan nyttiggöras i vårdens vardag. Mot bakgrund av betänkandet *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård* (SOU 2017:48) har landstingen gemensamt beslutat om ett nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården där ett omfattande arbete initierats. I betänkandet gjordes bl.a. bedömningen att komplexiteten i vården och det snabba tempot i kunskapsutvecklingen innebär att statlig styrning på mer detaljerad nivå, i form av nationella riktlinjer, inte bör vara bindande. Snarare bör huvudmännens ansvar för kunskapsstyrningen understödjas av staten.

Som framkommit ovan finns dessutom långtgående krav på ledningen av hälso- och sjukvårdens verksamheter, både i form av ledningssystem och egenkontroll. Kravet på att samtliga utförare inom hälso- och sjukvården ska anmäla sig till IVO innebär att det även finns förutsättningar för statlig tillsyn inom hälso- och sjukvården.

Därutöver finns inom hälso- och sjukvården reglerade yrken och självständiga professioner med ett personligt ansvar kopplat till legitimationen. Det skiljer vården från övriga delar av välfärden.

Utredningen har i denna kontext inte kunnat se ett behov av att staten på förhand definierar särskilda kvalitetskrav, oavsett om de avser struktur-, process- eller effektkrav. Det finns risker med att en

sådan ordning inte följer med i utvecklingen av kunskapsstyrningen i övrigt. Det skulle kunna komma att innebära ett trögrörligt system som bara speglar förhållandena vid beslutstillfället. Utredningen bedömer därför att en tillståndsplikt i den formen i nuläget inte bör införas men noterar också att frågan kan komma att prövas i särskild ordning i enlighet med vad som anges i januariöverenskommelsen.

Vinstbegränsningar har avfärdats

Det tidigare förslag om vinstbegränsningar som en del i en tillståndsprovning för att få motta offentliga medel (SOU 2016:78) har inte genomförts. Utredningens bedömning är att det i direktiven uttalade målet att skattemedel ska används effektivt och till det de är avsedda för inom vårdens olika verksamheter kan tillgodoses på andra sätt. Exempelvis kan uppföljningen av vårdens verksamheter stärkas ytterligare, som ett led i en mer tillitsbaserad styrning.

En mer nationell styrning av primärvården innebär inte att provning av utförare bör ske nationellt

Inriktningen utifrån både det liggande förslaget om ett nationellt grunduppdrag för primärvården och vår analys är att primärvården bör gå i riktning mot ett mer nationellt system. Innebär det i sig att det också blir relevant att införa nationell tillståndsprovning? Vi bedömer att det inte är fallet. Tvärtom är det viktigt att i ett mer nationellt system med tydligare ramar för primärvården också ge utrymme för lokal anpassning. Det är således angeläget att landstingen inom denna ram själva utformar sin styrning utifrån lokala förhållanden (där förfrågningsunderlagen samlar viktiga delar) och att provningen görs utifrån det.

12.3 Förutsättningarna för landstingens provning och uteslutning av leverantörer

En sammantagen bild av behovet av att pröva utförare är att problemet inte är att nya verksamheter kan etableras, utan snarare att det behövs bättre uppföljning av de verksamheter som mottar offentliga

medel. Utredningen bedömer att landstingen bör fortsätta att stärka uppföljningen, särskilt i dialogform.

Uppfattningen har framförts att det är svårt för landstingen att säga upp verksamheter som inte håller måttet. Samtidigt visar vår genomgång av förfrågningsunderlagen att landstingen i olika grad använder klausuler med ett flertal hävningsgrunder. Det finns säkert utrymme för landstingen att inspireras av varandra samtidigt som det är viktigt att understryka att villkoren ska vara proportionerliga.

Från huvudmännen har det vidare kommit upp ett flertal önskemål och idéer om bättre kunskaps- och informationsutbyte. Det har t.ex. framförts att någon form av nationell standard eller till och med riktlinjer för hur man gör en provning skulle vara till hjälp. Man skulle också vilja ha bättre informationsutbyte mellan huvudmän för att kunna hindra att en vårdgivare som missköter sig i ett landsting inte allt för enkelt kan etablera sig i ett annat. I det sammanhanget har uttryckts önskemål om ett nationellt register över vårdgivare som har deltagit i en provning enligt LOV eller LOU, med uppgifter om vårdgivaren godkänts, uteslutits eller om avtalet senare har avslutats.

13 Inhyrd personal på svensk arbetsmarknad

I detta kapitel beskriver vi fenomenet med inhyrd personal dels i en historisk kontext, dels i en arbetsmarknadskontext.

13.1 Svensk hälso- och sjukvård brister vad gäller personkontinuitet

Samtidigt som personkontinuitet i vården – att återkommande träffa samma person i kontakterna med vården – är högt värderat av både patienter och professioner är det ett av de områden där svensk hälso- och sjukvård i internationell jämförelse presterar sämst.

Brister i kompetensförsörjningen främjar inte en utveckling mot mer personkontinuitet. Svårigheter att rekrytera och behålla personal, där en konsekvens är tillfällig bemanning via inhyrning, utgör en pusselbit i frågan om att uppnå högre kontinuitet i vården.

13.2 Bemanning är en del i kompetensförsörjningen

Kompetensförsörjning är ett sedan länge uppmärksammat problem i vården, och särskilt för den nära vården – både primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården. Kompetensförsörjning är en stor utmaning för hälso- och sjukvården. Möjligheten att rekrytera rätt personal, hur befintlig kompetens används samt vilka möjligheter medarbetarna har att använda sin kompetens på bästa sätt är förutsättningar för att kunna ge god och säker vård. Livslångt lärande genom fortbildning är en viktig del i det.

Kompetensförsörjning innefattar flera delar, däribland

- utbildning på flera olika nivåer
- fortbildning
- bemanning inklusive inhyrning samt
- arbetsfördelning och arbetsuppgifter.

Andra aktörer – såväl statliga utredningar som andra myndigheter och landsting och kommuner – har redan skrivit mycket om dessa frågor. Här sammanfattar vi kortfattat läget.

13.2.1 Utbildning

Ansvar för olika delar av utbildningen ligger hos olika huvudmän. Staten ansvarar för att det finns högskolor för utbildning och för den verksamhetsförlagda delen av utbildningen (VFU) för vårdens professioner under utbildning. Landstingen ansvarar för dimensionering och finansiering av specialisttjänstgöring (ST) för läkare. Reglering i fråga om samverkan mellan lärosäte och vårdgivare sker genom avtal, det saknas specifika bestämmelser i lag eller förordning om samverkan (SOU 2018:77). Socialstyrelsen utfärdar legitimation. Sjuksköterskor kan ansöka om legitimation direkt efter avslutad högskoleutbildning. Staten ansvarar för specialistutbildning av sjuksköterskor.

Flera utredningar har tidigare uppmärksammat behovet av ett mer övergripande nationellt tag kring kompetensförsörjningen i vården (se exempelvis SOU 2016:2 och (SOU 2018:77). Brister som uppmärksammas är exempelvis fördelningen av ST-tjänster över landet samt samverkan mellan högskolor och huvudmän vad gäller utbildning och VFU. Socialstyrelsen gör redan i dag statistik och analyser inom ramen för det nationella planeringsstödet (NPS) och utvecklar framtids-scenarier för vårdens kompetensförsörjning. De samarbetar med Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och Statistiska centralbyrån (SCB) inom olika uppdrag som statistik, prognosmodeller och stärkt samverkan mellan huvudmän och lärosäten. Under 2019 har de överlämnat ett uppdrag till regeringen där de föreslår att Socialstyrelsen får uppdrag som central samordningsfunktion för att stötta landstingen i deras arbete med att dimensionera ST-tjänster.

13.2.2 Fortbildning

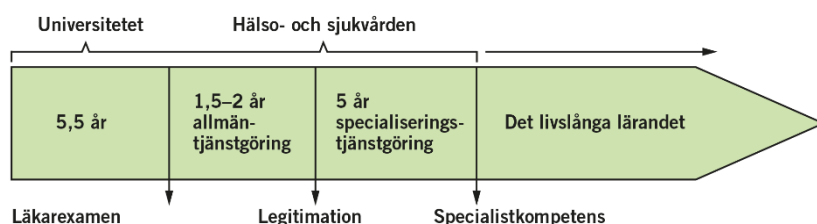
Möjligheterna till fortbildning har framförts till utredningen som en viktig komponent för lärande, kvalitet och arbetsmiljö. Oro har också uttryckts för hur fortbildning säkras för personal som har sin huvudanställning i bemanningsbranschen.

En viktig parameter i yrkeskvalifikationsdirektivet (2005/36/EG) är livslångt lärande. Livslångt lärande beskrivs som all allmän utbildning, yrkesutbildning, icke-formell utbildning och informellt lärande som sker genom livet och leder till ökade kunskaper och färdigheter som kan innehålla yrkesetik. Livslångt lärande har blivit särskilt viktigt för ett stort antal yrken i och med de snabba tekniska och vetenskapliga framstegen. Enligt Direktivet ska medlemsstaterna säkerställa att det finns förutsättningar att fortbilda sig (SOU 2018:77).

I betänkandet *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande* (SOU 2014:19) föreslås att Socialstyrelsen ska bemyndigas att meddela föreskrifter som säkerställer att utövare av yrken som omfattas av automatiskt erkännande utifrån samordnade minimikrav på utbildningen, dvs. apotekare, barnmorskor, läkare, sjuksköterskor, tandläkare och veterinärer, uppmuntras att hålla sig uppdaterade om utvecklingen inom yrket.

Det är angeläget ur ett patientsäkerhetsperspektiv att yrkesutövare fortsätter att uppdatera sina kunskaper efter examen. Figuren nedan är tagen från betänkandet *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* (SOU 2013:5) och illustrerar att lärandet inte tar slut efter avslutad utbildning, utan fortsätter genom hela yrkeslivet.

Figur 13.1 Vägen till legitimation och läkarnas livslånga lärande



Källa: SOU 2013:15.

Brister i krav på fortbildning

Sveriges läkarförbund gjorde under 2018 en kartläggning av i vilken utsträckning huvudmännen ställer krav på utförare inom vårdval vad gäller fortbildning av specialistläkare (SLF 2018). De undersökte särskilt om det fanns krav på fortbildning, krav på fortbildningsplan eller kompetensutvecklingsplan, specificerad mängd fortbildning och kvalitetsindikator för fortbildning. Resultatet visar att alla landsting utom ett ställer krav i sina förfrågningsunderlag för vårdval inom primärvård på att vårdgivaren ska se till att personalen har adekvat utbildning och får den fortbildning som erfordras för att upprätthålla kompetensen. Vad gäller krav på att individuell fortbildningsplan ska finnas är det åtta av 21 landsting som ställer sådana krav. Ännu färre, sex av 21 landsting, specificerar mängden fortbildning. Slutligen har också sex av 21 landsting en kvalitetsindikator för fortbildning. Sveriges läkarförbunds slutsats är att landstingen brister i sitt ansvar när det gäller att ställa tydliga krav på vårdgivarna inom primärvården vad gäller specialistläkarnas fortbildning.

Fortbildning och lärande

Fortbildning hänger samman med lärande. Att kompetensförsörjning brister av olika skäl försämrar förutsättningarna för att skapa tid och utrymme för lärande. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) betonas att lärande är en viktig komponent i den dagliga styrningen. Att tid avsätts för samling av all personal – t.ex. varje morgon där bl.a. inkomna jourfall och speciella händelser under gårdagen kommenteras – är värdefullt ur lärande- och utbildningssynvinkel. Tiden det tar bör ses som en investering såväl ur lärande- som driftsynvinkel och därmed för kvalitet och patientsäkerhet. Lärandet från den dagliga styrningen behöver kompletteras med olika typer av seminarier och ronder där såväl intressanta patientfall som vetenskapliga framsteg tas upp. Vidare betonas att framgångsrikt lärande bygger på ett öppet och tillåtande klimat och därmed är en kultur- och ledningsfråga. *Effektiv vård* (SOU 2016:2) betonar också att brist på kontinuitet utgör ett hot mot lärande. Att kunna följa en patient är av avgörande betydelse för möjligheterna till lärande, inklusive lärande av begångna misstag. Möjligheterna till lärande förbättras om man kan följa hela vårdperioden i stället för fragment av densamma. Även

under utbildningstiden är det därför av stor vikt att arbetet organiseras så att t.ex. sjuksköterskor under vidareutbildning eller läkare under specialisttjänstgöring kan följa patienten.

13.2.3 Bemanning och inhyring

Enligt HSL, ska det där hälso- och sjukvård bedrivs finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för god vård ska kunna ges. Det är alltså hälso- och sjukvårdens huvudmän, landsting, kommuner och staten, som ansvarar för bemanning. Att hyra in personal är ett sätt att bemanna verksamheterna.

13.2.4 Arbetsuppgifter och arbetsfördelning

Att hälso- och sjukvårdens personal och deras kompetens används på rätt sätt är en viktig fråga för vårdens effektivitet. Frågan är också viktig för att skapa en god arbetsmiljö och för att upprätthålla attraktiviteten i arbetet och behålla personal.

Det har uppmärksammats i flera utredningar, rapporter och i den mediala debatten att vårdprofessionernas tid inte används på ett optimalt sätt. Under våren 2013 beskrev Maciej Zaremba i en artikelserie i fyra delar i *Dagens Nyheter* hur vården alltmer styrdes med ekonomi och mindre efter behov (se del 1 *DN* 2013-02-17 Vad var det som dödade Herr B?). Samma år analyserade Vårdanalys frågan i rapporten *Ur led är tiden* och identifierade huvudsakliga utvecklingsområden och utmaningar för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens (Vårdanalys 2013c). I samband med detta tillsatte regeringen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården som därefter lämnade betänkandet *Effektiv vård* (2016:2). Senaste året har frågan delvis också uppmärksammats i utredningar som Utredningen Reglering av yrket undersköterska (SOU 219:20) och Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter (SOU 2018:77).

Vid genomgång av landstingens handlingsplaner i arbetet med att minska beroendet av inhyrd personal är det också tydligt att frågan om att rätt arbetsuppgifter ska göras av rätt profession har hög prioritet.

13.3 Arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdens personal

Majoriteten av de som arbetar inom vård och omsorg har kommun eller landsting som arbetsgivare. Bland kommunernas drygt 770 000 anställda arbetar ungefär en tredjedel inom vård och omsorg (SKL 2018). Landstingen har över 200 000 anställda inom hälso- och sjukvården.

Ett stort antal personer, 188 000, arbetar för ett privat vård- och omsorgsföretag (Vårdföretagarna 2019). Inom den personliga assistansen är en majoritet, 70 procent, privat anställda. Inom primärvården arbetar 40 procent privat. För hälso- och sjukvården totalt exklusive tandvård är dock åtta av tio anställda inom den offentliga sektorn och inom äldreomsorgen är det 84 procent.

Andelen vårdanställda som arbetar privat har ökat senaste decennierna, bl.a. som en effekt av fler privata aktörer i primärvården sedan vårdvalets införande.

13.4 Inhyrd personal på den svenska arbetsmarknaden

Sedan år 1993 är det i Sverige lagligt att förmedla arbete i vinstsyfte (Arbetsekonomiska rådet 2018). Lagändringen öppnade alltså för företag att förmedla arbete till kunder som betalar dem för tjänsten. Det krävs inget särskilt tillstånd för att starta ett bemanningsföretag (Håkansson & Isidorsson 2016). I jämförelse med andra europeiska länder har Sverige i dag en liberal reglering vad gäller branschen (Håkansson & Isidorsson 2016).

Sedan dess har flera bemanningsföretag trätt in på marknaden och andelen bemanningsanställda har stadigt ökat. Branschorganisationen Kompetensföretagen uppger att anställda av ett bemanningsföretag i dag utgör 2 procent som andel av alla sysselsatta på arbetsmarknaden cirka (Kompetensföretagen 2018).

Att dessa förändringar kom att ske kan ses ur ett större perspektiv där hela arbetsmarknaden är under omvandling. Fler arbetsplatser erbjuder i större utsträckning flexibilitet på olika sätt. Historiskt har lagen om anställningsskydd (LAS) ansetts orsaka ett ökat behov av att kunna ta in personal utan att för den del anställa fler. Utökade rättigheter vad gäller semester och föräldraledighet bidrar också till att

arbetsplatser söker nya sätt att tillfälligt kunna ersätta frånvarande personal.

Under finanskrisen 2009 minskade andelen bemanningsanställda mer än övriga anställda (Arbetsekonomiska rådet 2018). Arbetsekonomiska rådet menar att detta kan ses som en bekräftelse på att branschen erbjuder just flexibilitet, dvs. möjlighet att vid behov snabbt kunna växla upp eller ner personalstyrkan.

Flera studier har studerat hur anställda inom bemanningsbranschen utmärker sig jämfört med anställda på övriga arbetsmarknaden. Den studie vi refererar till här är från 2010 och analyserar data från 1998 respektive 2005 (Andersson Joonas & Wadensjö 2010). Vi kan alltså inte bortse från att det kan se annorlunda ut i dag. Unga i åldern 16 till 24 är kraftigt överrepresenterade inom bemanningsbranschen jämfört med arbetsmarknaden i övrigt, bland dem som är över 35 år råder i stället kraftig underrepresentation. Bemanningsbranschen anställer i högre grad än arbetsmarknaden i övrigt personer födda utanför Norden, Västeuropa, USA och Kanada. Utredningen har via kontakt med branschorganisationen Kompetensföretagen fått bekräftat att ovanstående bild, dvs. att bemanningsanställda jämfört med arbetsmarknaden i övrigt är yngre och oftare utrikesfödda, stämmer bland deras medlemmar i dag.

Andelen som är bosatta i Stockholms län är överrepresenterade men här skedde en utveckling mellan 1998 och 2005 där andelen sjönk – något som troligtvis tyder på att branschen först etablerats i Stockholm men sprider sig ut i landet. Studien undersökte därför vad de bemanningsanställda kombinerade sina uppdrag med och såg att andelen studerande, arbetslösa eller i familj med socialbidrag är högre bland anställda i bemanningsbranschen jämfört med övriga sysselsatta.

Vad gäller villkor har anställda i bemanningsbranschen lägre lön än övriga anställda (Andersson Joonas & Wadensjö 2010). I början av 2000-talet skedde en ökning av lönerna i bemanningsbranschen. Artikelförfattarna ser att det delvis kan förklaras med att läkare under samma period ökade som yrkesgrupp bland bemanningsanställda.

I fokus för debatten kring bemanningsföretag och personalinhyrning på arbetsmarknaden i stort står ofta arbetstagarens rättigheter och möjlighet till trygg anställning med kollektivavtal etc. Dessa frågor är inte främsta fokus för inhyrningsfrågan när det kommer till läkare och specialistsjuksköterskor. Här ligger fokus snarare

på kostnader för utföraren, arbetsmiljö, möjlighet till planering, samt god och kontinuerlig vård för patienter.

13.4.1 Inhyrd personal inom hälso- och sjukvården – en bransch för sig

Även om bemanningsbranschen för inhyrd personal är ett nyare fenomen inom svensk hälso- och sjukvård har den privata förmedlingen av arbetskraft funnits med längre. Från slutet av 1800-talet och framåt fanns med tillstånd av länsstyrelsen privata arbetsförmedlingar inom vissa branscher (SOU 2014:55). Dessa verkade framför allt inom kvinnodominerande branscher, däribland skola, kontorsarbete och sjuksköterskeyrket. År 1935 infördes förbud mot nyetablering av privat arbetsförmedling, år 1940 ändrades den till att enbart tillåtas för vissa branscher, däribland just sjukvården.

Efter att förbudet mot arbetsförmedling avskaffats ökade inhyrning inom hälso- och sjukvården, framför allt av läkare, kraftigt i slutet av 1990-talet och början av 2000-talet. Enligt statistik från SCB (Andersson Joonas & Wadensjö 2010) fanns det år 1998 tio stycken läkare som arbetade som inhyrda i Sverige och på två år ökade det antalet till 275 stycken. Året därpå skedde en fortsatt stor ökning och låg då på totalt 424. Formerna för uthyrningen har också förändrats över åren. Vi återkommer till detta i kapitel 14.

Som tidigare nämnts finns siffror som tyder på att bemanningsbranschen är konjunkturkänslig. Exempel på detta är att andelen som var bemanningsanställda minskade mer än övriga under den senaste finanskrisen. Detta gäller dock inte hälso- och sjukvården där inhyrningen fortsatte öka under den senaste finanskrisen (Andersson 2010).

Även inom hälso- och sjukvården finns en efterfrågan på att tillfälligt kunna växla upp arbetsstyrkan under semesterperioder, vid oväntad sjukdom eller tillfällig obalans. Men den stora delen inhyrning som görs i vården i dag är inte för att täcka upp tillfälligt, utan sker när det råder en brist på arbetssökanden, ibland långsiktigt. Hälso- och sjukvården har (i större utsträckning än andra branscher) ett behov av personal som står för kontinuitet (se kapitel 6). Ofta kan också verksamheter erbjuda fasta anställningar, men utbudet på personal matchar inte efterfrågan. Exempelvis visar Vårdanalys att hälften av landets vårdcentraler har vakanser vilket innebär att de vill och har ekonomiskt utrymme för att anställa någon, men utbudet av

arbetssökande är för litet (Vårdanalys 2018). Det tycks alltså snarare handla om en grundläggande obalans mellan utbud och efterfrågan när det gäller vissa yrkesgrupper.

I många landsting har det varit brist på läkare sedan 1990-talet och är så fortfarande. I betänkandet *Inhyrning och företrädesrätt till återanställning* (SOU 2014:55) anges som orsaker till inhyrningens utbredning inom vården senaste årtiondena dels att det inte har utbildats tillräckligt många läkare i Sverige, i synnerhet inte inom vissa discipliner. En intervjuad personaldirektör i ett landsting beskriver att en förklaring till att de under 1990-talet och början på 2000-talet hade svårt att rekrytera läkare var den ändrade fördelningsprincipen vad gäller fördelningen av AT- och ST-läkare. Fram till 1990-talet styrde Socialstyrelsen fördelningen över landet av AT-läkare och ST-läkare. När detta släpptes fritt blev resultatet att de flesta läkare stannade i storstadsregionerna. Landstingsdirektören beskrev vidare att problem förelåg även beträffande annan personal beroende på att det skedde omställningar, där sjuksköterskor, undersköterskor och läkarsekreterare erbjöds garantipension vid 58 års ålder. Landstingsdirektören betonar också rekrytering som ett glesbygdsproblem där det blir svårare att rekrytera ju längre bort från utbildningsorterna man kommer (SOU 2014:55).

Hälso- och sjukvården utmärker sig för att de yrkesgrupper som mest förekommer inom bemanningsbranschen, dvs. läkare, sjuksköterskor och psykologer, är grupper där efterfrågan på arbetskraft är större än utbudet. Som ett resultat av detta drivs lönerna upp. I bemanningsbranschen generellt ser det annorlunda ut. Där har ofta den inhyrda personalen lägre löner jämfört med anställda (Andersson Joona & Wadensjö 2010).

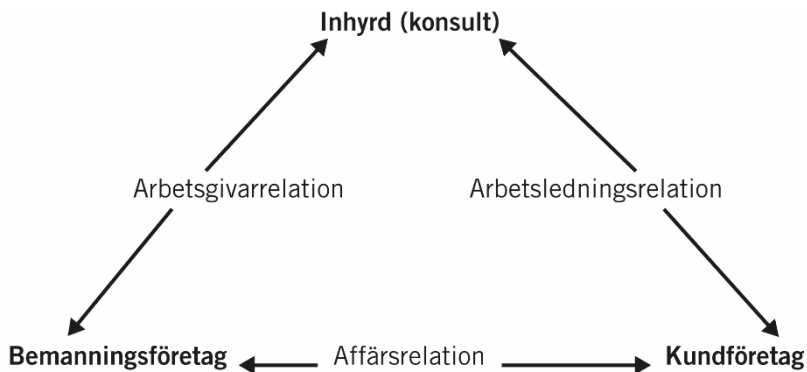
Det finns alltså anledning att tro att hälso- och sjukvårdens användning av inhyrd personal inte bör studeras som vilken bransch som helst, utan utifrån de specifika karakteristiska som råder för branschen.

13.4.2 Att hyra in personal

Den traditionella relationen på arbetsmarknaden involverar två aktörer: arbetsgivaren och arbetstagaren. När arbetsgivare använder sig av bemanningsföretag för att hyra in personal uppstår en triangulär

relation. Bemanningsföretaget har arbetsgivaransvaret för den anställda samtidigt som den anställda utför själva arbetet hos ett kundföretag. Den inhyrda och kundföretaget har en arbetsledningsrelation, medan kundföretaget och bemanningsföretaget har en affärsrelation (Håkansson & Isidorsson 2016).

Figur 13.2 Det triangulära förhållandet



Källa: Håkansson & Isidorsson 2016.

I en forskningsammansättning konstateras att många studier belyser att företag anlitar inhyrd personal för att få lägre kostnader (Andersson Joonas & Wadensjö 2010). Kostnaden per timme är inte lägre, men möjligheten att enbart ha personal under en avgränsad period och att få personal på plats snabbt – och likaså snabbt kunna skala ner arbetsstyrkan – bäddar för att kostnaderna kan hållas nere för branscher där behovet av arbetskraft inte är konstant.

Motiv till att vilja hyra in personal

Motiv till inhyrning kan delas in i fyra kategorier: stabilitet, flexibilitet, buffert och rekryteringssvårigheter (Håkansson & Isidorsson 2016). Stabilitet innebär att de inhyrda används för att uppnå stabilitet i bemanningen och arbetsstället använder inhyrda för att täcka upp till den bemanningsram som man har bestämt, det kan handla om att ersätta frånvarande personal, tillfällig bemanning av lediga obesatta jobb, samt som en form av provanställning. Flexibilitet speglar ett behov av extra personal som inte ryms inom den ordinarie

bemanningen, dvs. flexibiliteten används för att växla upp antalet personal. Det kan handla om extra kapacitet under en begränsad period samt behov av specialistkunskap. Buffert, kan ses som en form av flexibilitet, men denna flexibilitet används i stället för att kunna växla ner i antal, till exempel på grund av osäkerhet i hur stor bemanning arbetsplatsen behöver på längre sikt, och man kan därmed säkra möjligheten att snabbt minska personalstyrkan genom att ha en buffert av inhyrda. Det kan exempelvis handla om långsiktig buffert för att kunna minska personalstyrkan vid minskad efterfrågan av produkter och tjänster, ett osäkert framtida personalbehov, anställningsstopp samt för att undvika LAS vid en eventuell neddragning. Det fjärde motivet, rekryteringssvårigheter, innebär att arbetsplatsen har svårigheter med att besätta en tjänst.

När landstingen pratar om ”beroende” av inhyrd personal åsyftas det fjärde och sista motivet: rekryteringssvårigheter. När detta sker är inhyrning inte arbetsställets förstahandsval. Det som bl.a. skiljer ut vården från många andra branscher är att inhyrning som utjämningsfaktor över konjunkturcykler har begränsad betydelse eftersom vårdbehov och behov av arbetskraft inom vården inte nödvändigtvis påverkas av konjunkturen.

För- och nackdelar med inhyrning av personal

Ur ekonomisk synvinkel ser Mullin (2018) ett antal fördelar med möjlighet att hyra in personal inom NHS England:

- Möjligheten att hålla nere lönerna för anställda nationellt sett
- Möjligheten att attrahera personal som annars inte skulle ha arbetat. Samhället i övrigt rör sig mot mer flexibla arbetssituationer och genom att kunna erbjuda just det kan vissa behållas, och vissa kan kanske till och med lockas till yrket.
- I det fall att efterfrågan på arbetskraft är tillfällig är det också fördelaktigt att kunna lösa det med just tillfällig arbetskraft i stället för att anställa ny personal.
- Att komplettera med tillfällig personal kan bidra till patient-säkerhet i det fall det bidrar till tillräcklig bemanning.

Samtidigt ser han att det också finns viktiga utmaningar med användandet av inhyrd personal

- I vissa kontexter har bemanningsföretagen stor makt. När en enhet är i desperat behov av arbetskraft, vid plötsligt sjukdomsfall eller liknande, finns möjlighet för företagen att höja priserna till höga nivåer.
- Att upphandla kan vara en administrativ utmaning. Inom NHS växte marknaden väldigt snabbt, samtidigt som behovet fanns på enskilda, lokala enheter. Upphandlingen sker därmed ofta lokalt och det är inte alltid personer med erfarenhet av upphandling eller förhandling som håller i frågan.
- Existensen av en hyrmarknad kan leda till att personal som arbetar som anställda säger upp sig för att gå in i hyrmarknaden. Problemet kan öka över tid i takt med att hyrbranschen mer och mer ses som ett acceptabelt karriärval.
- Kvaliteten och utvecklingskraften kan bli lidande när arbetsplatser ofta bemannas av personal som är ny på just den arbetsplatsen.

(Mullin, 2018)

Bristen på kontinuitet riskerar dessutom resultera i onödiga provtagningar eller utredningar, vilket fördyrar vården. Flera av dessa för- och nackdelar kommer också fram på andra håll, såväl i utredningar som vid de hearingar som utredningen har genomfört.

13.4.3 Att arbeta som inhyrd

Det finns troligtvis många orsaker till att välja att arbeta som inhyrd. Motiven skiljer sig troligtvis också beroende på om det är ett extra-jobb, om man är inhyrd på heltid, om man gör det i väntan på exempelvis AT eller ST eller om man gör det efter pension. Det kan också vara skillnad mellan anställda av ett bemanningsföretag och egenföretagande konsulter som fakturerar själva.

Utredningen har fått ta del av fyra intervjuer som Region Dalarna gjorde med läkare som arbetade eller hade arbetat som inhyrda i Dalarna under 2018. Den ena betonar möjligheten att ta ledigt en längre tid samt att det gav en möjlighet att lära sig olika it-system

och att få erfarenhet av att arbeta vid en glesbygdsvårdcentral. En annan uppger att det ger möjlighet att välja och välja bort uppdrag samt dåliga ledare. Den tredje betonar att det är fördelaktigt av skatteskal samt ger möjlighet att själv planera pensionen och gör det möjligt att arbeta deltid. Den fjärde framhäver att den slipper jobba kväll, nätter och helger samt bättre lön, möjlighet att byta uppdrag om det inte fungerar bra på ett ställe, mindre stress och bättre arbetsbelastning samt att kunna styra över tiden själv. Den sistnämnda framhäver också att det till skillnad från en anställning hos vårdutföraren ger en känsla av att hinna klart.

Vid fråga om vilka nackdelar de ser med att arbeta som inhyrd uppger den första att inte ha möjlighet att påverka arbetsdagen och att tiden inte är anpassad för att räkna till bra konsultationer, att man inte har någon kontinuitet med patienterna, att man får ansvara för egen utbildning själv, att det är nya rutiner på varje ställe man kommer till samt att övrig personal ”ser dig som en resurs som skall utnyttjas eftersom du är så dyr”. Den andra uppger kort och gott att det kräver veckopendling. Den tredje framhäver avsaknad av kollegor, arbete med verksamhetsutveckling, utbildning och handledning av nya läkare och forskning. Den fjärde betonar att inte få någon utbildning genom jobbet.

Branschorganisationen Kompetensföretagen gjorde under 2017 en enkät riktad till personer som jobbar som inhyrda i vården (Kompetensföretagen 2017). Respondenterna fick välja de påståenden de ansåg stämde överens med varför de arbetar som bemanningskonsult. Resultaten stämmer ganska väl överens med intervjuerna ovan. Det alternativ som flest instämmer i är att de själva kan välja arbetstid och arbetsplats (71 procent). Därefter anger 46 procent att de ibland vill ha ledig i längre perioder, 45 procent att de får högre lön eller andra förmåner och 43 procent att de vill se olika arbetsplatser.

Bland respondenterna hade ungefär hälften bemanningsarbetet som sin huvudsakliga sysselsättning, en av fem hade annat arbete, nästan en av fem var pensionärer och cirka fyra procent var studenter.

13.5 Tidigare förslag vad gäller reglering av marknaden

Som tidigare har beskrivits skedde stegvis avreglering av marknaden för privat arbetsförmedling och uthyrning av arbetskraft i början av 1990-talet. Samtidigt som regeringen beslutade om lag (1993:440) om privat arbetsförmedling och uthyrning av arbetskraft, avskaffades också krav på tillstånd från AMS för att få bedriva viss privat arbetsförmedling. AMS hade fram till då också haft ansvar för tillsyn över både privat förmedling och inhyrning men detta togs också bort, liksom AMS möjlighet att ingripa med viten (SOU 2014:55). Övrig reglering som avskaffades var bl.a. tidsbegränsning om högst fyra månader samt krav på att inhyrd arbetskraft enbart fick anlitas om behovet var tillfälligt.

Samtidigt beslutades att en utvärdering skulle göras tre år efter monopolets avskaffande. År 1997 lämnade Kommittén för utvärdering av avregleringen av arbetsförmedlingsmonopolet sitt slutbetänkande *Personaluthyrning* (SOU 1997:58). I betänkandet föreslogs ny lagstiftning innebärande en ökad kontroll av uthyrningsföretagen. Detta skulle ske genom inrättandet av en särskild nämnd. Företag som ville bedriva personaluthyrningsverksamhet skulle vara registrerade hos nämnden, och för att bli registrerade krävdes att företaget uppfyllde vissa villkor. Vid tidpunkten bedrevs auktorisation av dåvarande Svenska personaluthyrning- och rekryteringsförbundet (SPUR), som var Kompetensföretagens föregångare. Regeringen valde vid tidpunkten att inte gå fram med förslagen mot bakgrund av att frivillig auktorisation och kollektivavtal alltmer användes inom branschen. Regeringen uttalade dock att den avsåg att noggrant följa utvecklingen och vid behov föreslå ny lagstiftning i frågan (SOU 2014:55).

I en skrivelse från 2005 (Skr. 2005/06:91) betonar regeringar att det bör observeras att auktorisationen inte är generell eftersom den förutsätter medlemskap i Kompetensföretagen. Auktorisation kan därför inte generellt användas som krav vid exempelvis upphandling. Seriösa bemanningsföretag som inte är medlemmar i arbetsgivarorganisationen skulle då komma att ställas utanför en sådan process. Detta skulle på så sätt kunna kränka den negativa föreningsrätten, dvs. rätten att inte vara med i en organisation. Regeringen ansåg dock återigen att parternas lösning först skulle få tillfälle att prövas innan frågan ytterligare behandlades.

13.6 Reglering

Reglering av bemanningsbranschen kan göras på olika sätt och med olika syften. Grovt kan reglering delas in i fem kategorier (Clauwaert 2000):

- Liberal
- Tidsbegränsad
- Orsaks- och tidsbegränsad
- Sektorsbegränsad
- Förbud.

En liberal reglering innebär få begränsningar i lagen, eller att de begränsningar som finns sätts genom kollektivavtal. Som exempel vid tidpunkten ges Österrike, Danmark, Finland, Irland, Nederländerna, Sverige och Storbritannien. Sedan dess har bemanningsdirektivet trätt i kraft, men Sveriges reglering beskrivs fortfarande som liberal i internationell jämförelse eftersom restriktioner vare sig tillämpas för omfattning eller motiv (Håkansson & Isidorsson 2016).

14 Kartläggning av användande av inhyrd personal i vården

I detta avsnitt ger vi en överblick av hur inhyrningen, främst med fokus på det så kallade beroendet, ser ut. De grupper där beroendet av inhyrd personal i nuläget är störst är enligt landstingens bedömning vissa läkare och sjuksköterskor. Utredningen fokuserar därför också på dessa grupper i kartläggningen. Det mesta som är skrivet och därmed mest data avser läkare, vilket återspeglas i utredningens kartläggning.

14.1 Arbetsmiljö, mindre attraktiva orter och obalans mellan utbud och efterfrågan

Ett länge konstaterat problem är att det finns för få specialister i allmänmedicin och psykiatri, och även vissa kategorier av specialist-sjuksköterskor. Det är också främst inom dessa grupper som huvudmännen upplever att det råder ”beroende” av inhyrning. Det finns ett utrymme för rekrytering, men det är svårt att rekrytera. Situationen skapar en obalans som kräver politiska beslut på flera nivåer och som dessutom tar lång tid att ändra på.

När arbetsmiljön brister riskeras också följd effekter. Det blir svårt att rekrytera och behålla personal. Problemet beskrivs bl.a. i utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2). När personalen inte trivs leder det till ökad personalomsättning, vilket gör att hela verksamheten hamnar i en ond spiral. Även om det oftast är ett fåtal verksamheter som har problem kan exempelvis ett helt sjukhus påverkas. Att brister i arbetsmiljö är en nyckelfaktor i frågan om det så kallade hyrberoendet är något som Konkurrensverket också pekade på i sin rapport från 2015.

Vårdcentraler som är belägna i glesbygd med avstånd till annan service, och även vårdcentraler belägna i socioekonomiskt tunga områden har särskilt svårt att rekrytera personal. Den här aspekten utvecklas mer i senare avsnitt.

14.2 Kostnader för inhyrd personal

Utredningen har via landstingen och SKL tillgång till siffror över den offentligt drivna vården och deras användning av inhyrd personal. Motsvarande siffror för privat driven verksamhet presenteras inte här. Konkurrensverket beskrev 2015 att vårdcentraler i privat regi och som drivs av läkare hade minst problem med bemanning (Konkurrensverket 2015). Privata icke-läkarledda hade då en situation liknande den som rådde för vårdcentraler i landstingens egenregi.

Vad gäller utförare som inte är i offentlig regi, har nya förutsättningar uppstått vad gäller att hyra in personal. I juni 2018 kom en dom från Högsta förvaltningsdomstolen som lett till ett ställningstagande från Skatteverkets sida som innebär att den som hyr ut vårdpersonal till någon som bedriver en vårdmottagning ska ta ut moms på försäljningen (Skatteverket 2018). Detta började gälla 1 juli 2019 och har väckt starka reaktioner från vårdutförare som inte är i offentlig regi, och därmed har möjlighet att få momskompensation. Möjliga effekter av detta kommenteras kort i avsnitt 15.1.2.

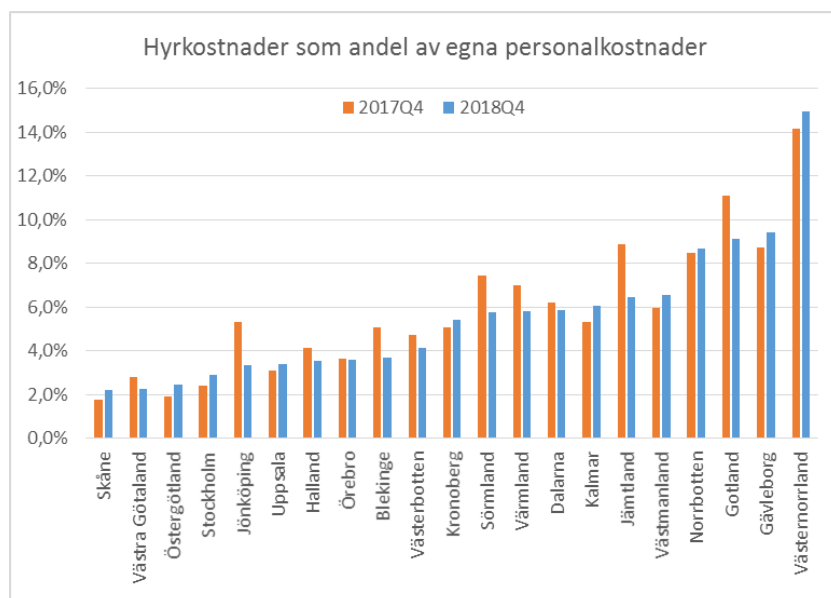
14.2.1 Landstingens kostnader

Kostnaderna för inhyrd personal skiljer sig både inom och mellan landsting och även utvecklingen över tid skiljer sig. Kostnaden för inhyrd personal i förhållande till egen personal låg under 2018 på 3,8 procent (SKL 2019). Ungefär hälften av landstingen minskade sina kostnader. Kostnaden för inhyrda sjuksköterskor ökar i dag i mycket snabbare takt än den för läkare.

Region Örebro beräknar att om samma läkare hade varit anställda i landstinget i stället för att arbeta via bemanningsföretag hade kostnaden uppgått till 60 procent av det inhyrningen kostar landstinget i dag (Region Örebro län 2017). I den statistik som redovisas anges dock inte den beräknande *merkostnaden* för inhyrd personal utan den faktiska kostnaden. Det är viktigt att komma ihåg, eftersom

personal har en kostnad avsett om den är inhyrd eller anställd. Med beräkningarna från Örebro kan man alltså uppskatta att merkostnaden för att ha inhyrd personal är 40 procent av staplarna nedan.

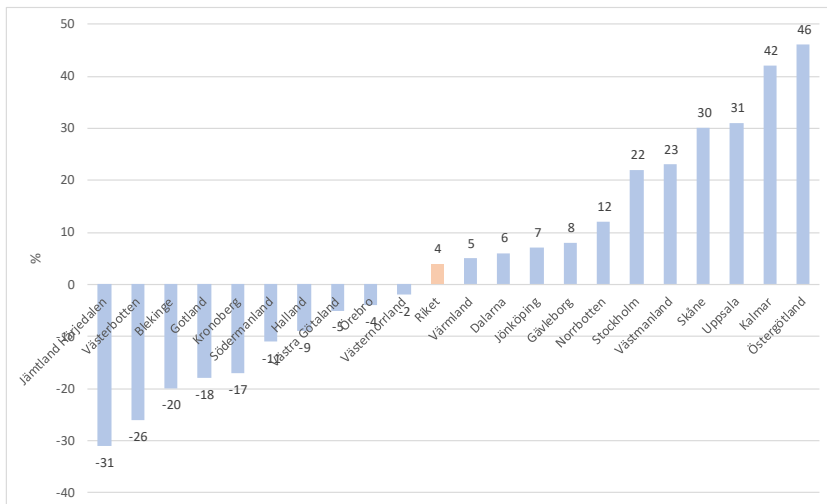
Figur 14.1 Hyrkostnader som andel av egna personalkostnader



Källa: SKL 2019.

Notera i figur 14.1 ovan att samtliga landsting med universitetssjukhus och som är lärosäte för medicinutbildning ligger i den vänstra delen av figuren. De med högre andel av personalkostnaderna är i stor utsträckning landsting med mycket glesbygd. Vad gäller utvecklingen av kostnaderna senaste året är inte bilden lika tydlig (se figur 14.2). Bland de landsting som minskat sina kostnader mest återfinns glesbygdsländsting, medan några av landstingen med universitetssjukhus har sett rejäla ökningar.

Figur 14.2 Procentuell förändring av kostnader för inhyrd personal, kvartal 3 2018 jämfört med kvartal 3 2017



Källa: SKL 2018.

Inhyrning av sjuksköterskor inom den somatiska vården ökar

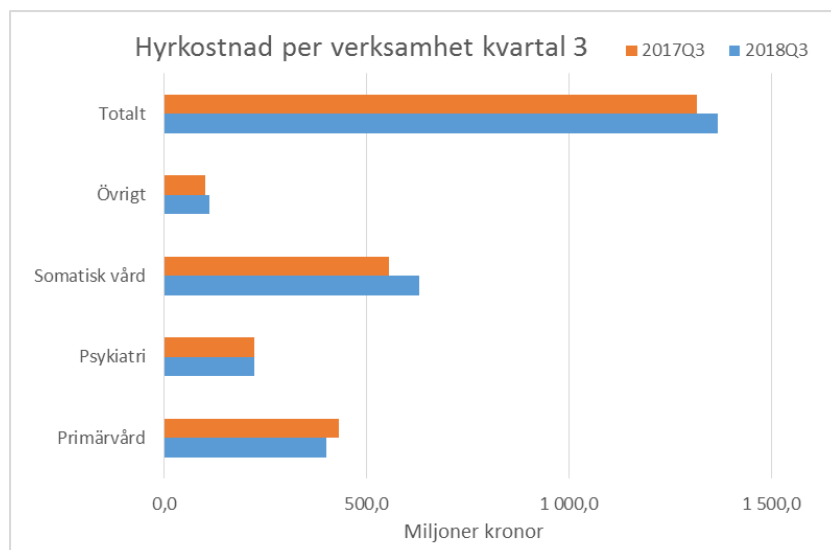
Inhyrning av läkare har varit i fokus länge. Utvecklingen senaste åren har varit att det som tidigare har varit en fråga om så kallade hyrläkare nu har utökats till att gälla fler yrkesgrupper, främst sjuksköterskor. Flera landsting beskriver en liknande utveckling där inhyrning av läkare är ett gammalt och välkänt problem, medan sjuksköterskor och andra yrkesgrupper är ett nyare och ökande fenomen. Sjuksköterskor hyrs främst in inom den somatiska vården vilket gör att även fördelningen mellan olika delar av vården ändras.

Exempelvis i Blekinge år 2013 stod läkare för 99 procent av kostnaderna för den inhyrda personalen och år 2016 stod läkarna för 90 procent av kostnaden. Under samma period gick sjuksköterskors andel från 1 till 10 procent. Sjuksköterskor hyrs främst in inom sjukhusvården.

Av den totala kostnaden för inhyrd personal har fördelningen mellan verksamheter ändrats något senaste året. Som andel minskar primärvården. Den somatiska vården ökar i stället sin andel av totalen. Under perioden minskade de totala kostnaderna för primärvården med sju procent. De totala kostnaderna inom psykiatrin var

oförändrade. De totala kostnaderna för inhyrd personal i den somatiska vården ökade med 13 procent.

Figur 14.3 Kostnad för inhyrd personal i olika verksamheter



Källa: SKL 2018.

14.3 Egenföretagare allt vanligare

All inhyrning inom hälso- och sjukvården sker inte med personal som är anställda av bemanningsföretag. Många är också egenföretagare som fakturerar bemanningsföretaget eller vårdutföraren direkt. Utredningen har fått många inspel som handlar om att det inom i stort sett hela vårdsektorn anlitas specialistkonsulter kortare tid på heltid, eller varaktigt på låg deltid, genom konsultavtal eller avtal om vissa vårdtjänster. Det kan t.ex. handla om sådana specialister som av verksamhetsskäl inte kan anlitas och sysselsättas på heltid.

Ökningen som illustreras i figur 14.4 kan kanske delvis förklaras med två förändringar i inkomstskattelagen som tillkom år 2009 och som gjorde det enklare att beviljas F-skatt (Kommunal 2018). Innan dess beviljades inte F-skatt till den som bara hade en uppdragsgivare eftersom det sågs som ett anställningsförhållande. Inte heller till den vars affärsidé var att hyra ut sig själv vid arbetstoppar beviljades F-skatt eftersom tidsbegränsade anställningar kunde användas. I Skatteverkets

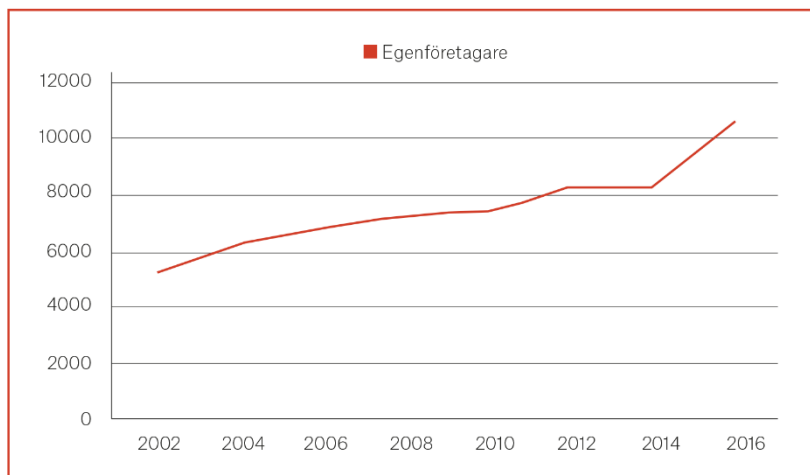
rapport om effekter av dessa ändringar uppger Sveriges läkarförbund att de har märkt av en förändring på så sätt att färre medlemmar hör av sig till dem på grund av att de upplevt problem med att Skatteverket betraktar dem som anställda (Skatteverket 2013).

Ekonomiska incitament för att vara egenföretagare

För arbetstagaren kan det finnas ekonomiska incitament i att vara egenföretagare bl.a. eftersom inkomst kan tas ut som vinstutdelning i stället för lön, och därmed betala 22 procent i vinstskatt och 20 procent i skatt på utdelningen (summa 42 procent) i stället för inkomstskatt. Å andra sidan bär de själva risken och kostnaden för exempelvis sjukdom eller inkomstbortfall och de omfattas inte heller av anställningsskyddet (LAS). För arbetsgivaren eller vårdutföraren innebär alltså kontrakterande av egenföretagare just att de slipper betala arbetsgivaravgift och att de slipper arbetsgivaransvar. Det innebär också att ansvaret för kompetensutveckling läggs på arbetstagaren själv (Enfeldt 2019). Fram till nu har utförare av vård varit befriade från moms när de hyr in personal. Detta ändrades från 1 juli 2019, men moms är en lägre skattesats än arbetsgivaravgifter (Kommunal 2018). Införandet i Sverige av Bemanningdirektivet 2012 innebär att anställda i bemanningsföretag ska ha samma grundläggande arbets- och anställningsvillkor som om de var anställda hos kundföretaget. Något som kan ha medverkat till att bemanningsföretag uppmuntrar deras anställda att starta eget (Skatteverket 2013).

I figur 14.4 nedan illustreras ökningen bland personal i vård och omsorg. Olika yrkesgrupper är inräknade men inte de som har egenföretagandet som bisyssla och inte heller egenföretagare som har anställda.

Figur 14.4 Egenföretagare i vård och omsorg, 2002–2016, antal



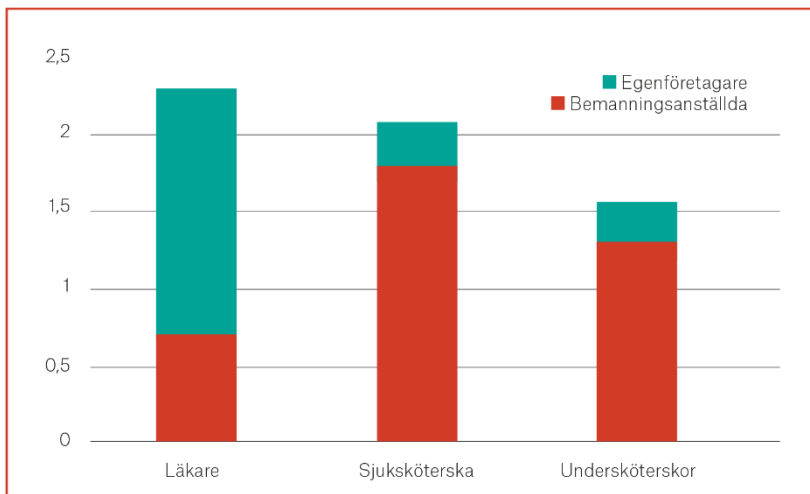
Källa: SCB AKU.

Kommunal beskriver dessa förändrade förhållanden som att risken förskjuts från arbetsgivare till arbetstagare. Benägenheten att ta denna risk kanske hänger ihop med inkomstnivå och efterfrågan från lands- och kommuner.

Bland läkare är det vanligare att de som hyrs in är egenföretagare förmedlade av bemanningsföretag än att de är anställda av bemanningsföretag. Majoriteten, över 90 procent, av de tillfrågade individerna har uppgett att bemanningsanställningen eller egenföretagandet är deras huvudsysselsättning, men de som arbetar deltid är också inkluderade i figuren (Kommunal, 2018).

I juni 2019 lämnade F-skatteutredningen sitt slutbetänkande (SOU 2019:31). Förslagen syftar till bättre efterlevnad av att enbart den som verkligen bedriver näringsverksamhet ska arbeta på F-skatt. Utredningen har analyserat frågor relaterat till möjligt skattefusk och missbruk av möjligheten att bedriva F-skatt, men inte haft till uppdrag att se över frågor kopplade till arbetsrätt. Utredningens konsekvensanalys säger inget specifikt kopplat till hälso- och sjukvården.

Figur 14.5 Hyrpersonal inom vård och omsorg, 2016, 15–74 år 1 000-tal



Källa: SCB AKU.

Många egenföretagare går alltså via bemanningsföretag. När arbetskraft hyrs ut och har anställning hos bemanningsföretaget står företaget för arbetsgivaransvar och betalar arbetsgivaravgift. När de agerar mellanhand för egenföretagare slipper bemanningsföretaget alltså dessa ansvar och kan därmed sägas löpa en mindre risk avseende kostnader för t.ex. sjuklön. För arbetstagaren kan det vara en fördel att slippa ansvar själv för kontakterna med vårdutförarna. Tjänstemän inom ett landsting berättar för utredningen att egenföretagare sällan själva lämnar anbud vid ramavtalsupphandling.

14.4 Bemanningsbranschen

Bemanningsbranschen har vuxit rejält sedan mitten på 1990-talet. Bemanningsföretagens omsättning inom vård och omsorg är cirka 5,5 miljarder årligen (SvD 2018). De fem största företagen står för cirka 3 miljarder. Dedicare, NGS Group och Pelmatic är medlemmar i Kompetensföretagen och auktoriserade. Bonliva och Läkarleasing är inte auktoriserade.

Kompetensföretagen – branschorganisationen som ansvarar för auktorisation

Kompetensföretagen (f.d. Bemanningsföretagen) bildades 2003 och är en bransch- och arbetsgivarorganisation som samlar företag som arbetar med rekrytering, omställning och uthyrning. De representerar cirka 70 procent av företagen inom branschen. Vård- och omsorgsföretag står för cirka 8 procent av deras omsättning. Kompetensföretagen är medlemmar i Almega och ingår i Svenskt näringsliv. Som främsta uppgift anges att säkerställa en fortsatt välfungerande och expanderande bransch för kompetensföretag i Sverige.

Kompetensföretagen uppger att deras medlemmar anställer 5 500 personer helårsvis inom vården (Kompetensföretagen 2017). Den största gruppen är läkare. De beskriver att hälso- och sjukvården i jämförelse med andra branscher med kompetensbrist i mindre utsträckning använder sig av inhyrd personal, och att man jämförelsevis hyr in under kortare perioder. Som andel av de totala kostnaderna för landstingens inhyrning, stod Kompetensföretagens medlemmar för 39 procent under 2016.

Kompetensföretagen ställer krav på att medlemsföretagen är auktoriserade, vilket innebär att de ska uppfylla en rad krav. Företagen granskas i samband med inträde i Kompetensföretagen och därefter på nytt varje år. Den som inte uppfyller kraven tvingas lämna organisationen. Företag kan ansöka om auktorisation först efter att de bedrivit verksamhet i tolv månader. Granskning av företagen sker i en auktorisationsnämnd, vars ledamöter är styrelseledamöter från Kompetensföretagen samt representanter från Unionen, LO-förbunden och Akademikerförbunden. Beslut fattas därefter av Kompetensföretagens styrelse, vars ledamöter kommer från olika bemanningsföretag.

För att bli auktoriserade måste företagen, utöver att vara medlem i Kompetensföretagen, bl.a. ha bedrivit verksamhet inom Kompetensföretagens områden sedan minst tolv månader, redovisa den senaste årsredovisningen med revisionsberättelse och i övrigt styrka ordnad ekonomi. Autorisation kräver också kollektivavtal för det avtalsområde inom vilket företaget verkar och att företaget tillämpa minst Kompetensföretagens allmänna leveransvillkor (Standardavtal). Man ska också omfattas av Kompetensföretagens ansvarsförsäkring eller motsvarande, följa Kompetensföretagens etiska regler och säkerställa att underleverantör är momsregistrerade. Skatter och avgifter ska

vara betalda. Företaget ska omfattas av underleverantörsförsäkring och ska genomgå auktorisationsnämndens årliga granskning.

Kompetensföretagen beskriver att de auktoriserade bolagen kontrollerar personalens legitimation hos Socialstyrelsen och att alla anställda genomgår intervjuer (Kompetensföretagen.se). De tar referenser från tidigare arbetsgivare och de säkerställer att de inte har anmärkningar hos IVO.

Kompetensföretagen har vid ett flertal tillfällen uttryckt oro över att landsting i stor utsträckning gör upphandlingar av företag som inte är auktoriserade (se exempelvis *Domanders & Eidfelt* 2019). Man menar att kostnaderna drivs upp när enskilda eller sista minuten-upphandlingar görs utanför ramavtal. Kompetensföretagen menar att auktorisation ska ses som en kvalitetsstämpel och vill se att landstingen använder det som vikt när de upphandlar. Landstingen kan inte ställa krav på auktorisation eftersom företag måste vara medlemmar i Kompetensföretagen för att kunna bli auktoriserade.

Alla företag är inte auktoriserade

Kompetensföretagen representerar 70 procent av företagen inom bemanningsbranschen. Utredningen har i nuläget ingen närmre kännedom om vad som utmärker de företag som utgör resterande 30 procent.

Som nämnts tidigare sker inhyrning inom vården också via konsulter som inte är anställda av ett bemanningsbolag utan i stället är egenföretagare som kontrakterar ut sig själva genom juridisk person.

Egenföretagare

Egenföretagare med F-skatt utgör i dag en stor andel av de som arbetar som inhyrda i vården. Ofta går de via bemanningsföretag.

14.5 Kritik mot landstingens upphandlingsförfaranden

Den huvudsakliga formen i dag för att ordna tillfällig bemanning är att upphandla bemanningstjänster. Därutöver används också i lägre grad interna bemanningspooler, vikariatslistor och liknande men det utgör ännu en liten andel totalt. Landstingen har från olika håll fått kritik för hur de sköter sina upphandlingar av bemanningstjänster (Konkurrensverket 2015a; Enfeldt 2019). Kritiken rör å ena sidan att en stor andel av bemanningen upphandlas utanför ramavtal, genom direktupphandling, vilket riskerar att innebära högre kostnader. Konkurrensverket anmärker också på att landstingen ibland har vitesklausuler rörande leveranssäkerhet i sina ramavtal, men att de inte används vilket försämrar förutsägbarheten för inblandade företag.

Landstingen å sin sida menar att upphandling utanför ramavtal sker eftersom bemanningsbolagen inte alltid levererar. Något som också bekräftas av Konkurrensverket (2015a). Konkurrensverket uppmärksamade 2015 att leverantörer inte alltid tackar ja eller ens svarar på landstingens avrop (Konkurrensverket 2015a). Som tänkbar orsak angavs att leverantörerna ofta inte egentligen förfogar över de läkare de förmedlar utan läkarna är i grunden egenföretagare som låter sig förmedlas via bemanningsföretag. Det uppgavs även att samma hyrläkare kunde dyka upp flera gånger i samma avrop, men förmedlade av olika bolag. När utredningen har besökt olika landsting samt träffat vårdcentralschefer målas en liknande bild upp i dag. Det är vanligare med egenföretagare inom direktupphandling än inom ramavtalsmodellen (Kommunal 2018).

Att vitesklausuler inte används trots att de finns uppges bero på att man vill ha fortsatt god relation till bolagen.

Konkurrensverket beskrev också 2015 att vissa företag försöker sälja sina tjänster direkt till vårdcentraler vid sidan av ramavtal. Läkare i primärvården vittnar också om att företag hör av sig till dem och försöker rekrytera dem.

I april 2019 kom en rapport från Arena Idé som analyserar beroende av inhyrda sjuksköterskor i vården (Enfeldt 2019). I rapporten framträder delvis samma kritik, men den visar också att det finns problem även när ramavtal fungerar som de ska. I rapporten riktas särskilt kritik mot politiker i landstingen, som man menar har släppt kontrollen över upphandlingarna. Som exempel på sådant som gynnar

bemanningsföretag och inte den som upphandlar är att avtal sällan innehåller olika priser för långa eller korta uppdrag. Ett företag fakturerar alltså samma i timmen oavsett om uppdraget de får är två veckor eller sex månader långt trots att de får bättre förutsägbarhet och slipper driva nya rekryteringsprocesser frekvent när de får långa uppdrag. Enligt avtal betalar också landstingen ofta för obekvämt arbetstid i enlighet med kollektivavtal, trots att de inte alltid ställer krav på att företagen ska tillämpa kollektivavtal.

I rapporten beskrivs också att ramavtalen lättvindigt tillåter underleverantörer i upphandlingarna. Som exempel används Region Uppsalas ramavtal för sjuksköterskor där det står ytterst lite avseende krav vad gäller underleverantörer. Exempelvis behöver inte företagen ange vilka underleverantörer de avser använda. Att använda underleverantörer, menar rapportförfattaren, är gynnsamt för bemanningsföretagen eftersom de slipper arbetsgivaransvar, att ansvara för att vissa regler följs etc. Företagen slipper dessutom ansvara för kompetensutveckling när de inte har anställda.

I rapporten ifrågasätts också kritiken mot direktupphandlingar. Som exempel beskrivs hur Region Uppsala fattade beslut om att initiera en upphandling av bemanningstjänster för grundutbildade sjuksköterskor. Trots att beslutet fattades under tiden som landstingens och SKL:s Oberoende-projekt pågick fanns inga parallella anvisningar om att arbeta med att få ner kostnaderna. Efter att ramavtalet kom på plats ökade också inhyrningen av sjuksköterskor. Rapportförfattaren menar att detta berodde på att det nu var enkelt att avropa dessa tjänster. Innan avtalet fanns fick man direktupphandla och gå igenom en omständlig process.

I rapporten framhävs också lönefrågan som vital för den berendesituation som uppstått. Även här kritiserar landstingen, och SKL, för att lägga krut på fel saker. ”Politiken och SKL fokuserar på arbetsmiljö medan bemanningsföretagen agerar utifrån de mekanismer som styr marknaden.” (Enfeldt 2019). Citatet sammanfattar den kritik som rapportförfattaren riktar mot det fokus som SKL och landstingen lägger på frågor om arbetsmiljö vad gäller att minska inhyrning. Man menar att de som väljer att arbeta som inhyrd främst gör det för att de på så sätt kan få en högre lön. Vidare menar man att landstingen betalar hellre mer pengar till bemanningsbolag än att höja de anställdas löner.

Några landsting har arbetat för bättre ramavtalsupphandling. Ett gott exempel som lyfts fram av representanter från andra landsting är Region Skåne.

Faktaruta 14.1 Exempel från Region Skåne

Som del i arbetet med att bli oberoende av inhyrd personal i Region Skåne har man lyft upp beslutsfattande vad gäller inhyrning till central nivå. Chefer får ansöka om dispens hos regionens HR-direktör i det fall de vill hyra in personal. Ansökan sker genom att de lämnar in en blankett där de måste redovisa alla de åtgärder som har vidtagits för att försöka fylla vakansen på andra sätt. Förfarandet uppges ha effekt eftersom det gör på ett normerande plan inhyrning till en undantagsåtgärd men också för att cheferna funderar flera vändor på möjliga åtgärder innan de lämnar in ansökan. Som huvudregel tillåts inhyrning i max sex veckor och därefter ska behovet prövas på nytt.

Sedan 2016 har Region Skåne också infört en ny modell för sin ramavtalsupphandling. Vid upphandlingen satte man ett fast pris som var samma till alla leverantörer. Därefter antogs alla leverantörer som levde upp till de krav som ställdes (38 stycken för fyra olika delområden). Bland annat ställs krav på att företagen ska leverera anställda personer, inte egenföretagare. Vid avrop används det bolag som är först till kvarn och med giltig leverans. De leverantörer som visar upp bäst leveransprofil utses till "A-leverantörer" och får vid nästa avrop ett dygns förtur. Fem bolag kan samtidigt vara A-leverantör och förfarandet är dynamiskt. Detta uppges skapa goda incitament för företag att vilja bli A-leverantör.

De problem man såg innan denna modell infördes var att avtals-troheten var låg och att branschen visade dålig leveransförmåga. Man upplevde att hyrpersonalen hade svaga band till bemanningsföretagen och samma personer hade kontakt med flera olika leverantörer och spelade ut dem mot varandra. Man upplevde också att leveranserna ofta kom genom systerbolag till högre priser. Man upplevde slutligen att upphandlingarna tog lång tid.

Innan modellen infördes gjordes 35–40 procent av regionens upphandlingar inom ramavtal. I dag görs 93 procent av upphandlingar inom ramavtal. Även de företag som står för resterande sju procenten får samma fastpris. Region Skåne beräknar att arbets-sättet sparar dem 30–35 miljoner kronor årligen.

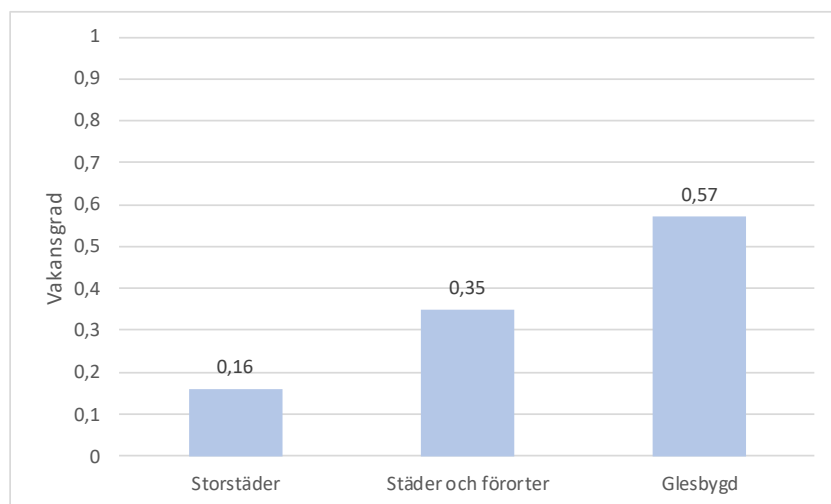
14.6 Vårdcentraler i glesbygd har större problem att fylla läkarvakanser

Konkurrensverket uppmärksammade 2015 att kostnader för inhyrda läkare är en belastning för vårdcentraler (Konkurrensverket 2015) och att vårdcentraler belägna i glest befolkade regioner hade sämst förutsättningar.

Under 2018 tog Vårdanalys fram ett kunskapsunderlag om försörjning av läkarkompetens i primärvården (Vårdanalys 2018a). Vårdanalys definierar en vakans som antalet heltidstjänster som primärvårdens verksamhetschefer uppger att det både finns behov av och ekonomiskt utrymme för att anställa. Genom en enkätundersökning riktad till landets vårdcentraler får de fram att hälften av landets vårdcentraler har minst en läkarvakans och att den totala vakansgraden på läkare uppgår till 21 procent. Totalt handlar det om mellan 1 200 och 1 500 tjänster. Andel vårdcentraler som har vakanser skiljer sig åt beroende på vilken kommuntyp det handlar om. I storstäder svarar 38 procent att de har vakanser. I städer och förorter är andelen 47 procent och i glesbygd är andelen hela 67 procent. Skillnaderna kvarstår även när hänsyn tas till skillnader i förväntat vårdbehov mätt som CNI, vårdcentralens storlek samt driftsform.

Mindre vårdcentraler har dock högre vakansgrad än större vårdcentraler, oavsett var de är lokaliserade. Även vakansgraden skiljer sig mellan vårdcentraler belägna i glesbygd och i tätbebyggelse. Den genomsnittliga vakansgraden per vårdcentral hos vårdcentraler belägna i glesbygd är 0,57, vilket alltså betyder runt en vakans per två arbetande läkare vid vårdcentralerna.

Figur 14.6 Vakansgrad i storstäder, städer och förorter samt glesbygd

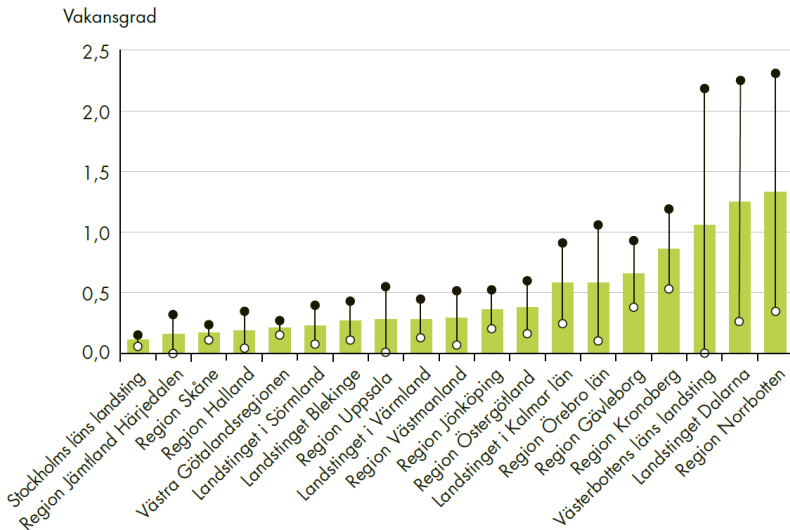


Källa: Vårdanalys 2018a.

Vad gäller hur det ser ut per landsting kan konstateras att storstadsregionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland har lägre vakansgrad medan exempelvis Norrbotten, Dalarna och Västerbotten har högst. I figur 14.7 bör dock noteras att konfidensintervallen är stora.

Det finns antagligen en risk att vakansgraderna kan vara aningen underskattade. Detta eftersom det är möjligt att arbetsplatser med långvariga vakanser till slut anpassar arbetet och omfördelar arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper så att de till slut inte längre söker efter den grupp de ursprungligen sökte efter. Det kan exempelvis handla om att anställa fler specialister under utbildning i stället för färdiga specialister, eller omfördela fler uppgifter från läkare till sjuksköterskor eller att anställa en helt annan specialist än den man ursprungligen tänkt.

Figur 14.7 Genomsnittlig vakansgrad per vårdcentral i respektive landsting

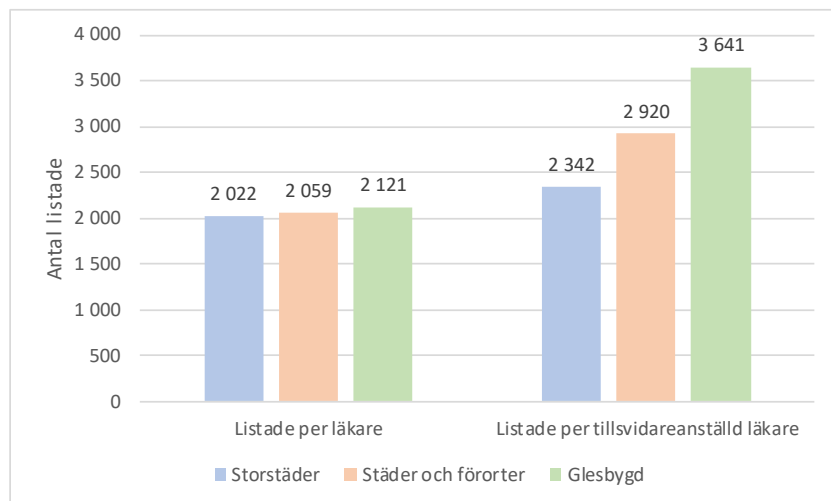


Källa: Vårdanalys 2018a.

14.6.1 Större andel tillsvidareanställda i storstäder

För att möta patienternas behov använder vårdcentraler i glesbygd i större utsträckning också möjligheten att bemanna med inhyrda läkare. Det blir tydligt när genomsnittligt antal listade patienter per arbetande läkare analyseras nedbrutet på geografi samt tillsvidareanställda läkare eller totala antalet läkare. Patienter som besöker vårdcentral i glesbygd möter därmed oftare en läkare som inte är tillsvidareanställd på vårdcentralen.

Figur 14.8 Antal listade personer per läkare i genomsnitt per vårdcentral i storstäder, städer och förorter samt glesbygd



Källa: Vårdanalys 2018a.

Vårdanalys undersöker även vårdcentralernas läkartäthet ihop med andra variabler, däribland förväntad vårdtyngd, CNI (Vårdanalys 2018a). När läkartäthet undersöks utan hänsyn tagen till specialisering finns inget samband. När däremot antalet listade patienter per specialistläkare analyseras finns ett samband mellan högre förväntat vårdbehov och en lägre bemanning. Den senare analysen har större osäkerhet men ger ändå en indikation om att områden med ett högre förväntat vårdbehov i mindre utsträckning har närvaro av läkare med specialistutbildning.

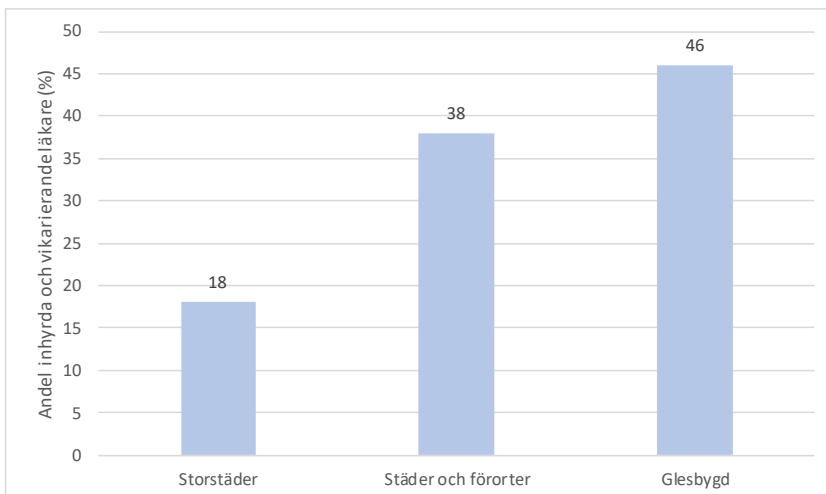
Läkarnas specialiseringsgrad skiljde sig dock inte nämnvärt mellan glesbygd och städer (Vårdanalys 2018a). Däremot hade vårdcentraler i både glesbygd samt städer och förorter, i lite högre utsträckning än storstäder, andra specialister än i specialister i allmänmedicin bland personalen. Detta kan vara rimligt givet att vårdcentraler i glesbygd ofta har ett bredare uppdrag (Konkurrensverket 2015).

14.6.2 Förekomst av tillfälliga läkare varierar

Var femte legitimerad läkare som arbetar inom primärvården är inhyrd eller vikarierande (Vårdanalys 2018a). Siffran är beräknad utifrån heltidstjänster.

Även förekomst av inhyrda och vikarierande läkare är ojämnt fördelade mellan vårdcentralerna. Sex av tio vårdcentraler uppgav att de varken hade inhyrd eller vikarierande läkare arbetandes hos sig. Bland de vårdcentraler som hade tillfällig personal hade de i snitt 83 procent av en heltidstjänst inhyrda eller vikarierande. I glesbygd är ungefär hälften av alla legitimerade läkare inhyrd eller vikarie, motsvarande för storstäder är 20 procent. Vid vårdcentraler i glesbygd är också uppdragstiden för inhyrda läkare kortare, vanligtvis upp till en månad, i storstäder är det vanligare med en till sex månader och i städer och förorter över sex månader. Vårdanalys har inte undersökt vad det beror på och vi vet alltså inte om det följer efterfrågan från vårdcentralerna eller om det är svårare för vårdcentraler i glesbygd att rekrytera även inhyrda för längre tid.

Figur 14.9 Andelen inhyrda och vikarierande läkare av den totala bemanningen i genomsnitt per vårdcentral i storstäder, städer och förorter samt glesbygd



Källa: Vårdanalys 2018a.

14.6.3 Även ST-tjänsterna är ojämnt geografiskt fördelade

Både andelen vårdcentraler som har minst en ST-läkare i allmänmedicin, samt det genomsnittliga antalet ST-läkare per vårdcentral har ökat mellan 2012 och 2017 (Vårdanalys 2018a). Fördelning mellan landsting och mellan städer och glesbygd är dock ojämn.

Flest ST-läkare per 1 000 invånare finns i storstäderna, minst antal i glesbygd. I glesbygd har man även färre ST-läkare per anställd specialist. Vårdcentraler i glesbygd upplever också en större svårighet att behålla läkarna när de är färdigutbildade specialister. Var läkare gör sin specialistutbildning har betydelse för var de arbetar i framtiden, vilket gör att en ojämn fördelning av ST-tjänster riskerar cementera en ojämn kompetensfördelning för framtiden. Detta faktum är något som lyfts av många av de landstings- och vårdcentralrepresentanter som utredningen har träffat.

14.7 Landstingens rutiner för patientsäkerhet brister vid personalomsättning

IVO har under ett antal år följt frågan om vakanser och användandet av inhyrd personal och ser att det finns ett antal risker för primärvården utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv. De risker som lyfts fram kan i stor utsträckning höra ihop med hög personalomsättning generellt, snarare än just inhyrd personal. Granskningen har dock fokuserat på arbetsplatser där man har använt sig av just inhyrd personal, vilket gör att riskerna i deras rapport beskrivs i relation till inhyrning.

Till en början konstateras att hög personalomsättning hänger ihop med sämre kontinuitet inom vården, vilket i sin tur påverkar patienter. Vid tidpunkten för tillsynen (2016a) saknades systematisk egenkontroll vid de tillsynade vårdcentralerna. Det i sin tur sägs kunna leda till att brister i primärvården inte uppmärksammas. Här betonas särskilt att detta kan innebära att eventuella brister i hyrläkares insatser inte uppmärksammas. Bristen på fasta läkare gör att övrig personal får ett utökat ansvarsområde och stressig arbetsituation, vilket kan leda till att hyrläkare inte får det stöd som de behöver eller den introduktion som krävs för ett patientsäkert arbete. Slutligen såg IVO att de inte i tillräcklig utsträckning får kännedom om legitimerad personal som inte fungerat tillfredsställande, och

som i vissa fall har bedömts vara en fara för patientsäkerheten. Detta innebär alltså att anmälningar till IVO inte görs i den omfattning som vore önskvärd.

IVO noterar i sin uppföljning att de främsta orsakerna till missnöje bland patienter rör bristande kontinuitet (IVO 2016). IVO refererar också till en enkätundersökning som genomfördes av Sveriges läkarförbund och som gick ut till allmänläkare under 2015. Av denna framgår det att läkare som arbetar vid vårdcentraler med många vakanser i mindre utsträckning upplever att de har de förutsättningar som krävs för att ge en god vård. Vid tidpunkten för IVO:s tillsyn arbetade en tredjedel av alla primärvårdsläkare vid en vårdcentral med dålig bemanning.

IVO skriver att inhyrda läkare inte alltid fullt ut betraktas som en del av verksamheten. De flesta av de tillsynade vårdcentralerna hade någon typ av introduktionsprogram för inhyrda läkare. IVO bedömde dock att inhyrda läkare i de flesta fall gavs för lite tid för introduktion innan de träffar sin första patient. Exempelvis nedprioriteras genomgång av riktlinjer och vårdprogram, och stöd i det dagliga arbetet brister. Verksamhetschefer belyser också brister i arbetet som utförs av inhyrd personal, exempelvis vad gäller för hög andel remissutfärdanden och brister i vårdkedjan. En läkare som arbetat som inhyrd har också gjort en anmälan till IVO 2016, bl.a. för att hen inte fick tillgång till vårdcentralens interna avvikelserapporteringssystem och inte heller viss utrustning.

Vid en uppföljande tillsyn 2017 kunde IVO konstatera att samtliga tillsynade enheter aktivt arbetade med att förbättra situationen, både vad gällde att stärka upp den fasta bemanningen, introducera nya arbetssätt för att minska sårbarheten inom primärvården och att förbättra förutsättningar för inhyrda läkare att arbeta patientsäkert samt för vårdgivare att följa upp inhyrda läkares insatser (IVO 2017).

En chefläkare i ett landsting beskriver frågan om patientsäkerhet såhär

Inom primärvården har vi sett att det finns en överrepresentation av hyrläkare när det kommer till allvarigare avvikelser och även i de Lex Maria anmälningar som gjorts. Detta beror inte nödvändigtvis på att hyrläkaren ifråga haft kompetensbrist, även om detta förekommer. Ofta beror det också på bristande uppföljning, kontinuitet eller dålig kunskap om lokala riktlinjer och rutiner vilket i förlängningen ger patientsäkerhetsrisker. Dessutom upplever patienten många gånger en dålig kvalitet då de kanske inte får svar på de undersökningar de remitterats till och

ofta ser man att onödiga utredningar/provtagningar görs, vilket fördyrar vården utan att göra den bättre. Vi ser också tydliga risker med hyrberoendet när det kommer till kvalitetsuppföljning och utvecklingsmöjligheterna på arbetsplatserna. Utan fast anställda läkare är det svårt att driva utvecklingsarbeten/kvalitetsarbeten.

15 Pågående arbete för att minska beroendet

I detta avsnitt redogörs för olika initiativ som syftar till att minska beroendet av inhyrd personal i vården. Initiativen syftar ofta mer övergripande till att främja frågor kring kompetensförsörjning på olika sätt.

15.1 Landstingens och SKL:s projekt Oberoende av inhyrd personal

Landstingen och SKL samverkar i projektet ”Oberoende av inhyrd personal” för att minska inhyrningen i vården. Utredningen har gjort en genomgång av handlingsplaner och projektplaner för att få en bild av hur arbetet bedrivs. Vid sidan av detta har utredningen också träffat direktörsnätverk via SKL, samt gjort flertal möten i olika landsting och med professioner och branschorganisationer för att få en kompletterande bild. En sammanfattande beskrivning presenteras här.

Projektet betonar att egna medarbetare är ett verktyg för att skapa kontinuitet för patienter samt tryggare vård med högre kvalitet och lägre kostnader. Det betonar också att egna medarbetare skapar bättre förutsättningar för god arbetsmiljö och långsiktigt utvecklingsarbete.

15.1.1 Bakgrund och målsättning med det gemensamma arbetet

Landstingen har tidigare enats om att minska inhyrningen av personal i hälso- och sjukvården. Första gången år 2003, därefter år 2009 och 2012. År 2012 beslutades om en nationell strategi med målsättning att halvera inhyrningen från bemanningsföretag till år 2014 och att långsiktigt ha avvecklat beroende till år 2016. År 2011 låg den totala kostnaden på cirka 1,5 miljarder och år 2015 var den uppe i 4 miljarder. Under våren 2016 inledde SKL en förstudie i frågan och i augusti samma år startade projektet ”Oberoende av inhyrd personal”. En strategi togs fram och i januari 2017 beslutade styrelsen för SKL att ställa sig bakom den, samt att rekommendera alla landsting att anta den samt att ta politisk ställning till hur den ska tillämpas.

Projektet drivs och har initierats av landstingsdirektörerna. Inom ramarna för projektet finns ett samarbete med SKL med inriktningsmål om en mer tillgänglig och säker vård, där en gemensam strategi för att minimera användandet av hyrpersonal utarbetas. Fokus ligger på läkare och sjuksköterskor.

Flera orsaker pekas ut till varför beroende av inhyrd personal ökat. Särskilt betonas stora pensionsavgångar i kombination med svårighet att rekrytera motsvarande kompetens, ökat vårdbehov och efterfrågan (samtidigt som det betonas att antal anställda och sysselsatta läkare och sjuksköterskor aldrig varit så många som nu), bekymmersam arbetsmiljö och att bemanningsföretag utlovar högre löner samt högre flexibilitet än vad vården traditionellt sett har erbjudit.

Ett exempel som lyfts upp för inspiration är Västra Götalandsregionens arbete med att fasa ut inhyrda läkare inom psykiatrin. Från företrädare i projektet betonas att framgångsfaktorer var att det fanns ett aktivt ägarskap i frågan och tydlig målbild i att man hade bestämt sig för att detta skulle ge resultat och med ett datum för när det skulle vara uppnått. Med visst stöd uppifrån anställdes fler ST-läkare än vad det egentligen fanns budget för. Man anställde också fler administratörer för att hjälpa pensionerade läkare som arbetade deltid med it-system och annat.

Oberoende definieras som att hälso- och sjukvården har en stabil och varaktig bemanning med egna medarbetare för den löpande verksamheten. Som indikator har man satt maximalt två procent av den

totala personalkostnaden. Målet skulle vara uppnått den 1 januari 2019.

Varje landstingsdirektör utsåg en processledare och denne utsåg i sin tur en strategisk bemanningsgrupp. En handlingsplan för hur målet skulle uppnås togs fram i varje landsting. Åtgärderna rörde sig tematiskt inom områdena arbetsmiljö och attraktiv arbetsplats, personaldimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor, nya effektiva arbetssätt, kompetensväxling, och att utveckla samarbetet mellan landsting.

Flera målsättningar sattes upp. Oberoendet var det övergripande effektmålet. Det fanns också ett nationellt och ett regionalt effektmål där det förstnämnda var ett gemensamt åtagande genom en överenskommelse mellan samtliga landsting om att uppnå oberoende och det sistnämnda var att varje landsting skulle ta fram en egen handlingsplan i syfte att uppnå det nationella effektmålet. Handlingsplanen baserades på 60 åtgärder som tagits fram utifrån tidigare projekt som har arbetat med närliggande frågor, exempelvis utfasning av inhyrda läkare inom psykiatri. Det fanns även projektmål uppsatta. Dessa handlade exempelvis om att ta fram förslag till åtgärder, bidra till kunskapsöverföring mellan landsting och förslag på hur uppföljning skulle gå till. Projektet förutsatte tydlig politisk förankring, att alla landsting var överens om mål, att de fattade regionala beslut, regelbunden uppföljning och hög delaktighet på flera plan.

Utöver oberoende-projektet arbetar landstingen gemensamt med ett projekt inom utbildning och ett inom kompetensförsörjning genom integration. Dessa ses också som en viktig del i utvecklingsarbetet.

Skillnad jämfört med tidigare projekt

De som är engagerade i projektet menar att förutsättningarna är bättre nu än vad de varit vid tidigare försök att minska inhyrningen (SKL 2018). I dag finns en tydlig struktur och organisation med aktiva nätverk som arbetar med frågan på flera nivåer och har en tydlig tidplan. Projekt och handlingsplaner beslutas på högsta nivå från landstingsdirektören i varje landsting. Det finns en central organisation via SKL som driver kvartalsvisa uppföljningar av hur projektet framskrider samt samlar in goda exempel som kan spridas mellan

landstingen. Det betonas också att det i dag är andra frågor som är i fokus för arbetet. Förut har fokus legat på kostnader medan nuvarande projekt fokuserar på trygghet och kontinuitet i vården.

Att det finns goda exempel på lyckade projekt, som det inom psykiatri i Västra Götalandsregionen, betonas också som positivt för förutsättningarna att lyckas.

15.1.2 Privata aktörer och momsfrågan

Aktörer som inte är i offentlig regi ingår inte i projektet. De utgör dock en betydande del av vården, främst primärvården, i Sverige och arbetar också med olika strategier för att rekrytera och behålla personal, samt att ett strategiskt användande av inhyrd personal.

Dessa aktörer fick också ändrade förutsättningar vad gäller inhyrning från och med 1 juli 2019 (se avsnitt 14.2). Flera aktörer, både vårdgivare och intresseföreningar, har kommit med stark kritik mot domslutet som de anser skapar snedvridande konkurrensförhållanden för offentlig regi. Det har även dykt upp nya initiativ som blanda annat syftar till att komma runt momspåläggningen (Wenell 2019). Exempelvis har en privat utförare inlett ett samarbete med ett nystartat bolag som ska förmedla personal till dem. Företaget tar ut en fast kostnad av utföraren och förmedlar därefter obegränsat antal, dvs. de tar inte ut någon provision för arbetad tid eller för antal leveranser. Tanken är att fortsatt kunna erbjuda både vårdcentraler och professioner flexibilitet, men med direktanställning vid vårdcentraler alternativt direkt fakturering för egenföretagare, i stället för att det går via en mellanhand. Utförarens förhoppning är att få till långsiktigare relationer med arbetstagare och på så sätt kunna erbjuda bättre kontinuitet för patienterna.

Ett annat exempel är ett etablerat företag inom bemanningsbranschen som startar mer verksamhet inom förmedling av personal, vid sidan av uthyrning (Wenell 2019). Om personalen förmedlas för uppdrag, oavsett längd, men är direkt anställda av utföraren i stället för av bemanningsbolaget blir det ingen momspåläggning. Utföraren får då även arbetsgivaransvar etc. för den resursuppstärkning de tar in via förmedlingen.

15.2 Arbete inom landstingen

Det är tydligt att också landstingen identifierar förbättrad arbetsmiljö som särskilt prioriterad i arbetet. Det ses som avgörande för att behålla den personal som man har lyckats rekrytera.

Landstingen arbetar med flera olika delar för att göra det mer attraktivt att arbeta inom vården i just deras landsting. De lokala handlingsplanerna beskriver främst åtgärder inom områdena attraktiv arbetsplats, dimensionering, bemanningsplan, rekrytering, ersättningsfrågor, nya arbetssätt, samarbete mellan landsting och tidplaner. Nedan ges några exempel på olika arbetssätt eller aktiviteter. Utredningen har gått igenom landstingens handlings- och projektplaner för projektet Oberoende av inhyrd personal och informationen nedan kommer från dessa.

Fler ST-platser i primärvården

Flera landsting betonar att ”den enskilt viktigaste åtgärden i de flesta landsting” är att öka antalet ST-läkare och sjuksköterskor under specialistutbildning.

Flera landsting har fattat beslut om omfördelning av ST-platser så att fler placeras i primärvården (IVO 2017). Det finns dock utmaningar både vad gäller att få studenter och handledare till orter som ligger längre från utbildningssjukhus. SKL och flera landsting har drivit på för att få bedriva handledning på distans, något som Socialstyrelsen sa ja till 2018.

Nya arbetssätt eller kompetensväxling

Alla landstingen ser behovet av att både ändra arbetssätten så att rätt profession gör rätt saker, men också att öppna upp för nya arbetssätt som gör arbetet mer attraktivt. Det kan exempelvis handla om digitala arbetssätt. Region Jämtland Härjedalen inrättar särskilda virtuella jour-rum där en distriktssköterska finns på plats och samarbete sker med läkare på annan ort. Region Norrbotten planerar att etablera mottagning på distans för återbesök.

IVO beskriver några exempel som vårdgivare uppger har gett goda resultat för arbetsplatserna: att använda sig av triagering vid vård-

central för att hitta rätt vårdnivå för patienten, arbetsväxling där patientens diagnos styr vilken personalkategori den möter (IVO 2016). Inom ett landsting har några distriktssjuksköterskor börjat arbeta exklusivt med patienter som är 75 år eller äldre. Dessa ges en direktkontakt till sköterskan och patienterna uppges vara nöjda.

Flexibilitet och omväxling

Flera landsting arbetar med att utöka möjligheten för anställda att variera arbetet mer och att möjliggöra tid för utveckling och fortbildning. Vissa öppnar upp för möjligheten att forska på arbetstid. Syftet är också att skapa luft i systemet, exempelvis tid för kollegiala möten, reflektionstid och lärande.

Exempelvis beskriver Jämtland Härjedalen att man vill ge sjuksköterskor möjlighet att rotera mellan öppenvård och slutenvård eller mellan sjukhus och 1177.

Flera beskriver också att de vill ge anställda möjlighet att arbeta extra, antingen på vanliga arbetsplatsen eller på annan plats inom landstinget. Detta gäller givet att personen bedöms klara av det.

Ekonomiska incitament

Vad gäller ekonomiska incitament är strategierna något blandade där många vill undvika särskilda lösningar med högre löner, medan andra ser att de måste betala högre löner generellt jämfört med andra landsting eller på vissa orter för att kunna attrahera personal. Inom vissa landsting avser man att betala högre löner för specialiteter som identifieras som bristspecialiteter. I Norrbotten har man glesbygds-tillägg för läkare på enheter med glesbygdsuppdrag. Vissa landsting betalar ut påslag på lönen till medarbetare som arbetar i ”svårrekryterade” områden.

Något som betonas är möjlighet till löneväxling och pensionsinbetalningar. Inom Region-Härjedalen utreder hur man kan införa ersättningar som premierar erfarenhet och lojalitet. I Norrbotten har man infört pensionsavsättningar som tillfaller den anställde efter fyra år som just lojalitets- och kontinuitetsfrämjande bonus.

Rekrytering

Flera landsting arbetar med särlösningar för pensionerade läkare och sjuksköterskor, där de kan bli timanställda vikarier eller arbeta med särskilda uppgifter som handledning av studenter. Många samarbetar med SFI och Arbetsförmedlingen för att snabbare få in utlandsutbildade i verksamheterna.

Karenstider och bisysslor

Flera landsting ser över hantering av bisysslor. I exempelvis Jönköping har normen varit att medarbetare på arbetsgivarens begäran varit skyldig att anmäla bisyssla samt lämna de uppgifter som arbetsgivaren behöver för att kunna bedöma dessa. Denna har nu ändrats till att arbetstagaren i stället är skyldig att på eget initiativ anmäla bisyssla. Bisyssla kan exempelvis vara som inhyrd i ett närliggande landsting eller att arbeta deltid för exempelvis ett digitalt vårdbolag.

Flera landsting skärper nu också sina karenstider, dvs. tiden som måste gå mellan att en person är anställd i landstinget till det att den kan komma tillbaka till samma arbetsgivare som inhyrd. Generellt sett kräver landstingen att det går sex månader, några landsting skärper nu detta till 18 månader.

Flera landsting betonar avsikten att förbättra upphandlingen

En prioriterad fråga för flera landsting är att få till bättre upphandlingar. Det handlar bl.a. om att få till bättre ramavtal och därmed undvika otillåtna direktupphandlingar, men också om att centralisera upphandlingarna.

Inhyrningsstopp

Flera landsting har eller har haft stopp för inhyrning av exempelvis grundutbildade sjuksköterskor.

Utredningen har inte haft möjlighet att djupare analysera effekterna av detta vad gäller hur det har påverkar möjlighet att hålla vårdplatser öppna etc. Tjänstemän i Region Örebro uppger att man inte har behövt stänga fler vårdplatser än andra landsting som hyr in,

trots att de inte hyr in sjuksköterskor. De framhäver också att det viktiga i deras fall inte var att sluta hyra in, utan att de aldrig började hyra in sjuksköterskor. När man började hyra in läkare var man inte beredd på vad det skulle innebära men med en ny yrkeskategori kunde man sätta stopp från början.

Allt fler sjukhus har intern bemanningspool

Inom flera landsting finns kompetenscentrum, resursteam eller interna bemanningspooler vid sjukhusen. De tar främst sikte på sjuksköterskor. Se exempel nedan.

Faktaruta 15.1 Resursteamet vid Skånes universitetssjukhus

Inom Region Skåne finns Resursteamet vid SUS som är en enhet som anställer sjuksköterskor, undersköterskor och medicinska sekreterare som arbetar vid olika avdelningar där behov uppstår. SUS beskriver själva organisationen som ett internt bemanningsföretag med skillnaden att de som arbetar där är heltidsanställda inom SUS. De som arbetar inom Resursteamet har lång erfarenhet inom vården och kan snabbt bidra när de kommer till en ny arbetsplats. De arbetar efter årsarbetstid och har möjlighet till större flexibilitet – exempelvis arbeta mer under några månader för att sedan vara ledig under en period. De har ett påslag på lönen varje månad. Den chef som håller i Resursteamet ansvarar också centralt för SUS inhyrning, vilket gör att de kan dra lärdomar och inte hyra in en person som inte håller måttet vid olika avdelningar. För några år sedan bestämdes att inhyrning främst sker för nattpass vilket innebär att SUS dagtid främst bemannat av anställda.

Källa: möte med företrädare för Resursteamet vid SUS 2018.

15.2.1 Landstingen har olika förutsättningar

Många av de problem och lösningar som beskrivs av landstingen är generella och genomgående för alla landsting. Men det finns också skillnader mellan landsting beroende på geografi. Den största skillnaden hänger ihop med ett nettoflöde av kompetens från glesbygds-

landsting till städer. Detta kan anses vara väntat givet tidigare beskrivningar av att vårdcentraler i glesbygd har särskilt svårt att rekrytera.

Inflöde eller utflöde av specialister

Flera norrlandsting, men också exempelvis Sörmland och Blekinge betonar att de behöver bidra till utbildning av fler läkare och sjuksköterskor än de har behov av, eftersom inte alla stannar kvar i landstinget efter avslutad utbildning. En av Region Jämtland Härjedalens (2016) planerade aktiviteter enligt handlingsplanen är att överutbilda, eftersom det ”ger marginal och möjlighet att bistå andra landsting”. Region Norrbotten (2017) har som åtgärd att ”överutbilda så att marginal för visst tapp finns”.

Vad gäller specialistläkare inom psykiatri skriver Blekinge att

Blekinges geografiska läge gör att det är svårt att rekrytera läkare som inte har kopplingar till södra Sverige och Blekinge. [...] För att vara attraktiv bör medianlönen för både ST-läkare och specialistläkare överstiga lönenivån i mer centralt geografiskt placerade landsting.

Deras tidigare beräkningar visar att cirka 70 procent av de ST-läkare de har utbildat därefter har valt att ta anställning som specialistläkare i Blekinge.

Exemplet kan jämföras med Region Skåne som skriver om specialister i allmänmedicin att givet oförändrad volym ST-utrymmen, förutsägbara pensionsavgångar, oförändrade externa avgångar och rekryteringar kommer obalansen att minska succesivt. Fram till 2025 görs en prognos som visar att antalet examinerade och inflyttade läkare beräknas överstiga antalet som går i pension eller flyttar ut vilket innebär att tillgången väntas öka med cirka 10 procent. Därutöver räknar Region Skåne med samma förhållande vad gäller grundutbildade sjuksköterskor och flera olika specialistsjuksköterskor. Det ska dock tilläggas att detta inte betyder att Skåne kommer ha balans i utbud-efterfrågan eftersom efterfrågan samtidigt ökar och det i dag råder obalans.

Betald arbetstid vid resa till svårbemannad ort

Det är också flera norrlandsting som skriver att de vill arbeta med att låta yrkesverksamma få betald arbetstid när de reser till orter och vårdcentraler där det är svårt att bemanna (Västernorrland 2017; Jämtland Härjedalen 2016).

Särskild specialinriktning

Region Norrbotten utreder möjligheten att särskilt profilera ST-utbildning mot glesbygd. Något som redan finns inom Region Västerbotten.

15.2.2 Vad tycks ge resultat?

Projektet Oberoende av inhyrd personal avslutades den 31 maj 2019 men landstingen fortsätter därefter samverka i ett nytt projekt. Utredningen har fått beskrivet några aktiviteter som SKL och landstingen har identifierat som särskilt lyckosamma inom projektet. SKL har även publicerat en rapport som beskriver arbetet (SKL 2019e). Några saker som framhålls:

- Att skapa fler platser för ST-utbildning i allmänmedicin ses som en gynnsam faktor för såväl kortsiktig som långsiktig bemanning i primärvården. I allmänhet att skapa fler AT- och ST-tjänster.
- Att införa krav på dispens för att få hyra in. Beslut om inhyrning lyfts till högre nivå och tas av exempelvis HR-direktör, sjukhusledning eller förvaltningsledning. Verksamhetschefer måste ta tag i en "lista" på åtgärder innan man kan göra valet att hyra in, och man tvingas då att prioritera dessa frågor. Parallellt sätts delmål som ska uppnås. Flera landsting har parallellt centraliserat avropsverksamheten, vilket ger bättre koll, ökad enhetlighet och ökad avtalstrohet.
- Att ge sjuksköterskor möjlighet att specialistutbilda sig med betald lön. Detta har finansierats via Professionsmiljarden, men uppges fortsätta trots att den statliga finansieringen genom miljarden upphör.

- Att främja nya arbetssätt. Det finns många exempel på vad detta kan innebära. Ett är att arbeta mer inriktat mot patienter med psykisk ohälsa, exempel genom att ha särskilda team för den typen av patienter på en vårdcentral. Det ger både ett bättre och mer evidensbaserat omhändertagande för patienterna och en bättre arbetsmiljö för personalen.
- Att starta upp egna bemanningspooler inom landsting eller inom sjukhus. Flera Landsting jobbar med detta för sjuksköterskor och annan personal men inte läkare, där har man inte kunnat konkurrera med löneläget.
- Att införa fastpris vid ramavtalsupphandling. Den modell som beskrevs i Faktaruta 14.1 som används i Region Skåne utgör inspiration. Parallellt införs en a-lista för de leverantörer som sköter sig bäst. Avtalstroheten blir högre och relationen till bemanningsbolagen främjas och blir mer långsiktig.

Faktaruta 15.2 Region Örebro län

Medan många andra landsting har sett en ökning i behovet att hyra in sjuksköterskor senaste åren tog Örebro redan år 2012 ett beslut om att inte börja hyra in den personalkategorin. Trots att det emellanåt kommit önskemål från verksamheter om att hyra in sjuksköterskor har man kunnat hålla fast vid beslutet. Detta ser man som en nyckelfaktor eftersom man tror att det hade varit svårt att sluta om man väl börjat (Studiebesök Örebro, oktober 2018). Örebro uppger själva att det inte har behövt stänga fler vårdplatser jämfört med landsting som hyr in sjuksköterskor.

För att behålla och attrahera personal ser man att det är viktigt att erbjuda utbildningsmöjligheter och kompetensutveckling. Detta gäller även undersköterskor. Nya arbetssätt betonas också som viktigt. Funktionen "vårdnära servicevård" avlastar sjuksköterskor i deras arbete, exempelvis med att fylla på förråd på avdelningar. På vårdcentraler har man infört akutteam och särskilda team för psykisk ohälsa.

Läkare hyrs dock fortsatt in inom både sjukhusvård och primärvård. Störst problem ser man hos vårdcentraler som är belägna i glesbygd. Man ser att chefskap på olika nivåer spelar roll. Landstinget ser också att det är en fördel att Örebro har läkarutbildning sedan 2011.

Man bedriver ett inledande arbete med bemanningspool för internstafett på vårdcentral. Tanken är att de läkare som vill arbeta extra på sin jourkomptid ska tillåtas att göra det. Främst ST-läkare har visat intresse.

Örebro tillämpar fast pris när de upphandlar hyrpersonal. De har mellan 10 och 15 bolag per område (primärvård, psykiatri, somatik). Om inga anbud inkommer ligger avropet kvar till nästkommande vecka. Avtal följs och som princip går man aldrig utanför ramavtal. Örebro framhålls också av Kompetensföretagen för att vara ett landsting som de upplever att de har goda samarbeten med bl.a. eftersom man inte upphandlar utanför ramavtal (möte med Eva Domanders 2018).

Som utmaningar betonas dels att det finns efterfrågan på ett mer avgränsat uppdrag från de som arbetar i primärvården. Samverkan med grannlandsting ses också som en utmaning. Det behövs fler ST-läkare och de behöver fördelas mer jämt. Att enskilda chefer kan ha en stor effekt på en arbetsplats attraktivitet ses också som en sårbarhetsfaktor.

Källa: möte med företrädare för Region Örebro.

Faktaruta 15.3 Borgholms hälsocentral

Hälsocentralen i Borgholm hade låg andel fast anställda läkare, stor andel äldre patienter och alarmerande dåliga resultat i den nationella medarbetarenkäten som gick ut 2013. Man bestämde sig för att ändra på detta och började med att fråga alla medarbetare vad som kunde göra arbetsmiljön bättre. Samtliga yrkeskategorier menade att en god bemanning av fasta läkare var den allra viktigaste faktorn för en bättre arbetsmiljö. Med denna uppgift bestämde sig chefen för hälsocentralen att lova nyanställda läkare att de skulle få en lista som max bestod av 1 000 patienter. Enligt chefen gjorde detta en reell förändring där det blev lättare att rekrytera fast personal och de goda resultaten speglades också i nästa medarbetarenkät.

Att begränsa läkares listade patienter till högst 1 000 var inte den enda åtgärden som vidtogs. De har även lyckats få till ett bra samarbete med såväl kommunala vårdteam som närliggande sjukhus. De arbetar aktivt med digitalisering vilket uppskattas av såväl hemsjukvården som patienterna. Pensionerade läkare erbjuds att

arbeta extra med handledning av yngre läkare. De har skapat en remissgrupp som erbjuder en god möjlighet till lärande för läkare genom att varje vecka samlas och gå igenom icke-akuta remisser.

Andra har redan beskrivit detta mer i detalj och för den som vill veta mer hänvisar vi till att läsa SKL:s broschyr ”Nära vård i Borgholm” (2018), betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) eller *Läkartidningens* intervju med Åke Åkesson (Ström, 2018).

Källa: Besök vid Borgholms hälsocentral 2018.

15.3 Statligt arbete med frågor relaterade till kompetensförsörjning

Flera olika aktiviteter pågår. Flera förslag har presenterats eller är under beredning. Beskrivningen är inte uttömmande men ger exempel på några aktiviteter och förslag av betydelse.

15.3.1 Professionsmiljarden

Regeringen beslutade i 2016 års budgetproposition att avsätta en miljard kronor årligen för att stimulera bättre och effektivare användning av kompetensen inom hälso- och sjukvård (SOU 2018:77). Satsningen, som kallas Professionsmiljarden, syftar till att höja kvaliteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården. För att främja landstingens och regionernas möjligheter att ge hälso- och sjukvårdens medarbetare goda förutsättningar att utföra sitt arbete slöts i början av 2016 en överenskommelse mellan regeringen och SKL. Överenskommelsen handlar om hur medlen till vården ska används och fördelas, och riktar in sig på tre områden: it-stöd och processer för förenklad administration och bättre tillgång till information för vårdens medarbetare, smartare användning av medarbetares kompetensförsörjning och slutligen stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning.

I tillägg till ovanstående slöt regeringen och SKL ytterligare en överenskommelse om stöd för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården för 2017–2018 där man öronmärkte 300 miljoner kronor

för att ge möjlighet till betald specialistutbildning av sjuksköterskor (SOU 2018:77).

Därutöver aviserades i budgetpropositionen för 2018 en satsning om två miljarder kronor per år, under 2018–2021, för att ge goda förutsättningar för sjukvårdens medarbetare (SOU 2018:77). I början av 2018 slöt parterna en överenskommelse om personalmiljarder för 2018. Inom ramen för satsningen avsätts 24 miljoner kronor till SKL för stöd till landstingen vid genomförandet av insatser inom ramen för överenskommelsen, fortsätta utvecklingen av samverkan och system för att leda och utveckla hälso- och sjukvårdens verksamhet utifrån kvalitet samt tillsammans med landstingen analysera hur samtycken till personuppgiftsbehandling kan hanteras och vid behov stödjas genom digital lösning. Medlen inom ramen för överenskommelsen kan användas till att se över arbetsvillkor genom att se över arbetets organisering och förhållandet mellan arbetstider och arbetsbörda, erbjuda kompetensutveckling eller vidareutbildning till alla kategorier av vårdpersonal, öka bemanningen, samt utveckla arbetsätt i syfte att vårdpersonal ska arbeta kvar inom hälso- och sjukvården. Medlen får även användas till att stärka redan pågående satsningar eller bibehålla effekter av redan gjorda satsningar (SOU 2018:77).

Socialstyrelsens kartläggning visar att de prioriterade områdena i överenskommelsen är områden som landstingen arbetat med under en längre tid. Medlen från professionsmiljarden har förstärkt utvecklingsarbeten som planerats och påbörjats innan den statliga förstärkningen tillkom. Kartläggningen visar också att en majoritet av landstingen (inom ramen för stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning) erbjuder så kallad utbildningstjänst för grundutbildade sjuksköterskor. Det innebär att dessa kan utbilda sig till specialistsjuksköterskor med bibehållen grundlön under två års tid medan utbildningen sker på halvfart (SOU 2018:77).

15.3.2 Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet

År 2016 fick Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet ett gemensamt uppdrag från regeringen att ta fram förslag på långsiktig samverkan mellan centrala aktörer för att trygga kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården (regeringen 2016). Uppdraget ska ses som ett svar på att både regeringen och flertalet utredningar

har sett ett behov av ökad samverkan. Med kompetensförsörjning menas främst möjligheten att utbilda, rekrytera och behålla rätt utbildad personal samt hur personalens kompetens nyttjas.

Myndigheternas uppdrag går ut på att analysera och föreslå hur samverkansarenor på nationell och regional nivå mellan aktörer med ansvar för kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården kan utvecklas långsiktigt. Myndigheterna ska inom ramen för uppdraget föra dialog om samverkan inom kompetensförsörjningsområdet mellan berörda aktörer med bäring på verksamhet i hälso- och sjukvården, utbildning och arbetsmarknad. Behovet av en samlad statistik och prognos betonas som ett viktigt stöd för universitet och högskolor som har ansvar att bestämma antalet platser på utbildningarna, men även för huvudmännen inom hälso- och sjukvården som genom sitt arbetsgivaransvar ska se till att det finns personal så att en god vård kan ges (regeringen 2016). Uppdraget ska redovisas i augusti 2019.

15.3.3 Statliga utredningar om kompetensförsörjning

Ett flertal statliga utredningar har utrett olika aspekter av kompetensförsörjning senaste åren. En kort sammanfattning av några av dem följer.

I november 2018 beslutade riksdagen om en ny läkarutbildning som är mer anpassad till hur det ser ut i andra länder och där vägen till legitimation är kortare än i dag. Utbildningen påbörjas hösten 2021 och innebär att utbildningen blir sex år lång och leder efter bastjänstgöring (BT) fram till legitimation. Den ersätter alltså dagens utbildning på fem och ett halvt år samt allmäntjänstgöringen (AT). Enligt konsekvensanalyserna ska detta leda till att läkare får sin legitimation snabbare, bl.a. eftersom det i dagsläget ofta finns en väntetid mellan utbildning och AT.

I mars 2019 gick remisstiden ut för betänkandet av Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar (SOU 2018:77). Utredningens förslag rör bl.a. krav på nödvändig fort- och vidareutbildning, förändringar i specialistsjuksköterskeutbildningen, med ökad flexibilitet och anpassning till vårdens behov, och förtydligande i lag av kravet på att kvalitets-säkra verksamheten även ska gälla för verksamhetens kompetens-

försörjning. Utredningen föreslår också en ny specialistnivå, avancerad klinisk specialistsjuksköterska, AKS, en tvååring utbildning som ska ligga till grund för egen yrkeslegitimation. AKS-utbildningen ska ge fördjupade kunskaper inom både medicinsk vetenskap och vårdvetenskap och innebär en ny karriärväg för sjuksköterskor. Utredningen föreslår att det inrättas ett råd inom Regeringskansliet för strategiska frågor om samverkan mellan staten och huvudmännen. Rådet ger regeringen möjlighet att fortlöpande få information i frågor som rör kompetensförsörjningen för nämnda yrkesgrupper och om olika utbildningsfrågor som dimensionering och kursutbud baserat på prognoser om tillgång och behov, samt hur den befintliga kompetensen kan användas mer effektivt. Rådet ska bestå av avnämare till utbildningarna i form av representanter från till exempel professions- och fackföreningar, specialistföreningar, lärosäten, vårdgivare (landsting, kommuner, privata aktörer) och vissa departement och myndigheter.

Utredningen reglering av yrket undersköterska föreslår en skyddad yrkestitel för undersköterskor (SOU 2019:20). På kort sikt kan det innebära en brist på undersköterskor eftersom det till en början kommer råda brist på individer som uppnår den fastställda kompetensnivån. Utredningen föreslår övergångsregler för att underlätta i denna process. Syftet med förslagen är bl.a. stärkt kompetensförsörjning, bättre nyttjande av medarbetares kompetens och bättre förutsättningar för teamarbete.

15.4 Internationellt

15.4.1 Införandet av pristak inom NHS England

Från år 2011 och några år framöver ökade kostnaderna för inhyrd personal inom NHS England med över 25 procent årligen (Mullin 2018). Kostnaderna för inhyrd personal fördubblades på fyra år. Som andel av personalkostnader uppgick de till sju procent och som total kostnad nära 4 miljarder pund.

Arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdspersonal i England påminner i breda drag om den svenska. Det finns en dominerade arbetsgivare (NHS) med variation inom sig både vad gäller typ av arbetsplats, geografiskt läge och löner. Det finns dessutom en privat sektor och viss internationell konkurrens – särskilt till andra delar av

Storbritannien som Skottland och Wales. NHS har tre typer av personal: anställda (substantive), resurser (bank) och inhyrda (agency). Mullin betonar att NHS förstahandsval är att ha anställda, därefter försöker man fylla med den interna resursbanken där personer alltså är anställda av NHS men inte vid den specifika enheten. Att använda sig av inhyrd personal är ett tredje- och sistahandsval.

Den ökning i kostnader som skedde mellan 2011 och 2015 berodde i någon mån på höga priser, men framför allt drevs den av en ökad volym i användande av inhyrd personal. En orsak till detta rörde en ökad efterfrågan på sjuksköterskor som i sin tur berodde på ökat fokus på säkerhet efter att en utredning hade uppmärksammat behovet av fler sjuksköterskor i förhållande till antalet patienter. I takt med att andelen inhyrd personal ökade, blev det också mer accepterat som arbetsgivare att hyra in och mer accepterat som arbetstagare att arbeta som inhyrd. Det i sin tur ledde med stor sannolikhet till än mer ökning.

Under 2015 beslutade dåvarande hälso- och sjukvårdsministern om att införa något som kan liknas vid ett nationellt pristak för att hyra in personal. Tanken var att kunna förhandla ner priserna genom att agera gemensamt som en enda aktör. Något pristak sattes inte för att använda sig av de interna resursbankerna, i syfte att signalera till personal att det var mer attraktivt att arbeta som intern resurs än extern. Takets nivå sänktes successivt för att hela tiden kunna utvärdera hur det gick innan nästa steg togs. Taket kombinerades med möjligheten att gå betala mer (break-glass), vid exceptionella patient-säkerhetssituationer. Pristaket kombinerades med flera andra policyer såsom nya ramavtal. NHS Improvement initierade utveckling och erfarenhetsutbyte vad gäller bästa metod för exempelvis intern resursbemannning, förhandling med bemanningsföretag och planering för oförutsedda behov. Dessutom lades utgifter för inhyrd personal in som del i utvärderingen av stiftelserna inom NHS.

Effekterna av pristaket och övriga policyer är inte helt klara. Men kostnaderna för inhyrd personal minskade på två år från nästan 4 miljarder pund till 2,5 miljarder. Mullin tycker sig se en effekt på volymen i inhyrd personal, även om slutgiltiga slutsatser inte går att dra. Priserna för sjuksköterskor har sjunkit med 18 procent och "agency medical staff" (bl.a. läkare) med 13 procent. Samtidigt har möjligheten till att gå över pristaket använts ända sedan det infördes – och i större utsträckning för varje sänkning av taket. Men det

genomsnittliga priset har ändå gått ner. Andelen inhyrd i förhållande till den interna resursbanken har också förbättrats till förmån för den interna resursbanken.

16 Analys och överväganden om oberoende av inhyrd personal

I detta avsnitt presenterar utredningen analyser och överväganden för frågor om inhyrning och kompetensförsörjning i vården.

16.1 Samband mellan vården som attraktiv arbetsgivare och god vård, kontinuitet samt effektivitet

Hög personalomsättning är en välkänd faktor som ofta bidrar till minskad effektivitet, och i många fall en sämre upplevelse för patienten. Hälso- och sjukvården är beroende av att attrahera och behålla personal för att en god vård ska kunna utföras. Liksom de flesta andra organisationer strävar man efter en rimlig omsättning på personal, bl.a. eftersom hög personalomsättning är förenat med kostnader för introduktion och administration.

Personal som är långsiktigt närvarande på en vårdcentral eller en klinik bidrar också till bättre förutsättningarna för att uppnå bättre kontinuitet i vården. Olika studier pekar på att vård både blir mer effektiv och av högre kvalitet om patienter träffar samma läkare, och samband har påvisats mellan personkontinuitet och färre inläggningar, se kapitel 5. Både specialistläkare i allmänmedicin och patienter värderar möjligheten att träffa samma läkare högt. Vårdanalys har i flera studier visat att personkontinuitet ger högre patientnöjdhet och bättre effektivitet. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) pekar på bristande kontinuitet som möjlig orsak till lägre produktivitet i svensk hälso- och sjukvård jämfört med ett antal andra länder (SOU 2018:39), eftersom ett besök tar längre tid när en patient och läkare inte känner varandra sedan tidigare. Även professionsföreningar vill se ökad personkontinuitet. Vid våra hearingar

har företrädare för både privata och offentligt drivna vårdcentraler betonat kontinuitet som en nyckel både för bättre vård, för ökat lärande och för bättre arbetsmiljö. Att träffa samma patient flera gånger är också en ovärderlig källa till kompetensutveckling, eftersom det ger möjlighet till uppföljning och omprövning av något som har missbedömts i ett tidigare möte.

Långsiktigt anställda är också en förutsättning för att kunna ta emot och ge god introduktion till ny personal. Likaså är det en förutsättning för att studenter och blivande specialister inom vården ska kunna handledas. Utan dessa förutsättningar på plats riskeras en ond spiral där de som rekryteras snart slutar. Sammantaget riskeras därmed patientsäkerheten och förutsättningarna för att ge en god vård. De enheter som lider av långsiktiga vakanser lägger också stora resurser på att försöka rekrytera eller upphandla vilket i sig är ineffektivt.

Något som framkommer i utredningens hearingar och möten med anställda i vården är att hög personalomsättning eller att långvarigt täcka vakanser med inhyrda har en negativ påverkan på arbetsmiljön. Det har dels att göra med att vissa arbetsuppgifter faller tyngre på fast anställda än på nya eller tillfälligt anställd eller inhyrd personal. Det har också att göra med ett glapp i förutsättningarna för att få till ett långsiktigt utvecklingsarbete.

Representanter från Vårdförbundet har vid två av utredningens hearingar lyft fram att sjuksköterskor upplever att chefer låter inhyrd personal eller bemanningsföretag uppge tillgänglighet och att de som är anställda vid kliniken eller enheten därefter får ta de pass som blir över. Detta gör att de anställda känner sig undervärderade. Det framstår som att man bara kan ställa krav om man arbetar som inhyrd.

De som hyrs in tillåts välja sina pass först, och sen får vi som är anställda på kliniken ta de pass som blir över.

Sjuksköterska

Trots att vårdens professioner vittnar om att styrningen i vården är alltför detaljerad har inte styrning mot kontinuitet varit prioriterad. Från olika håll uttrycks nu en politisk vilja att prioritera kontinuitet i vården.

16.1.1 Brister i kontinuitet beror på mycket mer än inhyrning av personal

I utredningens direktiv betonas att utredaren särskilt ska *”Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.”* Det finns ett samband mellan kontinuitet och personalomsättning på så sätt att det är svårt, om inte omöjligt, att arbeta med relationell kontinuitet när personal roterar. Samtidigt är det en risk om vi tror att vården blir kontinuitetsbaserad bara för att personalen inte längre är inhyrd. Att sluta hyra in personal räcker inte som enskild åtgärd för att per automatik göra vården mer kontinuitetsbaserad. Personal är en förutsättning för kontinuitet, men kontinuitet är framför allt ett arbetssätt. Orsakerna till bristande kontinuitet bedöms enligt utredningen Effektiv vård (SOU 2016:2) kunna vara flera:

- brister i kompetensförsörjningen, där grundproblemet är att utbudet inte möter den efterfrågan på personal som finns
- avsaknad av styrning, där det fortfarande är ovanligt att huvudmännen styr mot en starkare kontinuitet, t.ex. genom ersättningsystemen eller följer upp kontinuiteten i vården
- brister i arbetssätten i vårdens verksamheter, där det fortfarande är ovanligt att arbetet organiseras utifrån kontinuitet som en bärande princip och där vården sällan ges på ett sammanhållet sätt över vård- och huvudmannagränser.

Frågan om inhyrning är framför allt ett symptom på de problem med kompetensförsörjning som finns i vården. För att lösa vårdens kontinuitetsproblem behövs en betydligt bredare ansats än åtgärder direkt riktade mot en minskad inhyrning av personal.

16.1.2 Norm- och kulturförändring på flera nivåer

Utredningens hearingar och andra möten vittnar om att det i dag och under lång tid har funnits tendenser till en attitydglidning mot en ökad normalisering vad gäller att bemanna med inhyrd personal och att arbeta som inhyrd. Flera aktörer är del i detta.

Vid möten och hearingar som utredningen har haft har det lyfts fram att det bland läkare finns en skiftning i attityder där det förut ansågs som ett dåligt val att välja att arbeta som inhyrd i stället för som anställd vid en vårdcentral eller klinik, medan det i dag är ett självklart val bland andra. Det som förut sågs som något lite skamligt är det inte längre i dag.

Att det är så är kanske inte så konstigt. Arbetsgivare och huvudmän säger sig visserligen vilja arbeta för minskad inhyrning, men trots det fortsätter de hyra in. Det sänder dubbla signaler. När valet att arbeta som inhyrd dessutom betalar mer än att vara anställd kan man fråga sig varför inte fler gör det valet egentligen, särskilt bland höginkomsttagare (Alstadsaeter 2012).

Även staten har bidragit till denna normförändring, bl.a. genom långtgående förenklingar för egenföretagande (se t.ex. prop. 2088/09:62). Genom förändringarna har till och med risker för s.k. falskt företagande uppstått. Vid möten med vårdcentralchefer har utredningen fått berättat om professioner som sätter som villkor för att börja arbeta vid en vårdcentral att de får göra det som egenföretagare i stället för direktanställd.

Bland professionsförbund betonas vikten av mångfald av arbetsgivare. Samtidigt vittnar medlemmar om att deras arbetsmiljö och arbetsbörda blir sämre ju fler kollegor som har andra anställningsformer än de själva. I en rapport av Johan Enfeldt publicerad av Arena Idé (2019) ges råd till fackligt förtroendevalda om att ställa krav på kompensation för merarbete, exempelvis ökat ansvar, när tillfällig personal hyrs in.

Även om det främsta problemet kanske härrör till att det är ett för litet utbud på arbetstagare, kommer inte de initiativ som nu tas för att öka utbudet på specialiserade läkare och sjuksköterskor med automatik ändra på attityden kring vilken typ av anställning man vill ha, eller vilken typ av arbetsvillkor som främjas. Vill vi se ändrade attityder i den här frågan är det många aktörer som måste inse att de

bär del av skulden och ta ställning till hur man vill bidra till en förändring.

16.1.3 Ekonomiska incitament styr

Möjligheten att utföra mer eller mindre samma arbete men få mer betalt, är en av de faktorer som vårdens professioner ställs inför när de överväger att ta anställning hos ett bemanningsföretag. Ofta kombinerat med en ökad möjlighet att styra över den egna arbetstiden.

Det svenska systemet behöver fundera över lönestrukturer och vilka ekonomiska incitament man har att arbeta med. Det finns exempel på arbetsplatser som hittar vägar att erbjuda de anställda mer inflytande över schemat, kombinerat med högre ersättning för att arbeta obekväma tider, och också kunnat se goda resultat. Tyvärr är de exemplen inte dominerande.

Arbetsmiljö och bristyrken kan inte ensamt förklara varför vissa väljer att ta anställning av bemanningsföretag i stället för att vara direkt anställd vid en vårdcentral. Det handlar också om lön. SKL skriver också att en av de åtgärder som flest landsting uppger har visat resultat i arbetet med att bli oberoende av inhyrd personal är ”lönetillägg och bonusar för att öka attraktiviteten för egna medarbetare” (SKL 2019).

Det är viktigt att våga erkänna och inse att pengar styr. Särskilt för sjuksköterskor där lönen verkligen kan göra skillnad beroende på arbetsgivare. I Arena Idés rapport uttrycks det såhär ”Politiken och SKL fokuserar på arbetsmiljö medan bemanningsföretagen agerar utifrån de mekanismer som styr marknaden” (Enfeldt 2019) och syftar på att SKL och landstingen lägger stort fokus på arbetsmiljöfrågor i sitt arbete för att minska inhyrningen, medan sjuksköterskor anger ”högre lön” som främsta skäl till varför de kan tänka sig att arbeta som inhyrd.

16.1.4 Gott ledarskap och chefskap behöver främjas och belönas

En faktor som i hearingar och möten ofta belyses kring frågan om arbetsmiljö och kompetensförsörjning handlar om betydelsen av ett bra ledarskap i organisationen. Frågan handlar dels om att goda

ledare har stor betydelse för anställdas motivation och vilja att stanna vid en arbetsplats, men också om att de som blir chefer behöver goda förutsättningar för uppgiften. En tillitsbaserad organisation måste ge förutsättningar för inflytande och utformning av arbetet på flera nivåer. Arbetet med att stärka dagens och morgondagens ledare börjar redan på grundutbildningen.

Vårdanalys har under 2019 publicerat rapporten *Åt samma håll* om hur staten kan bidra i arbetet med att främja ledarskap. Tillitsdelegationen har också ägnat sig åt frågan. Utredningen avser därför inte att lägga förslag på området utan konstaterar bara att det är en viktig fråga för hela vården.

16.2 Landstingens arbete ser olika ut

Landstingen har samarbetat inom ramen för projektet Oberoende av inhyrd personal. Majoriteten av initiativen är långsiktiga och kan inte förväntas förändra sakernas tillstånd på kort sikt.

Det som kan konstateras är att arbetet har bedrivits på många olika sätt och har involverat flera olika nivåer och aktörer. Vissa initiativ kommer ”nerifrån och upp” med goda exempel från vårdcentralsnivå, andra ”uppifrån och ner”, exempelvis nya dispensförfaranden där ledning beslutar om inhyrning får ske. Vissa initiativ handlar om att öppna upp för ökad flexibilitet för de anställda. Landstingen har olika förutsättningar som till stor del hänger ihop med geografi. Landstingen har också uppnått olika resultat vad gäller målsättningen om att minska inhyrning.

16.2.1 Landstingen samarbetar i liten utsträckning

Trots att landstingen samlas nationellt i olika projekt kring kompetensförsörjning och utbildning syns få tecken på att samarbete faktiskt bedrivs i någon större utsträckning. Visst lärande, eller att man tar inspiration från andra landsting, verkar förekomma men samarbete på de områden där det ena landstingets agerande påverkar andra landsting verkar än så länge vara svåra att få till.

Ett fåtal planerade samarbeten beskrivs i landstingens handlingsplaner, främst mellan landsting som ligger geografiskt nära varandra. I handlingsplanerna framträder något enstaka samarbete kring ST-

utbildning, enstaka om verksamhetsförlagd praktik, och ett par skriver om landstingsinterna bemanningspooler som kan bistå andra landsting.

Intresse för lärande och kunskapsspridning vad gäller exempelvis arbetsmiljö och ledarskap, långsiktighet i planering av utbildning och behovet av pålitliga leverantörer av inhyrd personal borde dock vara detsamma (eller i vart fall mycket liknande) för i stort sett alla landsting.

Dimensionering av specialistutbildningar

Bristen på vissa specialistinriktningar är samma för de flesta landsting. Trots detta tycks det råda liten samverkan och kunskapsspridning i frågan.

Bisysslor och karenstider

Ett enskilt landsting kan kontrollera och ställa krav gällande anställdas bisysslor och karenstider för den som slutar. Landstingens handlingsplaner visar också att flera skärper reglerna och rutinerna på olika sätt. Huruvida anställda extraknacker i ett annat landsting verkar dock inte vara en fråga för samverkan. Detta trots att arbetet i fråga kan ske i konkurrerande verksamhet. Utöver konkurrensaspekten, borde det vara högt prioriterat att vara medveten om ifall någon arbetar mer än heltid, vilket under vissa omständigheter kan utgöra risk för patientsäkerheten.

Upphandling

Samverkan vid upphandling kan vara en fördel eftersom volymen i sig kan göra upphandlaren starkare och på så sätt få ett bättre förhandlingsläge. Ett intressant exempel är hur NHS England upphandlade nya ramavtal för hela organisationen och därmed fick ner kostnaderna för personalinhyrning. Trots att landstingens behov av att hyra in personal är ganska likt vad gäller det säsongsbetonade behovet, och vilka personalkategorier det rör, gör i stor sett alla landsting sina egna ramavtalsupphandlingar.

I Arena Idés rapport om inhyrda sjuksköterskor (Enfeldt 2019) betonas också flera delar som landstingen kan fokusera på för att göra mer fördelaktiga upphandlingar. Det handlar om att i ramavtalen införa prismodeller där långvariga uppdrag får ett lägre timpris än kortvariga uppdrag. Detta eftersom det ger leverantören bättre förutsebarhet, mer stabila intäkter och minskade försäljningsomkostnader. Landstingen kan även ha i åtanke att möjligheten att anlita underleverantörer, särskilt när landstingen inte ens kräver att dessa ska namnges på förhand när avtal tecknas, ger leverantörerna möjlighet till minskade kostnader som landstingen kan förhandla om.

Att göra samordnade upphandlingar borde vara intressant att se över. Sådana bedrivs redan inom andra områden, däribland läkemedel och journalsystem.

Ett sådant arbete bör kombineras med fortsatt arbete med fokus på arbetsmiljö, förenklad administration vid anställning och att minska inhyrningen av personal. Mer effektiv upphandling kan riskera att leda till ökad inhyrning bl.a. eftersom det blir lättare att hyra in, samtidigt som det kan vara omständligt att anställa (se Enfeldt 2019).

16.3 Det finns många aktörer på hyrmarknaden

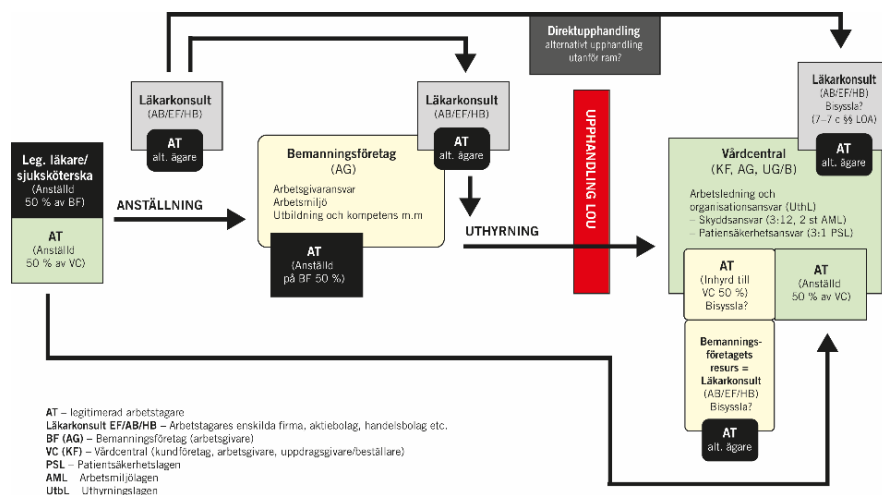
Det finns många företag inom bemanningsbranschen som verkar inom vård och omsorg. Det är svårt att få en god överblick. Dessutom arbetar många läkare och även sjuksköterskor som egenföretagare som hyr ut sig själva.

Det har från olika håll påtalats att relationen mellan bemanningsföretag och landsting inte alltid fungerar väl. Från landstingshåll förs det fram att det finns en uppsjö av olika företag och att de inte alltid levererar det som avtalats och att man därför ser sig tvungen att vända sig till flera olika aktörer för att få en leverans. Troligtvis en konsekvens av att utbudet totalt sett är för litet, men också att det finns vinster att göra i bemanningsbranschen. Branschorganisationen Kompetensföretagen framför kritik dels mot att landsting upphandlar utanför ramavtal, dels mot att upphandlingar görs av företag som inte är auktoriserade. Konkurrensverket framför också kritik för att landstingen skriver in viten i avtal som de sedan inte dömer ut.

16.3.1 Otydlighet i ansvarsförhållanden

Ännu en dimension i frågan om inhyrd personal i vården som förs fram av såväl landstingsdrivna som privat drivna vårdcentraler är att alla som arbetar som inhyrda eller konsulter inte är anställda av ett bemanningsbolag utan är egenföretagare som kontrakterar ut sig själva genom exempelvis ett aktiebolag i vilket de har ägarintresse. Kontraktering kan då ske antingen till bemanningsföretag varmed den juridiska personen blir underkonsult till ett eller flera olika bemanningsföretag. På så sätt kan personen ingå som upphandlad resurs från olika bemanningsföretag, som upphandlad aktiebolagskonsult direkt hos vårdgivaren eller som fysisk person inhyrd genom bemanningsbolag. Kontrakteringen kan också ske som deltidsanställd direkt hos vårdgivaren. Frågor om arbetsgivaransvar, ansvar för kompetensutveckling och utbildning, arbetsmiljö, patientsäkerhet blir då olika fördelat beroende på vilken anställnings- eller kontraktsform personalresursen görs tillgänglig i. De olika förhållandena och vilken aktör som ansvarar för vad beroende på vilken situation illustreras i figur 16.1. Det säger sig självt att riskerna för oklarheter vad gäller vem som ansvarar för vad är större när flera olika parallella former används.

Figur 16.1 Aktörer, ansvar och olika anställningsformer



16.3.2 Landstingen måste skärpa efterfrågan

Som har beskrivits tidigare sker dagens auktorisation av bemanningsföretag på frivillig basis. Förslag om att inför statligt reglerat tillstånd och tillsyn har varit uppe tidigare men avfärdats (se avsnitt 13.5). Sedan dess har vården som marknad för bemanningsbranschen ökat och i dag görs mer än hälften av landstingens upphandlingar, mätt i kostnad, av företag som inte har auktorisation.

I problemformuleringen kan man antingen fokusera på utbudet (exempelvis mängden [icke-auktoriserade] företag eller mängden egenfakturerande läkare) eller efterfrågan (landstingen fortsätter köpa och i vilka former). Beroende på vad som pekas ut som problemet kommer också tänkbara lösningar se olika ut. Om problemet är att landstingen efterfrågar tjänsterna är det föga troligt att lösningen återfinns genom att reglera utbudet, (dvs. marknaden eller företagen).

Utredningen ser att det finns utrymme för landstingen att arbeta och samarbeta med bättre upphandling. Det finns goda exempel på landsting där man kunnat se resultat av en sådan ansträngning (se kapitel 14). Utredningen ser alltså att det främst är efterfrågan som behöver bli bättre för att på så sätt främja en bättre marknad.

16.4 Statens roll är inte självklar

Trots landstingens ansvar som huvudmän för sjukvården har staten ett systemansvar, i synnerhet när det gäller uppfyllelsen av HSL:s mål om jämlik och behovsbaserad vård. Det finns också områden som är svårare än andra för landstingen att själva reda ut, exempelvis att landsting med större andel glesbygd är hårdare drabbade än landsting med mer tätort vad gäller kompetensförsörjning.

16.4.1 Utbildningsfrågan är central

Både stat och landsting är huvudmän för utbildningen av läkare, sjuksköterskor och psykologer. Staten genom de statliga universiteten och landstingen eftersom de står för de verksamhetsförlagda utbildningsdelarna inklusive AT och ST. Landstingen ansvarar enligt HSL för att inrätta ST-tjänster som matchar framtida behov. Socialstyrelsen utfärdar legitimation samt kompletterande utbildning för

personer som har utbildat sig utanför Europa. Staten betalar ut anslag till lärosätena för läkarutbildning för antalet registrerade studenter och summan av deras avklarade högskolepoäng (UKÄ 2017). Staten betalar genom ALF-avtalet ersättning till de landsting som medverkar i läkarnas grundutbildning (Vetenskapsrådet 2018).

Dimensionering av utbildningar är alltså i högsta grad en fråga av relevans för staten. Frågan om kompetensförsörjning och utbildningens roll i den tycks länge ha varit försummad av staten. Många av de problem vi ser i dag med brist på allmänläkare och specialist-sjuksköterskor är svåra att härleda någon annanstans än till staten.

Det pågår redan många initiativ vad gäller utbildningarna. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har föreslagit statlig finansiering av ST-tjänster i allmänmedicin. Via Professionsmiljarden har sjuksköterskor kunnat specialistutbilda sig med lön. Specialistsjuksköterskeutredningen har överlämnat sitt betänkande under hösten 2018 och Utredningen om reglering av yrket undersköterska har överlämnat sitt betänkande under våren 2019. Socialstyrelsen kommer också inom kort att rapportera sitt regeringsuppdrag om bättre prognoser och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter.

16.4.2 Staten kan ge landstingen mer stöd i tillämpningen av lagstiftningen

Tänkbart är också att även om efterfrågan är ett problem, så kanske det finns utrymme för staten, som ansvarig för lagstiftningen, att göra klargöranden eller utöka sitt stöd i frågor eller oklarheter relaterade till tillämpningen av LOU.

Staten har genom sitt övergripande ansvar och inte minst sitt tillsynsansvar ett starkt intresse av att upprätthålla en god patientsäkerhet. Detta tar sig bl.a. uttryck i lagstiftning genom patientsäkerhetslagen. De oklarheter kring ansvarsfrågor som uppstår genom olika typer av anställningsförhållanden med flera parter inblandade borde finnas ett intresse från statens sida att klargöra.

16.4.3 Samband mellan god arbetsmiljö och god vård för patienter

Frågor som rör listningstak och vårdvalssystemen behandlas i kapitel 6. Frågorna har dock stor relevans även för denna fråga eftersom det berör arbetsmiljö. Personal i primärvården uttrycker önskan om bättre planeringsförutsättningar vilket bl.a. hänger ihop med möjlighet att begränsa listan av patienter man träffar. Frågan hänger tätt samman med bättre vård för patienter och även effektivitet. Det höga söktrycket på primärvården i kombination med att ständigt träffa nya patienter bidrar till en ohållbar arbetsmiljö och brister i arbetsmiljö och patientsäkerhet går i slutändan ut över patienter.

Det behövs luft i systemet. Det höga söktrycket gör att patienter ofta bokas in till korta akuttider även om de har ett behov där en mer grundlig utredning skulle behövas. Mötet drar då över på tiden och nästa patient får vänta. Vissa dagar har vi drop-in på förmiddagarna. Det pågår fram till kl. 12 och sen har jag inbokade patienter från kl. 13. Policyn är att vi inte säger nej till någon patient (om behov föreligger) så sitter det fler i väntrummet när klockan slår 12 – vilket det ofta gör – då hjälper vi dem också, och då är man kanske klar 12.45. I nuläget är det ofta hanterbart eftersom jag har studietid som ST-läkare, men den försvinner ju när jag blir färdig specialist.

ST-läkare i allmänmedicin

Frågor som rör arbetsmiljö för vårdens professioner är av högsta grad av relevans även för patienterna. Vi kan inte förvänta oss en fortsatt god vård, och ett fortsatt intresse bland personal att fortsätta söka sig till vårdens arbetsplatser om det inte finns förutsättningar för god arbetsmiljö inklusive flexibilitet och möjlighet till att planera arbetet samt delta i fortbildning bl.a..

När jag arbetade heltid kliniskt kom jag in på morgonen och öppnade min kalender och såg att den var helt full med inbokade patientmöten, utan paus, från morgon till kväll. Och så såg det ut sex veckor framåt.

Vårdcentralschef

En god arbetsmiljö är viktigt både för att långsiktigt attrahera människor till sektorn och behålla de som redan sökt sig dit. Det är också viktigt för patientsäkerheten. Att utveckla en god arbetsmiljö ligger alltså i såväl huvudmannens, som vårdgivarens och arbetstagarernas, och patienternas intresse.

När professioner och vårdutförare betonar att möjligheten att arbeta med en avgränsad lista är av stor vikt för arbetsmiljön måste

landstingen och staten ta det på allvar. Det blir här tydligt att frågor som rör arbetsmiljö i vården, och särskilt primärvården, inte bara kan påstås bero på att landsting eller privata utförare i vården skulle vara dåliga arbetsgivare. Som närmare utvecklas i kapitel 6 har systemets utformning stor betydelse för möjligheterna att skapa bättre planeringsförutsättningar och en god arbetsmiljö.

16.5 I dagsläget finns ingen nationell samverkan kring vård i glesbygd

I kartläggningen framkommer att det finns särskilda svårigheter att rekrytera till vissa orter, vanligtvis belägna i glesbygd. Vad gäller kostnaden för att hyra in personal ser vi också att de landsting som har universitetssjukhus och utbildning har lägre kostnader än övriga landsting. Flera av landstingen med mer glesbygd vittnar om att de har svårare att behålla personal efter färdig specialistutbildning.

Det pågår i dag initiativ och det ligger förslag från flera olika håll vad gäller nationell kompetensförsörjning. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har föreslagit att staten fram till 2027 bör finansiera 1 250 specialiseringstjänster i allmänmedicin. I februari 2019 ska Socialstyrelsen presentera en samlad kartläggning och bedömning av hälso- och sjukvårdens tillgång på och långsiktiga behov av specialistläkare inom alla specialiteter. Det gäller både nationellt och regionalt och både offentliga och privata vårdgivare. I uppdraget ingår också att ta fram ett förslag på hur ST-tjänster ska dimensioneras mer effektivt utifrån ett nationellt perspektiv, med syftet att minska bristen av olika sorters specialistläkare och att uppnå en jämlik vård i hela landet.

Parallellt med detta finns ett antal förslag som mer generellt rör glesbygd eller landsbygd. Parlamentariska landsbygdskommittén föreslog att regeringen skulle låta utreda en avskrivning av studieskulder för högskoleutbildade som flyttar till vissa utpekade landsbygdskommuner (SOU 2017:1). Liknande åtgärder har visat resultat i Norge och flera partier i Sveriges riksdag förespråkar liknande policyer i Sverige. Kostnadsutjämningsutredningen (2018:74) noterade att kostnader för inhyrd personal i hög grad samvarierar med en glesbygdsfaktor. För landstingens del föreslogs därför att lönekostnadsberäkningarna ska inkludera merkostnader för bemanning i

glesbygd. Den föreslagna kompensationen baseras på grad av glesbygd, och påverkas därför inte av det enskilda landstingets användning av hyrpersonal.

I regeringsförklaringen 2019 och i den överenskommelse som regeringsförhandlingen bygger på, betonas att ”Det ska bli enklare att bedriva vård på landsbygden”. Om detta ska bli verklighet måste det bli enklare att rekrytera till vårdcentraler som är belägna i glesbygd.

Vad gäller exempelvis närvaro av apotek har staten gjort bedömningen att det är prioriterat att stimulera närvaro i glesbygd. TLV beslutar vilka apotek som, efter ansökan, beviljas bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Hyrproblematiken är inte helt igenom jämförbar eftersom vården är landstingens ansvar. Men systemet med särskilda bidrag till verksamhet i glesbygd kan vara av intresse som inspiration, antingen för landstingen att agera gemensamt, eller för staten om man vill bidra ekonomiskt till vård i glesbygd.

Mycket av problemen hänger troligen samman med ett generellt samhällsproblem i Sverige som innebär svårigheter att hålla landsbygden levande. Det handlar inte bara sjukvård, utan även andra servicebranscher som minskar sin närvaro. Även staten har dragit in servicekontor som exempelvis Skatteverket och Försäkringskassan. En anledning till att läkare och annan personal inte vill flytta ifrån städer efter avslutad utbildning är att det finns mindre utbud av annan service. Problemet är alltså inte isolerat till hälso- och sjukvården.

Frågan för denna utredning är alltså om de initiativ som är på gång, hos såväl landsting som statliga aktörer, är tillräckligt för att lösa de särskilda rekryteringssvårigheter som råder i glesbygd, eller om det krävs ett mer nationellt tag kring just vårdbemanning i glesbygd.

16.6 Sammanfattande kommentar kring behovet av åtgärder (nollalternativet)

Det finns utrymme för och behov av åtgärder inom flera områden för att öka kontrollen bland de som hyr in personal. Landstingen behöver samverka mer, inte minst inom upphandling, för att bli en starkare aktör. Därutöver behöver ett antal frågor som rör patient-säkerhet klargöras. Staten och landstingen bör ta ett starkare och mer nationellt grepp kring planering och dimensionering av utbildning och specialisttjänster. Staten bör satsa ekonomiskt på primärvård i glesbygd för att förbättra förutsättningarna att bedriva vård där de affärsmässiga förutsättningarna är sämre. Landstingen bör arbeta med konkreta åtgärder för att förbättra arbetsmiljön.

Det är många faktorer som påverkar det framtida personalbehovet inom vården. Många prognoser pekar dock mot fortsatta svårigheter att rekrytera tillräckligt med personal. Det bör dock framhållas att samtliga prognoser är behäftade med stor osäkerhet. Nämda prognoser jämte senaste årens utveckling inom hyrområdet ger anledning att tro att om inga mer dramatiska åtgärder vidtas så kommer inhyringsbehovet fortsätta att öka, om än med minskad takt.

Faktorer som kan motverka ett ökat behov är teknisk utveckling och digitalisering som kan göra vården mindre humankapitalintensiv. Det är dock föga troligt att den tekniska utvecklingen inom en överskådlig tid kan skapa balans mellan efterfrågan och utbud. Den tekniska utvecklingen innebär dessutom medicinska framsteg som medför att fler kan behandlas vilket ökar behovet av vård. Således är den sammantagna effekten av teknisk utveckling svårbedömd.

Ökad arbetskraftsinvandring till Sverige kan bidra till att utbudet på arbetskraft ökar. Utlandsfödda är överrepresenterade bland anställda hos bemanningsföretag.

Den svenska ekonomin har varit i högkonjunktur senaste åren. Vid lågkonjunktur kan folks benägenhet att ta risker minska. Det skulle kunna innebära att fler arbetstagare är intresserade av en fast anställning. En lågkonjunktur kan å andra sidan också betyda att arbetsgivare i mindre utsträckning ger fasta anställningar.

Det pågår och finns förslag för att öka antalet specialistläkare i allmänmedicin (SOU 2018:39). Landstingen själva arbetar mot samma mål genom att öka antalet ST-platser i allmänmedicin och vissa andra bristspecialiteter. Sjuksköterskor ges möjlighet att specialistutbilda

sig med bibehållen lön. Sammantaget styr dessa olika initiativ mot att det ska finnas fler av vissa specialiteter. Med fler utbildade kan efterfrågan mättas i större utsträckning vilket kan göra att efterfrågan på att hyra in minskar.

Å andra sidan bör tilläggas att det finns risk att det hela tiden sker en attitydskiftning mot ökad acceptans för att arbeta som inhyrd. Det här gör alltså att även om antalet utbildade ökar är det inte säkert att de väljer att vara anställda direkt vid en vårdcentral eller klinik.

Landstingen och SKL arbetar för att skapa bättre förutsättningar för att anställa fler och minska oberoende av inhyrning. Ett arbete som bygger på långsiktighet och uthållighet och inte nödvändigtvis ger märkbara resultat på kort sikt.

Sammantaget är det för vissa aspekter svårt att skapa sig en god uppfattning om vart vi är på väg. Men utredningar har samtidigt identifierat ett antal områden där det saknas initiativ och där det därmed kan vara av relevans för utredningen att lämna förslag eller rekommendationer. Det utredningen har kunnat konstatera är följande:

- Landstingen anser sig i dag genomgående vara beroende av att hyra in personal. Landstingen är dock ofta relativt svaga aktörer och låter bemanningsföretagen hålla i taktpinne. Utredningen anser att det finns utrymme för förslag kring bättre och mer samordnad upphandling från landstingens sida. Landstingen upphandlar i stor utsträckning utanför ramavtal, något som både de själva och de bolag som finns inom ramavtalen pekar ut som problematiskt. Landstingen upphandlar dessutom i stor utsträckning var för sig och samverkar i alltför liten utsträckning.
- Marknaden och företagen är i dag nästintill oreglerad. Företag som betar sig oseriöst på marknaden möts inte av några större konsekvenser.
- Risker för brister i patientsäkerhet är högre vid hög personalomsättning och alla inblandade aktörer har inte klart för sig vilka ansvarsförhållanden som gäller vid olika typer av arbetsgivar- och uppdragsgivarförhållanden.
- Inget initiativ tar i dag ett nationellt grepp om frågan om att det finns en inbyggd orättvisa i att orter i glesbygd eller socioekonomiskt tunga områden har svårare att rekrytera personal till hälso- och sjukvården och att detta slår ojämnt mot olika landsting.

- Det saknas ett nationellt tag kring kompetensförsörjning och dimensionering av olika professioner och specialister.

16.7 Utredningens överväganden om alternativa vägar

Under arbetets gång har utredningen övervägt vissa vägar framåt som sedan har avvisats till förmån för andra förslag. Här redovisar vi sådana alternativ inklusive varför utredningen inte väljer att föreslå dessa åtgärder.

16.7.1 Förbud, statlig auktorisation eller annan form av marknads kontroll

Från politiskt håll har det framförts öppningar för möjligheten att nationellt reglera inhyrd personal i vården (se DN 2018). Frågan är onekligen relevant för en statlig utredning eftersom lagstiftning är ett av de verktyg som staten har till sitt förfogande vad gäller styrning i vården.

En internationell utblick från år 2000 visar att länder tillämpar reglering av bemanningsbranschen genom att man avgränsar för olika sektorer där det av olika skäl inte anses lämpligt. Andra reglerar hur länge personal får hyras in. Flera landsting har i dag som policy att inte hyra in sjuksköterskor eller grundutbildade sjuksköterskor.

Det finns aspekter som talar emot att någon form av lagstadgat förbud mot inhyrning av personal i vården är vägen framåt. Dels eftersom landstingen vill ha möjligheten till tillfälliga uppväxlingar i bemanning vid sjukdom och semestertider etc. Dels eftersom det inte är självklart att de som i dag arbetar som inhyrda skulle välja en anställning inom vården i Sverige framför exempelvis att arbeta i annat land eller att arbeta med något helt annat, om möjligheten att arbeta som inhyrd inte längre finns. Slutligen, och kanske allra viktigast, löser det inte de grundläggande problemen med vårdens kort- och långsiktiga kompetensförsörjning. För det krävs andra åtgärder.

Vad gäller marknaden för inhyrd personal gör utredningen också övervägandet att det är efterfrågesidan som behöver skärpas, snarare än utbudssidan (se ovan avsnitt 16.3.2). Att skärpa efterfrågan är en väg som behöver prövas innan staten överväger reglering av marknaden.

Avslutningsvis betonar utredningen att frågan inte har utretts mer grundligt eftersom det inte har ingått i utredningens direktiv och det inte har funnits tid för ytterligare fördjupning i frågan. Utredningen har inte heller sett över hur det stämmer överens med EU-rätten. Utredningen vill samtidigt notera att det finns ett intresse för att veta mer om frågan från såväl statligt håll som från landsting (samtal med SKL). Om regeringen har en önskat att fördjupa sig i frågan bör den därmed ge lämplig myndighet eller tillsätta en statlig utredning med uppdrag att ta fram underlag i form av exempelvis en juridisk analys och en internationell utblick.

Utredningen har även övervägt frågan om att stärka upp tillsyn av upphandlingen men ser inte att det är prioriterat i nuläget. Även frågan om huruvida det vore önskvärt att staten tog över auktorisationen av bemanningsföretag har diskuterats. Sammantaget ser utredningen att åtgärden att landstingen skärper upphandlingen bör prövas innan någon mer invasiv åtgärd övervägs.

16.7.2 Statsbidrag till vårdcentraler belägna i glesbygd

Utredningen har övervägt ett antal förslag som syftar till att bibehålla vårdcentraler i glesbygd och samtidigt förbättra deras förutsättningar att rekrytera och behålla personal. Det behövs ökade resurser till primärvård i glesbygd och det behövs bättre förutsättningar för vårdcentraler i glesbygd att rekrytera. Vårdcentraler i glesbygd går ofta med underskott. Vårdcentraler belägna i glesbygd har ett mindre potentiellt patientunderlag, eventuella hembesök tar längre tid etc. Landstingen kan med ersättning styra etablering i glesbygd och de arbetar redan med frågan. Vissa landsting har större andel glesbygd vilket också diskuteras inom ramen för det kommunala utjämnningssystemet. I denna fråga ser vi dock att utjämnning inte är tillräckligt, inte minst eftersom nästan all primärvård är underfinansierad. Det bör betonas att staten har ett övergripande systemansvar och därmed bör stödja utvecklingen mot ett mer jämlikt vårdutbud även i mindre befolkade delar av landet.

En av de åtgärder som utredningen har övervägt är att införa någon form av nationellt lönepåslag för sjukvårdspersonal i glesbygd. Det finns i dag särskilda tillägg och avtal för statligt anställda som arbetar vid vissa utlandsorter, så kallat hardship-tillägg. Det har tidigare

funnits ett så kallat kallortstillägg genom det kommunala utjämningsystemet. Framför allt kommuner i norra Sverige var mottagare av bidraget och det var också de som var de främsta förlorarna när det togs bort.

Ett delvis alternativt upplägg är att koppla frågan till de nationella ersättningsprinciperna (se utredningens bedömning i kapitel 17) och säga att det ska beräknas ett större glesbygdstillägg enligt vissa principer och att staten lämnar ett bidrag till landstingen (utifrån någon sorts glesbygdskoefficient) för genomförandet. Inom ett sådant förslag skulle också behöva hanteras hur man garanterar att pengarna används till det de är avsedda för och inte till exempelvis stora sjukhus.

Det alternativ som vi har undersökt mest handlar om särskilt statsbidrag till vårdcentraler belägna i glesbygd. Tanken med ett sådant är att regeringen skulle låta införa ett särskilt ekonomiskt bidrag som den som driver en vårdcentral belägen i glesbygd kan ansöka om. För att kunna ansöka om bidraget skulle vissa krav vara uppfyllda. Målet med bidraget skulle vara att främja en god närvaro av primärvårdsservice i glesbygd. Bidraget skulle exempelvis kunna utformas och administreras av Socialstyrelsen och införas som en pilot under tre år. Bidraget skulle följas och utvärderas längs vägen av Socialstyrelsen och Konkurrensverket för att därefter fatta beslut om ett eventuellt fortsatt eller förändrat bidrag.

Liknande statsbidrag finns för apotek i glesbygd

Efter omregleringen av apoteksmarknaden beslutade regeringen om Förordning (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse där apotek som uppfyller vissa krav kan ansöka om bidrag. TLV har tagit fram föreskrifter (2013:4) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Detta kan ses som ett tydligt ställningstagande om att staten tar ansvar för att främja närvaro av apotek i glesbygd. Staten kan på liknande sätt främja närvaro av vårdcentraler i glesbygd.

Det finns vissa uppenbara skillnader mellan apotek och vårdcentraler. Primärvården finansieras och ansvaras för av landstingen. Det finns inget som kan kallas priskonkurrens inom vården. Vårdcentralerna utför hälso- och sjukvård. De bedriver ingen detaljhandel. Majoriteten av de privat drivna vårdcentralerna drivs av små-

företagare. Apoteken är samtliga i privat drift sedan omregleringen, men majoriteten drivs av fyra apotekskedjor, vilka alla bedriver allt ifrån apotek i storstadscentrum till apotek i glesbygd, och fördelat över landet. TLV beslutar om apotekens handelsmarginal för receptbelagda läkemedel. Inkomsterna kommer även från detaljhandel. Tanken med konkurrens på apoteksmarknaden är en annan än den som valfrihetssystemen bygger på.

Men det finns också många likheter mellan apotek och vårdcentraler. Apoteksomregleringen och vårdvalsreformen gjordes under samma "reform-era", den förstnämnda under åren 2008 och 2009, och vårdvalsreformen år 2010. Båda syftade bl.a. till ökad tillgänglighet och ökad mångfald genom ökad andel privat drift. Det finns ungefär lika många apotek och vårdcentraler, utspridda över landet. Båda bidrar till grundläggande service på en ort. För båda finns alternativ, eller kanske snarare komplement, såsom ombud för apotek och olika typer av filialer eller mindre kliniker för vård. Senaste åren har tillgången till både vissa läkemedel och viss vård ökar genom digitalisering (exempelvis apotek på nätet och så kallade nätläkarbolag), men både apotek och vårdcentraler utmanas också rejält när digitala aktörer tar marknadsandelar, något som särskilt kan utgöra ett problem för aktörer i glesbygd som redan har ett mindre kundunderlag än deras motsvarigheter i urban miljö.

En skillnad på policynivå, är att vid omregleringen av apoteksmarknaden fanns en medvetenhet om att apotek i glesbygd skulle utgöra mindre attraktiva marknader än andra delar, på grund av ett mindre kundunderlag. Vid reformens genomförande såldes därför apoteken i kluster som innehöll glesbygdsapotek som inte fick stängas närmsta tre åren. Därefter infördes detta bidrag. Det bör nog tilläggas här att det faktum att majoriteten av apoteken drivs av stora bolag bidrar till apotekens överlevnad på så sätt att det ger "badwill" att stänga ner ett apotek, och de har möjlighet att föra över pengar inom bolaget för att gå runt. Vid vårdvalsreformen gjordes ingen särskild analys kring frågan om vård i glesbygd, trots att glesbygd är ojämnt fördelat mellan landsting, och trots att det borde vara en uppenbar slutsats att det är svårare att hitta "affärsmässiga" förutsättningar att bedriva vård på orter där det inte bor mycket folk.

Apoteksbidraget söks i efterhand och för år 2017 beviljades 35 av 37 sökande apotek bidrag. Utan bidraget hade över hälften av dessa ett negativt resultat och efter utbetalt bidrag kvarstod fyra apotek

med negativt resultat. Regeringen avsätter för varje år 20 miljoner kronor till bidraget men bara drygt halva summan brukar betalas ut. Totalt handlade det om cirka elva miljoner kronor. Majoriteten av apoteken var belägna i de norra landstingen. Det är troligt att mönstret skulle vara liknande för vårdcentraler. Konkurrensverket visade 2015 att de landsting med störst andel vårdcentraler i områden med låg tillgänglighet var Västerbotten, Dalarna, Västernorrland, Värmland och Jämtland. Detta följer också ganska väl de landsting med störst kostnader för att hyra in personal.

TLV har också för apoteksmarknaden analyserat alternativa tillvägagångssätt, såsom upphandling av apoteksdrift i glesbygd genom tjänstekoncession, enhetlig basersättning via handelsmarginalen samt ett utökat uppdrag till Apoteket AB, men gjort bedömningen att statsbidraget är att föredra. TLV har också gjort bedömningen att bidraget inte snedvrider konkurrensen och att det är förenligt med EU-rätt.

Modellen för bidrag till vårdcentraler skulle behöva utarbetas och administreras av en myndighet

Syftet med ett liknande bidrag för vårdcentraler i glesbygd skulle kunna vara att skapa bättre ekonomiska förutsättningar för vårdcentraler med ett begränsat patientunderlag. Ett annat mer långsiktigt syfte skulle kunna vara att stimulera en reell närvaro av service som inte bara ger tillgång till vård utan också bidrar till en mer levande glesbygd. Bidraget skulle behöva hanteras av en myndighet, exempelvis Socialstyrelsen.

För att införa ett sådant bidrag skulle fler överväganden behöva göras, även dessa skulle kunna utformas av Socialstyrelsen. Förslag på krav som skulle kunna ställas för att en vårdcentral ska kunna ansöka om bidraget:

- Avtal med ett landsting genom vårdvalssystemet.
- Vårdcentral belägen i samma landsting och med ett visst avstånd till närmsta vårdcentral. Socialstyrelsen skulle särskilt behöva fundera på hur man skulle hantera avstånd till filialer och mindre kliniker på apotek. För bidrag till apotek påverkas det inte av apoteksombud eftersom de erbjuder olika grad av service.

- Liksom för apotek skulle bidraget troligtvis inte gå till vårdcentraler som redan går med en viss vinst.
- Det skulle troligtvis finnas ett minikrav på antal patienter som ska vara listade vid vårdcentralen för att det ska anses motiverat att stötta den. Det handlar å ena sidan om i vilken typ av samhälle det är motiverat att tillföra särskilda bidrag för servicenärvaro men framför allt om att en vårdcentral som väljs bort av patienter troligtvis inte ska hållas öppen i längden, dvs. att inte störa förutsättningarna för kvalitetskonkurrens.
- Vårdcentralerna skulle troligtvis ha krav på vissa öppettider, troligtvis i enlighet med landstingets krav på leverantörer inom vårdvalet.

Analys och utvärdering skulle också utvärdera huruvida bidraget har en negativ påverkan på landstingens styrning. Om bidragets tillkommande leder till att landstingen ser att de kan dra tillbaka sina ökade resurser till glesbygd får också bidraget anses ha haft en negativ bieffekt.

Det behövs ett större grepp kring hela glesbygdfrågan

Trots att utredningen bedömer frågan om bättre förutsättningar i glesbygd som ytterst viktiga gör vi bedömningen att förslag av typen statsbidrag till vårdcentraler i glesbygd inte bör läggas. Bedömningen handlar inte om att förslaget i sig är fel, utan om att frågan om hur staten ska hantera närvaro av välfärdsservice i glesbygd är större än bara sjukvården. Frågan bör därmed hanteras som en enhetlig fråga där en bedömning görs kring vilken roll staten vill och bör ha i frågan om välfärdsservice i glesbygd och därefter bör åtgärds paket vidtas för hela välfärden.

17 Förslag och rekommendationer

17.1 Reform av vårdvalet i primärvården

17.1.1 Målbild och framtidsscenario för reformerad valfrihet och stärkt tillgänglighet

Utredningens målbild:

- Valfriheten bevaras i en digifysisk vård: Valet sker genom listning på förhand. Fler kontaktvägar erbjuds där fysiska och digitala arbetssätt är lika självklara delar av vården. Fördelarna med att vara listad hos en utförare blir tydligare i form av ökad kontinuitet, enkel och god tillgänglighet och låg patientavgift.
- Patientens ställning stärks: Utbudet av kontaktvägar ökar och patientens egen insats nyttiggörs i ökad utsträckning genom digitalisering av anamnesupptagning, triage och bättre stöd till egenvård.
- Vården ges i ökad grad utifrån behov och mer jämlikt: Vården blir mer kontinuitetsbaserad, vilket särskilt gynnar de med störst behov. Vården blir mer gränsöverskridande och styrningen blir mer nationell och enhetlig.
- Planeringsförutsättningarna för utförare stärks: Åtagandet, uppdraget och ersättningsprinciper blir tydligare, vilket skapar förutsättningar för ökad patientsäkerhet och bättre arbetsmiljö.
- Huvudmännens möjligheter att styra mot jämlik och behovsbaserad etablering stärks.

Framtidsscenario för en integrerad digifysisk vårdvalsreform

Som framkommit i kapitel 6 ser vi behov av ett systemskifte mot en första linjens vård som i högre grad utgår från behov och i vilken kontinuitet och effektivitet som bärande principer genomsyrar styrning, organisation och arbetssätt. I detta avsnitt följer en rad förslag som syftar till att bidra till detta systemskifte. I det inledande avsnittet beskriver vi ett tänkt framtidsscenario för att visa hur vi ser första linjens vård inom några år och vilken den övergripande effekten blir av utredningens samlade förslag och bedömningar i denna del.

Patienter väljer fritt bland utförare. Valet görs som norm på förhand, genom att man listar sig. Utförare organiserar arbetet så att alla patienter vet vem deras fasta läkare eller vårdteam är. Den valda utföraren blir medborgarens väg in i vården. Detta ställer höga krav på utbud och på tillgänglighet. Alla vårdvalsutförare har krav på sig att kunna erbjuda en digifysisk vård, dvs. allt ifrån digital asynkron kontaktväg till hembesök. När en patient behöver hjälp med något enklare ärende som inte är akut, exempelvis behov av receptförnyelse, ska patienten kunna kontakta sitt vårdteam på vårdcentralen via digitala hjälpmedel. Information om val och utförare finns samlad och lättillgänglig i en portal. När en utförare inte längre har kapacitet att ta emot fler patienter skapas en transparent kö där patienter kan vänta på att få en plats.

Utförare kan själva välja att utföra hela uppdraget eller att samarbeta med andra. Vissa av de traditionella vårdvalsutförarna kommer troligtvis välja att köpa in en plattform, i linje med den nu pågående utvecklingen. Och i andra fall andra kommer samarbeten inledas mellan fysiska utförare och digitalt inriktade aktörer. Landstingen, troligtvis via 1177, bör tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan använda för ökad digital tillgänglighet. I detta system kan dagens digitalt profilerade vårdgivare antingen sluta avtal med landstingen och starta fysiska vårdcentraler eller kontraktera vårdcentraler som underleverantörer, eller så kan de själva vara underleverantörer till vårdcentraler. På så sätt kan de fortsätta arbeta i skala, men de får anpassa sig till huvudmännens krav, på samma sätt som gäller alla vårdvalsutförare. Enbart den avtalsansvariga vårdvalsutföraren ersätts av landstinget. Ersättningen mellan utförare reglerar de själva via avtal.

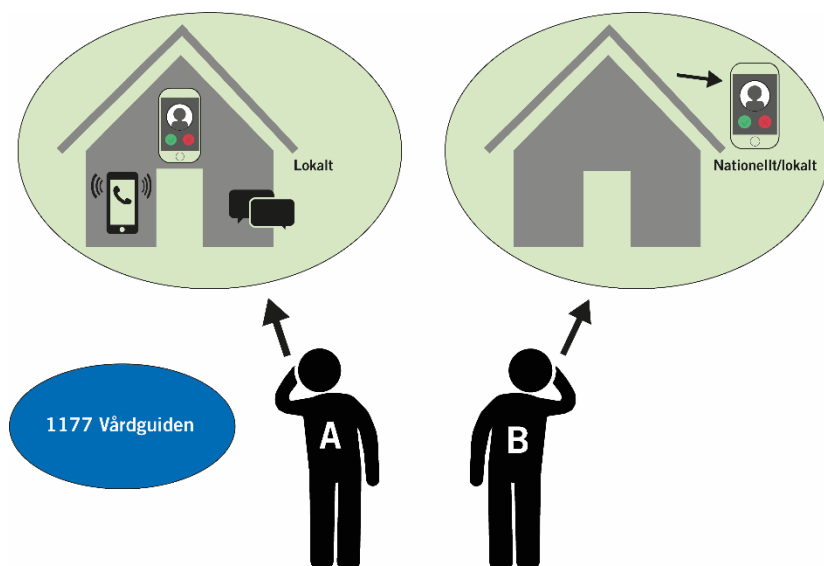
Patientens fria val av utförare kommer visa vilka lösningar som värdesätts mer än andra.

Det är av yttersta vikt att informationsintegrationen fungerar. Alla som har kontakt med en patient, oavsett om det är vårdvalsutföraren eller en underleverantör till denne, ska ha tillgång till patientens journal och registrera i denna. I ett integrerat system ska patienter kunna tillgodogöra sig alla delar hos sin valda utförare, både digital och fysisk vård.

Ersättningen i vården går mot ökad tyngdpunkt på kapitering hos de vårdvalsförare som är listningsbara (dvs. inte underleverantörer eller andra samarbetspartners) och med tydlig viktning på ålder, socioekonomi och glesbygd etc. Organiseringen av arbetet på vårdcentralerna görs efter principen om vårdteam med namngiven läkare och kontinuitet ska belönas genom ersättningsystemen.

Figur 17.1 Digifysiskt vårdval

I ett digifysiskt vårdvalssystem väljer patienten en utförare som passar hans behov. Vissa kommer välja en utförare som utför hela uppdraget själv, och därmed har patienten kontakt med samma läkare eller team oavsett kontaktväg, andra kommer välja en utförare som har en underleverantör som utför vissa delar. Även i den sistnämnda modellen registrerar alla utförare och underleverantörer i samma journalsystem och patientens information finns alltså samlad på ett ställe.



Framtidsscenariots övergripande innebörd för olika aktörer

Patienter och medborgare

Patienter och medborgare får en tydlig väg in i vården via den utförare de väljer att lista sig hos inom vårdvalssystemet. Patienter kan fortsatt välja fast läkarkontakt och/eller annan vårdkontakt hos utföraren. Patienten ska känna till sin namngivna läkare och sitt team. Informationskontinuitet kommer att gälla för alla, eftersom vårdvalet utgör en tydligare väg in i vården.

Med ökad kontinuitet ökar också möjligheterna att hantera ännu fler åkommor asynkront. Ett uppföljande besök som inte kräver fysisk undersökning kan hanteras via telefon, video eller chatt. Med ökade resurser, bättre planeringsförutsättningar och nya huvudmannakrav på utförare kommer tillgängligheten bli bättre. Genom ändrad vårdgaranti kan patienter lita på att de får tid hos sin valda utförare. Patienter och medborgare kan kontakta sin utförare dygnet runt via digitala kontaktvägar och vid icke-akuta fall få svar när verksamheten är öppen. Även när patienter eller medborgare befinner sig på annan ort, i ett annat landsting eller annat land kan de kontakta sin valda utförare via olika kontaktvägar. Genom fler kontaktvägar och utökade asynkrona kontakttider till utföraren minskar trycket på telefontider och drop-in-mottagningar och de patienter som behöver komma fram på den vägen får bättre tillgänglighet.

Alla utförare har samma grunduppdrag, men olika vårdgivare kommer sannolikt att lösa uppdraget olika och lägga tyngdpunkt på olika typer av tillgänglighet. Om man som patient ska göra ett nytt val ser man i en nationell listningstjänst vilka utförare som har full lista och hur många som står i kö. Att inte få sitt förstahandsval direkt kan upplevas som negativt, men ger å andra sidan både högre tillgänglighet, kontinuitet och patientsäkerhet där man är listad, eftersom utförarna kan planera verksamheten (huvudsakligen) utifrån de faktiskt listade patienterna. Den transparenta kön bidrar till att säkra att jämlikhet upprätthålls och att inte starkare individer gynnas på bekostnad av svagare.

Professionerna

Vårdprofessionerna får i vårdvalssystemet ökad kontinuitet med fler patienter. Den ökade kontinuiteten i kombination med möjligheten att begränsa listan ger bättre planeringsförutsättningar för utförarna vilket också är ett bidrag till en mer hållbar arbetsmiljö och högre patientsäkerhet. Med bättre sorteringsverktyg, antingen som patienten fyller i på distans eller på plats i väntrum, ges bättre förutsättningar att guida patienten till rätt vårdprofession. ”Triage-sjuksköterskor” får en viss lättnad i telefontryck och därmed också möjlighet att ägna tid åt rätt patienter, när flera i stället kontaktar vårdcentralen via andra digitala verktyg. Digitala verktyg öppnar för högre flexibilitet och möjligheten att bedriva delar av arbetet på annan plats än vårdcentralen, exempelvis hemmet. Med högre ställda krav från huvudmännen om att vårdvalsutförare ska ge tid till fortbildning och lärande öppnas också för en mer varierad och mindre stressfylld arbetsdag.

Utförarna

Utförare av vård ges bättre förutsättningar för förutsebarhet och planering, bl.a. genom ökad tyngd på kapitering och möjlighet till samråd om begränsning av listan. Bättre översikt över och ökad kännedom om de listade patienterna i kombination med asynkrona kontaktvägar och verktyg medför bättre förutsättningar för behovsprioritering mellan olika patienter och professioner. Den ökade nationella likriktigheten i styrningen underlättar för privata utförare som är eller vill vara verksamma i mer än ett landsting. Dagens vårdcentraler behöver själva utveckla eller upphandla digitala verktyg, eller lösa den delen med samarbeten och/eller underleverantörer. Utförare och underleverantör sköter själva sina avtal och ersättningen dem emellan. Den särskilda taxa som i dag finns för digitala enskilda utomlänsbesök försvinner, men dagens så kallade nätläkarbolag kan delta i vårdvalssystemet på flera sätt: som underleverantörer till vårdcentraler i flera landsting, eller genom att själva bli utförare inom vårdvalssystemen i ökad utsträckning.

Huvudmännen

Huvudmännen ges också chans till bättre planeringsförutsättningar samtidigt som det ställs ökade krav på dem att se till att det finns tillräckligt med utförare i landstinget för att tillgodose invånarnas behov. Den vård som ges i annat län kommer inte längre finansieras med en särskild taxa, som ofta är högre, utan för de invånare som gör sitt vårdval i annat landsting betalas en kapiteringsersättning precis som för andra medborgare. Huvudmännen måste se över ersättningsystemen och öka viktningen i ersättningarna; det ska vara gynnsamt att ta hand om patienter med stora behov.

Huvudmännens möjligheter att styra etableringar tydliggörs vilket ökar förutsättningarna för ett jämlikt och behovsbaserat utbud.

Huvudmännen behöver på olika sätt stötta de utförare som ännu inte har påbörjat arbete med digital tillgänglighet. Fler huvudmän kommer att ha avtal med digitala aktörer vilket ger dem möjlighet att ställa krav på saklig och relevant information, marknadsföring, transparent uppföljning och annat.

Systemet

Systemet blir på det hela taget mera effektivt som en konsekvens av ökad tillgänglighet och ökad kontinuitet. De offentliga medel som finansierar vården kommer användas mer effektivt när vårdvalet tydligare utgör vägen in i vården och patienter inte gör isolerade besök till flera olika vårdgivare. Förtroendet för och tryggheten i systemet ökar hos patienterna som en följd av den ökade tillgängligheten och den ökade kontinuiteten.

Staten

Statens styrning blir mer strategisk och långsiktig i rollen som lagstiftare och övergripande systemansvarig. Staten bör därmed fortsatt följa vårdens övergripande mål som t.ex. jämlikhet. Staten lägger också resurser och andra insatser i frågor som rör vårdens grundläggande struktur såsom omställningen av hälso- och sjukvårdssystemet till en mer resursstark nära vård, digitalisering och it-system samt kort- och långsiktig kompetensförsörjning.

17.1.2 Listning på utförare ska bli grunden för valfrihet i ett system baserat på kontinuitet

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen ska regleras att patienten ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Motsvarande bestämmelser införs i patientlagen.

Informationsskyldigheten gentemot patienten förstärks genom en ny bestämmelse i patientlagen som innebär att patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad.

Utredningens rekommendation: Det är viktigt att utförarna skapar förutsättningar för personlig kontinuitet genom att patienten får välja en namngiven läkare och/eller annan profession hos utföraren. Arbetet bör organiseras så att patienter, såvida de inte aktivt väljer bort det, vet vem deras namngivna läkarkontakt och/eller vårdkontakt är.

Skälen för utredningens förslag och rekommendation: Som konstaterats i kapitel 6 finns det behov av en systemförändring när det gäller det nuvarande sättet att organisera primärvården genom vårdvalssystemen.

Utredningen bedömer att övervägande skäl talar för att valfriheten inom primärvården behöver reformeras. Som framkommit ovan infördes nuvarande valfrihet i princip helt utan analyser av vad patienter vill välja eller hur valfriheten borde utformas i förhållande till andra värden. Den nuvarande utformningen av valfriheten har bidragit till en ökad efterfrågestyrning av vården. Detta samtidigt som den utredning som låg bakom valfrihetsreformen betonade att listning skulle vara utgångspunkt för valet, även om de inte utformade lagen på det sättet.

Ett mer sammanhängande system baserat på listning bör skapas

Utredningens sammantagna analys i kapitel 6 visar att en nyckelfaktor för att stärka vårdens måluppfyllelse när det gäller en behovsbaserad, patientcentrerad och effektiv vård, är att åtgärda de mycket stora bristerna i kontinuiteten i vården. Kontinuitet är centralt för att åstadkomma en mer personcentrerad och effektiv vård och för att stärka patienternas förtroende för vården. I synnerhet för de som har störst behov, oftast personer med flera kroniska sjukdomar är det tydligt att kontinuitet blir särskilt viktigt. Men kontinuitet gynnar alltid effektivitet, även för andra grupper. Det finns också en tydlig jämlikhetsaspekt där de med svagare socioekonomi har svårare att få kontinuitet.

Utredningen bedömning är att det finns synnerligen starka skäl att vidta kraftfulla åtgärder för att förbättra kontinuiteten i vården. En del i detta är ändrade förutsättningar vad gäller primärvårdens organisering genom vårdvalssystemen. Systemet behöver i ökad utsträckning utgå från långsiktighet och kontinuitet, vilket bl.a. förutsätter att valfriheten utvecklas.

Ett av grundproblemen när det gäller vårdvalssystemens utformning är som framkommit att den rättsliga regleringen av valfriheten inte hänger ihop med styrningen av vården i övrigt.

Regleringen innebär att patienten utan begränsning kan välja och välja om utförare utan att val eller omval i sig innebär något för patienten. Det finns inga krav på att patienten ska hålla fast vid sitt val. Det erbjuds inte heller några särskilda fördelar till den patient som gör ett val, bortsett från det som kan följa av att patienten väljer en vårdgivare med kortare väntetid eller att patienten väljer bort en vårdgivare som hen är missnöjd med.

Den övriga styrningen av vården utgår i stället som huvudprincip från att patienten listas, vilket har stor betydelse för ersättningen till utförare i primärvården och där utförare ges tydliga incitament för att patienten inte ska vilja gå till någon annan utförare.

Utredningens analys i kapitel 6 visar att detta i praktiken innebär två system som inte understödjer varandra, utan *å ena sidan* drar mot en mer konsumtions- och efterfrågebaserad primärvård och *å andra sidan* drar mot en mer kontinuitets- och behovsbaserad primärvård. Trots att styrningen som huvudprincip utgår från att patienten listar sig är det tydligt att tolkningen hittills har varit att patientens val har

företräde – även när resultatet av valfriheten blir att patientsäkerheten riskeras. Det återspeglas t.ex. i en ytterst återhållsam hållning när det gäller att införa begränsningar av inflödet (t.ex. genom begränsade listor) med hänvisning till valfriheten, trots att bestämmelser om arbetsmiljö och patientsäkerhet kan tala för sådana begränsningar, samt att det nästintill omöjliggör en rimlig tillgänglighet. En minoritet av landstingen har den senaste tiden ändå valt att medge tidsbegränsade listningsbegränsningar. Men som beskrivs i avsnitt 6.2.4 och 6.5 kvarstår en rättslig osäkerhet, bl.a. på grund av att lagstiftningen reglerar patientens val av utförare och inte listning. De begränsningar i listning som görs i dag görs dessutom utan transparens, vilket inte gynnar patienten.

Listning som begrepp ska föras in i lagstiftningen

Som framgår i kapitel 6 har utredningen prövat olika alternativ för att justera vårdvalssystemen i den önskvärda riktningen. Utredningen bedömer sammantaget att patientens valfrihet i primärvården bör ges en ny form, där patienten på förhand väljer en utförare att lista sig hos. Listningen innebär att valet utövas genom att patienten på förhand väljer den utförare som ska utföra ens vård.

Införandet av listningsbegreppet bör ske som en del av ett reformpaket där det med listningen bl.a. följer att patienten har rätt att välja fast läkarkontakt eller vårdkontakt hos sin utförare, att vårdgarantin gäller och att en enhetlig patientavgift tillämpas (se kommande avsnitt). Det ger bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet för patienten samt nödvändig stabilitet, planeringsmöjligheter och förutsägbarhet för vårdens verksamheter. Detta kommer att gagna patientsäkerhet, arbetsmiljö och effektivitet i vården. Med denna ändring tar vi också efter hur styrningen ser ut i andra länder med valfrihet, såsom Norge och Danmark, samtidigt som vi månar om det som är unikt och välfungerande med det svenska systemet.

Ett sådant skifte mot att grunderna för valfriheten och organisationen av primärvården ska utgå från kontinuitet, kommer vara en viktig del i omställningen till en mer nära vård. Det markerar på ett normerande plan att utgångspunkten i systemet är stabilitet och långsiktiga relationer – i stället för konsumtion av vård där det är möjligt med ett val vid varje vårdtillfälle. Förutsättningarna för att uppfylla

lagstiftningens krav på att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet stärks också. På sikt kan det bidra till att återupprätta tanken på ”min vårdcentral eller mitt vårdteam” som navet i den nära vården. En viktig del i det kommer samtidigt vara en ökad diversifiering med olika ingångar och flöden beroende på de olika behoven hos patienterna.

En fördel med att använda listningsbegreppet är att det utgår från ett sedan lång tid (före husläkarreformen) välkänt och väl inarbetat begrepp som både patienter, vårdgivare och huvudmän i praktiken använder sig av trots att det inte i dag finns reglerat i lagstiftningen. Det innebär således en gemensam ram för systemet som träffar både patienter och vårdgivare och där styrningen av systemet ensas. Det hänger således bättre ihop med kapiteringen som vi bedömer bör vara en utgångspunkt i de nationellt utformade ersättningsprinciperna för primärvården, se vidare avsnitt 17.4.3.

Främst handlar förslaget om att betona att en uppbyggd relation mellan patient och profession är en viktig norm, även mellan mötena, vilket ökar förutsättningarna för att ta tillvara teknikens möjligheter; när det finns en uppbyggd relation med tillit är steget till att kunna ta vissa möten över telefon, chatt eller video mindre än när ingen relation finns.

Listning sker i dag på utförarnivå

I nuvarande system sker den administrativa listningen främst på utförarnivå, vilket kan sägas ligga i linje med lagstiftningen som innebär att patienten kan välja utförare inom primärvården.

Det förekommer ibland (inte helt sällan) också att verksamheten väljer att ordna arbetet så att varje läkare har ”sin” egen lista. Utgångspunkterna för sådana arrangemang kan variera något men verkar ofta omfatta både patientsäkerhet, effektivitet och arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse. Genom en ”egen” lista skapas möjligheter för att arbeta utifrån relationell kontinuitet där det finns evidens för både säkerhet och effektivitet, med en mer överblickbar och förutsebar arbets-situation samt ett ansvarstagande som kan ha stark koppling till tillfredsställelse i arbetet.

Det förekommer i dag också att patienter ges möjlighet att få välja läkare. I det sistnämnda fallet finns en klar koppling till den

lagstadgade skyldigheten att organisera primärvården så att alla får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt (7 kap. 3 § HSL och 6 kap. 3 § patientlagen). I tillägg till denna bestämmelse finns en skyldighet för vården att erbjuda fast vårdkontakt om patienten begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet (6 kap. 2 § patientlagen). Detta kan inom primärvården vara samma person som patientens fasta läkarkontakt men kan också utgöras av annan profession.

Trots förekomsten av dessa möjligheter att knyta patienten till en eller flera personer i primärvården har flera undersökningar påvisat låg grad av relationell kontinuitet (se kapitel 5). Endast cirka 40 procent av patienterna har en fast läkarkontakt i primärvården (SOU 2018:39) och endast drygt 20 procent har en fast vårdkontakt. Samtidigt visar undersökningar att cirka 7 av 10 patienter upplever att det är viktigt att få en fast vårdkontakt.

Listningen bör fortsatt ske på utförarnivå för att ta tillvara primärvårdens styrkor

Förklaringen till ovan beskrivna situation ligger till stor del i underkapaciteten i primärvården (se kapitel 6). Utredningen bedömer att med hänsyn till hur primärvården är resurssatt och organiserad i dag är listning på utförarnivå det enda realistiska och genomförbara alternativet. Listning på utförarnivå förenar det som i dag är realistiskt och ger tillräcklig flexibilitet för en diversifierad vård där kontinuitet erbjuds och används när det bedöms vara effektivt.

I det sammanhanget är det viktigt att den svenska primärvården i ännu högre grad tar fasta på sina styrkor, vilket i internationell jämförelse är att den är bred och multiprofessionell. Ibland är det läkar-kompetensen som bäst möter patientens behov, i form av en *fast läkarkontakt*. Ibland är det mer motiverat att patienten har en *fast vårdkontakt*, i form av t.ex. en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog eller genom ett *”fast vårdteam”*. Inget av arbetsätten utesluter något annat men det ökar förutsättningarna för en personcentrerad vård som är anpassad efter individens behov. En sådan ansats ligger också i linje med den rapporterade ökningen till primärvården av patienter med besvär i rörelseapparaten eller psykisk ohälsa, där andra professioner än läkare kan vara mer relevanta för patienten.

Arbetet behöver organiseras för att stärka personlig kontinuitet

För att kunna erbjuda personlig kontinuitet behöver vården hos respektive utförare använda arbets sättet att knyta patienten till en namngiven läkare och annan profession hos utföraren (vårdteam). Detta ger i sin tur utförarna bättre förutsättningar för att leva upp till lagstiftningens krav på fast läkar- respektive vårdkontakt i primärvården.

Specialister i allmänmedicin har högst formell kompetens i primärvården. Allmänmedicin är en bred kompetens väl lämpad att medicinskt leda primärvården, och det kommer därmed i många fall vara naturligt att lista patienten hos en läkare. Samtidigt är en av grunderna för ett mer effektivt system att vården behöver bli bättre på att omfördela arbetsuppgifter utifrån lägsta och bästa effektiva omhändertagandenivå. Det är också slutsatsen från betänkandena *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Den förstnämnda utredningen avfärdade t.ex. alternativet att återinföra begreppet patientansvarig läkare i lagstiftningen med hänvisning till att relationell kontinuitet inte kan lagstiftas fram, utan är avhängig sättet att organisera vården och arbets sätten. Vi delar den bedömningen och menar att det viktiga är att skapa en mer förutsebar, stabil och långsiktigt hållbar primärvård där det ges förutsättningar att arbeta kontinuitetsbaserat och teambaserat.

Vi vet för lite om hur verksamheter organiserar arbetet, men den låga andelen svenskar som uppger att de har en fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt kan ge en fingervisning om att majoriteten av primärvårdsverksamheterna ännu inte organiserar arbetet utifrån kontinuitet som bärande princip. Våra samtal med många aktörer i vården visar också att varken landstingens styrning eller uppföljning av vården verkar främja kontinuitet. Kanske finns inte personliga incitament för en egen lista i det nuvarande systemet men att vilja eller få ta personligt ansvar om styrning, organisation och arbets sätten tillåter kan å andra sidan vara incitament nog.

Till detta kommer de förslag som lämnats i SOU 2018:39 med inriktning mot att stärka möjligheterna till fast läkarkontakt, bl.a. genom tydligare krav på detta i uppdragsbeskrivningar och en resursförstärkning av primärvården.

Val av fast läkarkontakt ska ske där patienten är listad

Som en följd av utredningens förslag bedömer vi att det bör tydliggöras i lagstiftningen att det är hos den utförare i primärvården där patienten är listad som patienten kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Det innebär i praktiken sannolikt ingen större förändring mot dagens situation. Men ändringen signalerar för patienter och verksamheter att det är där patienten är listad som hen kan förvänta sig kontinuitet. Detta innebär också att de krav på information till patienten som regleras i patientlagen bör justeras för att återspegla detta förhållande.

Listningssystemets förhållande till målet om jämlik vård samt kommunallagens likställighetsprincip

Till utredningen har framförts uppfattningen att ett system som utgår från listning och där den som är listad ges fördelar i form av kontinuitet och en enhetlig patientavgift (se vidare bl.a. avsnitt 17.1.7 och 17.4.2) riskerar att göra vården mindre jämlik. En del i ett sådant resonemang handlar om att det nuvarande systemet där valfriheten är obegränsad och där valet av utförare inte ger några särskilda fördelar också innebär jämlikhet. Som utredningen utvecklat i kapitel 6 finns risker med det nuvarande systemet när det gäller både en jämlik och behovsbaserad vård. Det finns enligt vår mening indikationer på att vårdvalet inte gynnat de med störst behov. Vi bedömer att vår föreslagna reform kommer att främja relationell kontinuitet vilket skapar bättre förutsättningar för en vård på lika villkor där den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ges företräde till vården.

Enligt 2 kap 3 § kommunallagen (2017:725) ska kommuner och landsting behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Utredningen uppfattar att ett system som bygger på listning inte strider mot likställighetsprincipen. Vår förväntning är att samtliga individer kommer att listas vid utförare, antingen genom det egna valet eller genom s.k. passiv listning på ett ickevalsalternativ. De fördelar som utredningen i de kommande avsnitten menar bör följa av att individen är listad hos en utförare är således desamma för alla i landstinget, dvs. alla lika fall behandlas lika. Att dessa fördelar som följer av att vara listad däremot inte finns om patienten väljer att göra besök som olistad innebär inte att olik-

behandling föreligger. Även i det fallet kommer alla sådana fall att behandlas lika.

Förslag till ny och ändrad lagstiftning

Mot bakgrund av ovanstående samt vad som i övrigt har anförts i kapitel 6, ser utredningen att det finns behov av att i den bestämmelse som definierar vårdvalssystemet, 7 kap. 3 § HSL, införa ändringar som innebär att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning och att det är hos denna utförare som patienten kan få välja fast läkar- eller vårdkontakt. Eftersom patientens möjlighet att välja fast läkarkontakt också regleras i 6 kap. 3 § PL, ser utredningen att det behövs en följdändring även i denna paragraf, dvs. att patienten ska få möjlighet att välja fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården där patienten är listad.

Eftersom författningsstrukturen för patientens möjlighet att få en fast vårdkontakt utsedd (se 6 kap. 2 § PL) är annorlunda utformad än vad som gäller för fast vårdkontakt, bedömer utredningen att det inte behövs några följdändringar i den bestämmelsen.

I 9 kap. 1 § PL regleras patientens rätt till val av utförare inom offentligt finansierad öppen vård. Även denna paragraf behöver en följdändring med hänsyn till listningskravet. I och med att förslaget om listning inte bör omfatta hela den offentligt finansierade öppna vården, föreslår utredningen att det i stället ska införas en ny 2 § (och även en ny 3 §, se förslag nedan) i kapitel 9, där val av utförare genom listning, på motsvarande sätt som i 7 kap 3 § HSL, tydliggörs men där också primärvården urskiljs från övrig offentligt finansierad öppen vård. Angående detta förslag se även avsnitt 17.3.1.

Med hänsyn till ovanstående författningsändringar ser utredningen det nödvändigt att även informationen gentemot patienten behöver förstärkas och tydliggöras när det gäller möjlighet för patienten att få en fast läkarkontakt. Därför föreslås ändringar i 3 kap. 2 § (ny punkt 2) som innebär att patienten även ska få information om möjligheten att få välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad.¹

¹ Jfr även SOU 2018:39 med förslag till ändring i 3 kap. 2 § punkten 2 PL som utredningen i sak ställer sig bakom.

17.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen ska införas en ny skyldighet för landstingen att tillhandahålla en listningstjänst. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska få meddela närmare föreskrifter om listningstjänstens innehåll.

I patientlagen införs en ny bestämmelse med informations-skyldighet gentemot patienten om den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten.

I hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny paragraf med närmare bestämmelser om listningstjänsten, som ska utgöra en tjänst som för patienten möjliggör genomförande av listning samt som informerar patienten om samtliga listningsbara utförare och om deras tillgänglighet för listning.

Utredningens rekommendation: Landstingen bör gemensamt ansvara för att, via en nationell aktör, tillhandahålla en nationell listningstjänst som för hela landet samlat administrerar listning, om-listning och kösystem vid begränsning av lista. I dagsläget kan 1177 efter beslut av landstingen gemensamt vara denna nationella aktör.

Landstingen bör gemensamt ansvara för att tillhandahålla en nationell portal med vårdvalsinformation riktad till patienter. Huvudmän bör ställa krav på utförare att tillhandahålla relevant information samt att rikta särskild information till den listade populationen.

Skälen för utredningens förslag och rekommendationer: En återkommande kritik mot vårdvalssystemen rör bristen på för patienten lätt tillgänglig och jämförbar information om valmöjligheter. Vårdanalys studie några år efter det obligatoriska vårdvalets införande visar att en tredjedel av de som inte har bytt vårdcentral uppger avsaknad av tillräcklig information om andra vårdcentraler som orsak (2013a). De som funderar på att byta vårdcentral anger i högst utsträckning att avsaknad av information är ett skäl till att inte byta. Parallellt med detta vet vi att många värderar god tillgänglighet hos utföraren.

Samma brist på transparens återkommer i landstingens befintliga tjänster för listning. I takt med att listningsbegränsningar på olika

sätt har införts i flera av landstingen har också behovet av att upprätthålla någon form av kösystem uppstått. Men i de befintliga systemen är det för patienten otydligt hur man ställer sig i kö, hur kön hanteras och om det finns någon som tillförsäkrar ett turordningsbaserat urval.

Inte heller är landstingens nuvarande tjänster för listning samordnade på ett adekvat sätt. En följd av detta är som framgår av avsnitt 8.2 att patienten kan vara listad i flera landsting samtidigt.

Listningstjänst

En viktig förutsättning för utredningens föreslagna system där patienten väljer genom att lista sig och där det finns möjlighet till begränsning av utförarens lista (se avsnitt 17.1.6) är att patienten på ett enkelt, transparent och likvärdigt sätt kan lista sig, lista om sig, ställa sig i kö hos utförare samt få relevant och uppdaterad information om alla dessa delar för varje utförare – ledig kapacitet, dvs. hur många platser på en lista som finns samt om det finns kö, hur lång kön är. Det innebär att landstingen behöver inrätta en listningstjänst för patienternas val av utförare. Ett liknande sådant system finns bl.a. i Norge till stöd för patientens val av fastläkare.

Om listningen inte sker genom direktkontakt med en utförare utan genom en listningstjänst bedömer utredningen att krav på transparens och rättvisa (turordning) kan upprätthållas. Listningstjänsten kan med fördel vara webbaserad (som i flera fall i dag) men med möjlighet för de individer som inte kan eller vill använda webben, att göra sitt val på annat sätt.

Utöver de mer uppenbara nyttorna för patienten med öppet system för listning finns det andra skäl på systemnivå att införa ett sådant system. Utredningen bedömer att ett system som på ett transparent och sammanhållet sätt uppvisar utbudet och som ger en bild av behovet eller efterfrågan kan ha betydelse för systemet i sin helhet där det tydligare framgår om utbudet matchar behoven, vilket kan ge underlag för prioriteringar.

Landstingen har redan i dag olika system eller tjänster för listning, både för att hantera patientens valfrihet och för att administrera ersättningar till utförarna. Såvitt framkommit ser de olika tjänsterna olika ut men i princip saknas den transparens som utredningen ser

som väsentlig i ett system med listning. Utredningen bedömer att det behöver bli tydligare vilka de listningsbara utförarna är samt deras tillgänglighet för listning.

Mot bakgrund av att listningstjänsten starkt hänger samman med vårdvalssystemet, som är varje landstings ansvar, bedömer vi att varje landsting ska ha ansvar för att tillhandahålla listningstjänsten.

Information om listningstjänsten ska lämnas till patienten

Utredningen ser listningstjänsten som navet i patientens utövande av sin valfrihet i primärvården. Det är därmed viktigt att landstingen informerar om tjänsten på olika lämpliga sätt. En skyldighet att göra detta bör föras in i patientlagen.

Listningstjänsten bör vara nationell

Även om ansvaret för listningstjänst vilar på vart och ett av landstingen ser utredningen att det finns starka skäl för landstingen att samordna sina insatser. Utredningen rekommenderar landstingen att gemensamt ansvara för att tillhandahålla en *nationell* listningstjänst som för hela landet samlat administrerar listning, omlistning och kösystem vid begränsning av lista. I dagsläget kan 1177 efter beslut av landstingen gemensamt vara denna nationella aktör.

Ett nationellt listningssystem med denna inriktning är sedan länge under utveckling, vilket har varit starkt efterfrågat redan i dagens system (se avsnitt 8.2). På uppdrag av landstingen gemensamt har Inera tagit fram en projektplan för ett nationellt listningssystem och sammanfattar behovet av utveckling enligt följande:

För att den här processen ska kunna digitaliseras, krävs ett nationellt samordnat informationsutbyte. Projektets lösning innebär att invånarna gör listningen genom 1177 Vårdguidens e-tjänster. När en invånare listar sig i ett annat landsting, kommer information att utbytas mellan landstingshuvudmännen via Nationella tjänsteplattformen. Informationsutbytet sker genom anslutning av landstingens listningssystem till plattformen. För att en utomlänslistning ska kunna göras behöver båda landstingen vara anslutna till Nationella tjänsteplattformen, dvs. både landstinget där invånaren är mantalsskriven och där den önskade vårdgivaren finns.

I de bedömningar som gjorts tidigare framkommer bl.a. behovet att nå ett *gemensamt* system som underlättar för patienter och huvudmän och som understödjer att patienten kan välja utförare i eller utanför sitt hemlandsting.

Visserligen bör det vara upp till landstingen själva att bedöma vilka åtgärder som behöver vidtas för att upprätta en listningstjänst men utredningen bedömer att det inte minst av effektivitetsskäl finns anledning att utgå från det arbete som redan påbörjats.

Förslag till ny och ändrad lagstiftning

Med hänsyn till ovanstående, samt till vad som anförts i kapitel 5 och 6 föreslår utredningen att det i ett nytt andra stycke i 7 kap. 3 § HSL införs en skyldighet för landstinget att tillhandahålla en öppen listningstjänst. För närmare bestämmelser om denna listningstjänst och dess innehåll hänvisas till en ny föreslagen 7 kap. 3 i hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF).

I den föreslagna paragrafen 7 kap. 3 § HSF regleras att listningstjänsten ska utgöra en tjänst som för patienten möjliggör genomförande av listning och som informerar patienten om samtliga listningsbara utförare och deras tillgänglighet för listning.

Eftersom det i dag ännu inte är tillräckligt utrett hur och exakt vad som ska ingå i den föreslagna listningstjänsten, ges Socialstyrelsen i andra stycket ett bemyndigande att meddela föreskrifter om drift och administration av listningstjänsten. Tillika ser utredningen att patienterna är i behov av att erhålla tydlig information om den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten, varför en ny informationsbestämmelse föreslås i 3 kap. 2 § punkten 3 i PL som innebär att patienten även ska få information om denna listningstjänst.

En listningstjänst bör vara en del i en bredare portal med vårddvalsinformation

Som beskrivs i avsnitt 5.5.4 finns redan i dag viss information från landstingen till stöd för patientens val samlad på 1177. Som konstaterats är det en bekymmersam utveckling att den tidigare något mer utvecklade informationen till patienter om utförare samt möjligheten att jämföra utförare numera har tagits bort från 1177.

Utredningen bedömer att mycket av den *tidigare* informationen var bra. Det finns därmed skäl att återinföra den informationen och de möjligheter till jämförelse av utförare som fanns samt att bygga vidare på och utveckla den informationen under en gemensam *portal med vårdvalsinformation*, där listningstjänsten ingår. I portalen ska patienten kunna se alla vårdvalsutförare men också kunna välja att se utförare nära sig, via exempelvis en kartfunktion. Information som bör finnas i portalen är t.ex.:

- Hur patienten gör för att välja utförare, dvs. hur listningstjänsten fungerar, samt hur patienten gör för att ändra sitt val.
- Om utförarens lista är begränsad ska där också finnas tydlig och transparent information om hur man ställer sig i kö och hur många som i nuläget väntar på att få en plats.

I portalen ska det finnas information om de utförare som är valbara genom listning, t.ex. information om:

- Kontaktvägar och öppettider i olika situationer såsom telefonnummer, app, drop-in m.m., inklusive till eventuella underleverantörer.

Vidare bör i portalen finnas:

- Information om att patienten kan välja en fast läkarkontakt eller vårdkontakt samt när och hur detta val kan göras.
- Möjlighet att vid valtillfället göra val av fast läkar- eller vårdkontakt.
- Information om utförarens personal.

Det är vidare viktigt att informationen anpassas, t.ex. vad gäller funktionsvariation, och att den ges på andra språk än svenska.

Utredningen bedömer att det vore önskvärt att kunna tillhandahålla vissa kvalitetsdata som underlag för patientens val. Olika former av patientnöjdhet uppmätt i nationella enkäter skulle kunna vara en sådan parameter. Detta skulle t.ex. kunna utgå från den nationella plattform för strukturerade patientrapporterade mått som byggs upp för närvarande (se avsnitt 5.5.2). Medicinska resultatutfall vore också tänkbart. Problemet för de senare är dock s.k. case-mix, som påverkar förutsättningarna. Ett annat problem är att uppnå tillräck-

liga volymer så att eventuella skillnader har förutsättningar att bli signifikanta. Om den nationella portalen ska tillhandahålla kvalitetsdata som underlag för val kommer det enligt utredningen kräva särskilda överväganden av landstingen. Den nya kunskapsstyrningsorganisation som landstingen för närvarande gemensamt bygger upp skulle kunna ges i uppdrag att arbeta med frågan.

17.1.4 Utföraren där patienten är listad bör ha hög tillgänglighet och vara patientens första kontakt med primärvården

Utredningens rekommendation: Huvudmännens styrning bör inkludera incitament för att uppmuntra att patienten i första hand vänder sig till den utförare där denne är listad, även vid akuta behov som inte kräver akutsjukhusets resurser. Detta ställer nya och höga krav på utförare vad gäller tillgänglighet.

Skälen för utredningens rekommendation: Även om merparten av primärvårdens verksamhet har en elektiv karaktär hanteras många mer eller mindre akuta fall i primärvården. Sedan länge förekommer olika sätt att svara upp mot detta, bl.a. genom att erbjuda (oftast ett fåtal) akuttider samma dag. För akuta behov både på och efter kontorstid finns även jourcentraler, närakuter, lättakuter och liknande lösningar för att tillgodose akuta behov som inte kräver akutsjukhusets mer omfattande resurser.

I delbetänkandet av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39) bedöms att primärvården behöver ta ett större ansvar för att fullgöra även brådskande hälso- och sjukvårdsinsatser som kan hanteras på primärvårdsnivå. Inom det nationella grunduppdraget för primärvården som föreslås i betänkandet ska primärvården svara för sådan brådskande hälso- och sjukvård som av kvalitets- eller effektivitetsskäl inte kräver särskilda tekniska resurser eller annan specialistkompetens.

Inriktningen är således att primärvården i första hand och så långt möjligt ska hantera de akuta behov som finns i befolkningen. I det system som vi föreslår har patienten en tydlig förstahandskontakt och ingång hos den utförare där hen har valt att lista sig. Huvudregeln är därmed att patienten i första hand använder sin valda

utförare för kontakt och besök i primärvården. Det ökar förutsättningarna för bättre effektivitet genom personkontinuitet och minskar risken för flera besök hos olika vårdgivare för samma besvär.

Det är viktigt att utförare utvecklar olika kontaktvägar in i vården, bl.a. genom utveckling av digitala vårdtjänster samt att utförare hittar tydligare strategier för att hantera akuta flöden i primärvården. Landstingen behöver ställa betydligt högre krav på både fysisk och digital tillgänglighet (se vidare avsnitt 17.3.2). En viktig del för att nå det kommer att vara att stärka primärvårdens resurser (se vidare avsnitt 17.1.9 och 17.4.3).

17.1.5 Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år

Utredningens förslag: I patientlagen införs en paragraf som innebär att omval av utförare får ske två gånger per år om det inte finns skäl för annat.

Skälen för utredningens förslag Det grundläggande syftet med att införa ett vårdvalssystem i primärvården var att *stärka patienternas valmöjligheter*. I tillämpningen av vårdvalssystemen har som konstaterats ovan denna valfrihet kommit till uttryck dels genom att patienten kan lista sig och fritt lista om sig hos utförare, dels genom att patienten kan göra besök hos någon annan än sin utförare (s.k. ”otrohetsbesök”).

Genom konstruktionen av vårdvalet är det i dag inte ovanligt med ”tillfälliga besök” i primärvården. Dessa kan uppstå genom att patienten väljer att lista om sig (vilket i princip kan ske vid varje nytt besök i primärvården) eller genom att patienten för tillfället väljer att besöka en annan utförare än den där patienten är listad, ett s.k. ”otrohetsbesök”. Eftersom praxis är olika avseende om en utförare ”kräver” att patienten ska lista om sig är det tämligen oförutsebart vad som blir en omlistning eller ”otrohetsbesök”. Ur patientens perspektiv har det inte heller någon betydelse eftersom det varken finns fördelar kopplade till att vara listad eller någon begränsning av antalet omlistningar eller antalet otrohetsbesök hos olika utförare. Ur utförarnas perspektiv kan det däremot ha stor betydelse beroende på flera olika faktorer i ersättningssystemen, t.ex. kapiteringsersättning,

kostnadsansvar, besöksersättning för listad respektive olistad patient, om patienten är en utomlänspatient (se kapitel 5 och 6).

I de data utredningen fått ta del av varierar andelen otrohetsbesök kraftigt mellan olika vårdcentraler och mellan olika landsting. Vissa enskilda vårdcentraler har en majoritet besök av olistade patienter och i de studerade landstingen varierar andelen otrohetsbesök mellan knappt 3 procent i Dalarna och drygt 20 procent i Stockholm. I de tidiga studierna av omlistningar framgick att upp till 30 procent listar om sig under ett år vilket signalerade en stark rörlighet. Senare uppgifter tyder på att rörligheten har minskat, cirka 10 procent listar om sig två gånger eller färre på ett år.

De individer som har mycket frekventa omlistningar verkar vara relativt få men det saknas vad vi kunnat se närmare analyser av dessa grupper, t.ex. när det gäller rörlighet genom kombination av omlistningar och otrohetsbesök. De mer anekdotiska beskrivningar som lämnats utredningen när det gäller individer med hög rörlighet gäller t.ex. våld i nära relationer, bl.a. barn som far illa och där rörligheten används för att undvika orosanmälningar. Andra exempel som nämns rör grupper med olika former av missbruk.

Patienten ska kunna lista om sig två gånger per år

Utredningen bedömer att det är angeläget att bevara den grundtanke med vårdalet som innebar en ökad patientmakt med utrymme för patientörlighet, t.ex. vid missnöje eller av andra skäl. Även i det av utredningen föreslagna nya systemet måste det därför finnas utrymme att utöva valfriheten. Samtidigt ska poängteras att syftet med det nya föreslagna systemet med listning är att skapa bättre förutsättningar för ett mer sammanhängande och stabilt system som i större utsträckning bygger på kontinuitet för patienten. Den möjlighet som finns att därvid bättre fånga upp de riskgrupper som nämndes ovan är särskilt viktig.

För att ett sådant system ska vara möjligt bedömer vi att det är angeläget att minska andelen ”tillfälliga besök” i vården. Det är också angeläget att inte obegränsade omlistningar ersätter besöken utanför den utförare där patienten är listad. Utredningen bedömer att det är en viktig ansvarsprincip att patienten är knuten till sin vårdcentral och att patienten gör valet på förhand. För vårdgivare ger det förut-

sättningar för ökad långsiktighet och stabilitet, vilket skapar bättre förutsättningar för patientsäkerhet och kontinuitet.

Det ska inte förekomma att man (som nu) försöker tvinga patienten att lista om sig när hen tillfälligt besöker en annan vårdcentral. Utgångspunkten i systemet bör vara långsiktiga relationer som bygger på kontinuitet snarare än konsumtion av vård, där det är möjligt med ett val vid varje vårdtillfälle.

Utifrån de uppgifter som utredningen redovisat om omlistningar i dagens system kommer den stora majoriteten patienter att lista om sig maximalt två gånger per år. Det motsvarar också den gräns som finns i t.ex. Norge när det gäller möjligheten att byta fastläkare. Utredningen ser en gräns som innebär att patienten kan lista om sig två gånger per år som en lämplig kompromiss mellan å ena sidan en bevarad valfrihet och å andra sidan stärkta förutsättningar för patientsäkerhet och kontinuitet. För de flesta patienter torde således begränsningen av antalet omlistningar inte innebära någon större praktisk skillnad. Det bör också betonas att en patient alltid kan be om att få byta läkare eller annan behandlande personal inom en och samma utförare om patienten är missnöjd. Många gånger kan det säkerligen vara en mer konstruktiv lösning än att helt byta utförare.

För bl.a. riskgrupper med frekventa omlistningar och besök utanför den vårdcentral där man är listad har förändringen konsekvenser som både ur ett individ- och samhällsperspektiv får ses som positiva.

Skäl för fler omlistningar

Under vissa omständigheter kan det finnas skäl för en patient att vilja byta utförare fler än två gånger under ett år. Det mest uppenbara exemplet är att patienten flyttar och byter adress flera gånger under året. Det kan också handla om att patienten har en fast läkare eller annan vårdkontakt som byter arbetsplats och som patienten därmed önskar ”följa med”. Det kan också röra sig om andra, personliga eller medicinska skäl som föranleder behov av byte av utförare. Det bör således vara möjligt att lista om sig fler än två gånger på ett år om sådana skäl föreligger. En prövning bör göras av landstinget, där utredningen förordar en pragmatisk hållning med hänsyn till syftet med förslagen i denna del samt i avvaktan på riktlinjer eller föreskrifter från Socialstyrelsen avseende hur denna fråga ska hanteras i

den föreslagna listningstjänsten. Patienten ska också kunna vända sig till Patientnämnden, vilken inom ramen för sitt uppdrag enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, bör vara patienten behjälplig i situationer där landstingets prövning av patientens skäl skulle gå patienten emot.

Förslag till ny och ändrad lagstiftning

Med anledning av ovanstående, samt med hänsyn till vad som anförts i kapitel 5 och 6 föreslår utredningen att det i kapitel 9 i patientlagen införs en ny 3 §, i vilken regleras att patientens omval av utförare får ske två gånger per år, om det inte finns skäl för annat.

17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny bestämmelse som innebär att landstinget får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.

Utredningens rekommendation: Landstingen bör utifrån ovanstående förtydliga rätten till samråd kring listningsbegränsning. Landstingen bör också gemensamt utifrån bl.a. patientsäkerhet, arbetsmiljö och tillgänglighet, t.ex. inom ramen för kunskapsstyrningen, arbeta med rekommendationer kring en realistisk storlek på utförarnas uppdrag. För att prioritera en behovsstyrd och jämlik vård är det viktigt att bl.a. socioekonomi och ålder tas med som underlag för uppdragets omfattning.

Skälen för utredningens förslag och rekommendation: Som framgår av kapitel 6 är ett av de största upplevda problemen bland utförare i primärvården i dag att det normalt inte finns något sätt att begränsa utförarens åtagande. Till skillnad från andra jämförbara länder, t.ex. Norge där det finns angivet både i lag och i avtal vilket spannsom en utförare verkar inom, är inflödet av patienter oreglerat i den svenska primärvården. Det skiljer även den svenska vården från

t.ex. skolan där privata utförare själva avgör verksamhetens dimensionering.

Den rådande ordningen i primärvården är i stället att det är patientens valfrihet som styr inflödet av patienter till utföraren. En följd av detta är att det övergripande planeringsansvar som vilar på landstingen i hög grad tryckts ned till utförarna i primärvården. Den enskilde utföraren får därmed ta ansvar för ändrade patientströmmar och dimensionering. Det verkar variera i vilken mån utförares totala lista är föremål för dialog med huvudmannen och i vissa landsting verkar det saknas samrådisklausuler om avtalsförutsättningarna och dialogmöjligheter.

Det dominerande ersättningssystemet med kapitering innebär visserligen att utförarna vid en tillströmning av listade patienter också får ökad ersättning. Ur styrningssynpunkt är det dock ett reaktivt system snarare än ett system med ett proaktivt planeringsansvar. Detta innebär för utföraren en osäker situation utan långsiktighet. Även om ersättningen höjs är det inte på något sätt givet att det snabbt går att skala upp vare sig personal eller lokaler. Under utredningens arbete har det framkommit att det finns tydliga arbetsmiljöproblem kopplade till både att belastningen vid enskilda utförare är alldeles för stor och att det är demoraliserande att uppleva att det inte går att kontrollera sin verksamhet (se avsnitt 6.2.4). Tillgänglighet är ett exempel där det övergripande ansvaret ligger på systemägaren men där problemet riskerar förskjutas till utföraren om man tvingas ta hand om fler patienter än man har personella eller lokalmässiga resurser för. När tillgängligheten försämras faller förtroendet för hälso- och sjukvården. Även patientsäkerheten riskeras när resurserna inte räcker till.

Listningsbegränsningar ska kunna införas

Som framgår i avsnitt 6.5 har ett antal landsting redan beslutat att införa s.k. listningstak men hittills har de rättsliga bedömningarna om tillåtligheten av detta gått isär. Utredningen bedömer mot ovan bakgrund och utifrån behovet av en mer förutsebar och enhetlig tillämpning inom ramen för vårdvalssystemen att det finns skäl att i lagstiftningen införa en uttrycklig möjlighet att tillämpa begränsningar av en utförares lista.

Utredningens bedömning är att det inte finns skäl att införa *obligatoriska* listningsbegränsningar. Landstingens olikheter vad gäller geografi, demografi och de olika prioriteringar som görs medför att relationen mellan resurser och behov varierar i relativt hög grad. I vilken mån en utförare har en verksamhet ”i balans” verkar bero på en rad faktorer, t.ex. kan omlistningar vara ett fenomen som är uttalat i tätbebyggda områden men obefintligt i glesbygd, där problemen snarare kan handla om kompetensförsörjning. Listningsbegränsningar ska därmed kunna införas om det finns skäl till det.

Listningsbegränsningar bör återspegla en rimlig relation mellan resurser och åtagande

Utredningen vill betona att ett grundläggande element i samtliga utförares uppdrag bör vara en *rimlig* relation mellan de resurser som finns och utförarens förväntade åtagande. Efter vårdvalssystemens införande och att ”områdesansvaret” luckrades upp synes denna relation ha blivit något vag.

I betänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) föreslås t.ex. att Socialstyrelsen bör få meddela föreskrifter om fast läkarkontakt, t.ex. avseende hur många patienter en fast läkarkontakt bör ansvara för. Utgångspunkten i sådana överväganden bör vara både patientsäkerhet och arbetsmiljö. I tidigare beräkningar angavs ofta att ett lämpligt åtagande är cirka 1 500 patienter per läkare i primärvården medan variationen kan vara stor i andra länder, t.ex. Norge och Danmark. När det gäller den svenska primärvården finns dessutom andra professioner och teamarbete som också påverkar hur många patienter en utförare bör ha på sin lista. Andra faktorer såsom socioekonomi och ålder hos patienterna påverkar också.

Slutligen kommer omställningen till en digifysisk vård i viss mån att påverka detta men det är i nuläget svårt att bedöma hur långtgående den påverkan blir. I det sammanhanget bör påpekas att å ena sidan kan traditionella fysiska utförare som i ökad grad använder digitala verktyg eventuellt öka sin kapacitet något. Å andra sidan kommer, som anges i avsnitt 17.3.2, utförare med digital profil att behöva garantera möjligheten till fysisk vård vilket givetvis kommer innebära en begränsning av antalet patienter som kan vara listade.

Allt detta innebär att det inte är lämpligt att i lagstiftning ange de närmare ramarna för när det finns skäl för listningsbegränsning utan detta bör bestämmas i en diskussion mellan parterna.

Initiativ till listningsbegränsningar ska kunna tas av båda parter

Den lokala utformningen kring listningsstorlek bör förhandlas mellan landsting och utförare, där patientsäkerhet och arbetsmiljö bör vara i fokus utifrån lokala förutsättningar. En listningsbegränsning får inte användas för att hindra en utförare från att växa på ett patientsäkert sätt. Inte heller får en utförare som visar på en alltför stor belastning och brister i patientsäkerhet eller arbetsmiljö nekas en sådan begränsning. Ytterst är det viktigt att landstinget tar ansvar för att utförare inte har fler patienter än man realistiskt kan ge fysisk vård. Utredningen bedömer att landstingen i uppdraget och i dialog med utförarna behöver förtydliga relationen mellan uppdraget och åtagandet samt att endera parten ska kunna ta initiativ till en dialog om att införa en begränsning av antalet listade patienter hos utföraren. Utredningen bedömer att utförare bör kunna begära samråd i frågan. För landstinget finns, i egenskap av systemägare och uppdragsgivare, i princip denna samrådsrätt redan. Ytterst blir det, om samrådet slutar i en konfliktsituation, landstinget som har beslutsrätten. Utredningen gör bedömningen att det inte finns skäl att införa en uttrycklig möjlighet till överprövning av sådana beslut. Ytterst handlar detta om en civilrättslig avtalsrelation för att fullgöra ett offentligt uppdrag, där det ligger i båda parter intresse att gemensamt komma fram till vad som krävs för att upprätthålla en god och säker hälso- och sjukvård och en god arbetsmiljö. Utförarens ställning kan tyckas svag i denna avtalsrelation, men det finns anledning påpeka att såväl avseende patientsäkerhet som arbetsmiljö finns statliga tillsynsmyndigheter dit en utförare kan vända sig. Frågan om listningsbegränsning är således en fråga som har betydelse även för staten i dess roll som ytterst ansvarig för dessa frågor.

Landstingen bör tydliggöra i sina vårdvalsupphandlingar att ett visst antal platser alltid måste finnas öppna för ickevalspatienter, nyinflyttade etc. Dvs. en lista kan inte vara totalt stängd.

Landstingens övergripande ansvar

En invändning mot införande av listningsbegränsningar är att ett mer omfattande införande av sådana begränsningar riskerar att lämna en relativt icke obetydlig andel av befolkningen utanför listan, se avsnitt 6.5. Finns det risk för en ojämlig tillgång till hälso- och sjukvården? Utredningen menar att denna risk finns redan i dag och inte kommer öka genom att ta upp frågan om eventuell begränsning av en utförares lista. Ytterst handlar detta om den ganska kraftiga underdimensionering av primärvården som råder redan i dag. Som påpekats tidigare har det funnits en form av förnekelse av problemet och en närmast naiv tro på att vårdvalssystemet skulle lösa problemet. Resultatet är dock att problemen trycks ner på utförarnivå. Ett syfte med förslagen i detta betänkande är att ”återföra” ansvaret för att dimensionera vården till landstingen, som har det övergripande planeringsansvaret. Vi menar att det av patientsäkerhets- arbetsmiljö- och rättviseskäl inte är långsiktigt hållbart att upprätthålla ett system där utförare får ta ansvaret för primärvårdens underdimensionering. Den påbörjade omstruktureringen mot nära vård kommer att vara viktig för att styra mot jämlikhet.

Förslagen innebär rättsligt sett inte något utökat ansvar för landstingen. Under utredningens arbete har dock framkommit att landstingen, för att i realiteten kunna ta sitt planeringsansvar, många gånger behöver bli bättre på att göra analyser av utbud och behov på befolkningsnivå och nedbrutet på lokal nivå. Den listningstjänst som utredningen föreslår kommer att kunna utgöra ett stöd i detta arbete genom att den ökar transparensen i listningen.

Behov av fortsatt kunskapsutveckling

Både de ovan refererade skrivningarna i SOU 2018:39 och de många faktorer som kan påverka åtagandets omfattning gör att det kan finnas skäl att stärka kunskapsunderlaget i denna fråga. Vi bedömer att det skulle kunna vara en fråga för landstingens gemensamma modell för kunskapsstyrning, t.ex. inom det nationella primärvårdsrådet. Åtagandets omfattning och listans storlek handlar också om vård efter behov. Genom att bl.a. knyta socioekonomi, sjuklighet och ålder till åtagandet och listans omfattning, kan behovsstyrd och jämlik vård prioriteras högre.

Förslag till ny lagstiftning

Med hänsyn till ovanstående samt vad som anförts i kapitel 6 föreslår utredningen därför att det i 7 kap. 3 § HSL, dvs. den bestämmelse som definierar vårdvalssystemet, införs i tredje stycket en bestämmelse som anger att landstinget får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.

17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdsförordningen ska införas en ny bestämmelse om att vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare i primärvården där patienten är listad.

Utredningens bedömning: Vårdgarantin bör fortsatt endast gälla den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Som konstaterats i avsnitt 6.2.3 finns det en stark koppling mellan tillgänglighet och befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Patienter måste kunna lita på att de får kontakt med och vid behov bedömning av den valda utföraren inom rimlig tid. Den nuvarande utformningen av vårdgarantin uttalar endast ett övergripande ansvar för landstinget utan koppling till verksamheterna. Det finns skäl att tydligare knyta samman patientens val med det som kan förväntas av vården när det gäller bl.a. tillgänglighet. Utredningen bedömer därför att de delar i vårdgarantin som avser primärvården bör knytas till den utförare i primärvården där patienten är listad. En sådan ändring skulle tydliggöra dels att ansvaret för en enskild utförare i första hand avser den egna listan av patienter, dels att patienten kan förvänta sig tillgänglighet framför allt där hen är listad.

Nuvarande ordning kan grovt uttryckt sägas innebära att alla vårdcentraler i ett landsting i teorin bör ha en beredskap för att svara i telefon från alla patienter i landstinget dagligen och inom tre dagar ha möjlighet att ta emot samma antal. Detta är inte rimligt och

ytterligare ett exempel på att ett ansvar läggs på utföraren i stället för på systemägaren. Det bör därför tydligare framgå gentemot vem en utförare har en skyldighet att uppfylla vårdgarantin. Med en sådan skyldighet kommer valet av listning verkligen få betydelse för patienter vad gäller tillgänglighet, vilket vårdvalssystemen i dag saknar. Det ger också ett ökat incitament till kontinuitet, vilket som tidigare framhållits är centralt såväl ur patientperspektivet som systemperspektivet.

Om vårdvalet verkligen ska få betydelse för patienten bör utföraren mer specifikt följas upp på tillgänglighet gentemot de patienter som har anförtrott utföraren att utföra deras vård. Vårdgarantin är fortsatt landstingens ansvar men de bör följa upp utförarna på den i relation till den listade populationen. Landstingen måste då ställa tydliga krav på detta i vårdvalsupphandlingarna.

Förslag till ändrad lagstiftning

Med hänsyn till ovanstående ser utredningen ett behov av att införa ett nytt stycke i 6 kap. 1 § HSF, i vilket regleras att vårdgarantin såsom den regleras i 1 § punkten 1 och 2 HSF, ska gälla hos den utförare hos vilken patienten är listad.

Vårdgarantin bör fortsatt endast gälla inom ett landsting

Den nuvarande utformningen av utomlänsvården innebär att vårdgarantin är undantagen när patienten ges vård i ett annat landsting (se avsnitt 4.3). I motiven till patientlagen anförde regeringen att en patient som väljer att vårdas i ett annat landsting kan anses ha avstått frivilligt från vårdgaranti i det egna landstinget. Patienten omfattas inte heller av vårdgarantin i det landsting som hen söker sig till. Patienten ska dock naturligtvis ingå i de prioriteringar som vårdgivaren gör baserat på de medicinska behov som patienten har (prop. 2013/14:106).

I ett system där vårdgarantin tydligare knyts till utförare i primärvården uppkommer frågan om det finns skäl att utvidga vårdgarantins tillämpningsområde till att omfatta patienter från andra landsting. Utredningen ser i nuläget inga skäl till en sådan utvidgning. Det skulle bidra till det utökade planeringsansvar som landstingen fick i samband med att utomlänsvården infördes. Som konstaterats ovan

(se avsnitt 8.1) bedömer vi att den ändringen gett upphov till oklarheter som inte ytterligare bör spås på. Utredningen bedömer dock att begränsningen till eget landsting kommer sakna praktisk betydelse för patienten. I och med att valet av primärvård i annat landsting enligt utredningens förslag kommer att ske genom listning på samma sätt som för landstingets invånare är det osannolikt att vårdgivarna i det dagliga arbetet kommer särbehandla patienter från andra landsting.

Genom digitalisering bör ytterligare förändringar av vårdgarantin vara möjliga på sikt

Genom ändringar den 1 januari 2019 har vårdgarantin för primärvården ändrats. Den tidigare skyldigheten att patienten inom *sju dagar ska få besöka läkare* har ändrats till att den enskilde inom *tre dagar garanteras en medicinsk bedömning* av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal (se prop. 2017/18:83). Liksom tidigare gäller att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som hen söker kontakt. Patienten ska få besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården och få planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården.

I flera sammanhang har framkommit att både beskrivningarna av tillgänglighet och den rättsliga formen för vårdgarantin är förlegade, med dess fokus på nybesök och enskilda moment i ett vårdförlopp där inget sägs (och ytterst lite kunskap finns) om ledtider för utredningar, väntan på remiss, osv. Dessutom kan digitaliseringen bidra till en förändrad syn på tillgänglighet. Utredningen har inte uppdraget att utreda sådana ytterligare förändringar av bl.a. vårdgarantin men vill på detta sätt markera att detta område bör ges fortsatt uppmärksamhet, inte minst utifrån den betydelse det har för befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. På sikt borde t.ex. en rimlig målsättning vara att även kunna erbjuda fysiska besök till egna vårdteamet senast nästkommande vardag för listade patienter.

17.1.8 Patienter som inte gör ett aktivt val tilldelas en utförare nära bostaden

Utredningens rekommendation: Nuvarande reglering i lagen om valfrihetssystem, att landsting ska tillhandahålla ett ickevalsalternativ för enskild som inte aktivt väljer utförare, bedöms tillräcklig. Detta sker i dag i de flesta landsting.

Grunden för listning genom ickevalsalternativ bör vara närhetsprincipen.

Landstingen bör så långt det är möjligt vidta åtgärder för att stärka information om listning och dess innebörd till en individ som har listats hos en utförare.

Skälen för utredningens rekommendation: Långt ifrån alla individer vill eller kan välja utförare i primärvården. Skälen till detta varierar, det kan handla om bristande kännedom om att man får välja eller svårigheter att hitta information som är anpassad utifrån individens förutsättningar vad gäller t.ex. språkkunskaper. Det kan också handla om att man av olika skäl inte är intresserad av att göra ett val. Slutligen finns det relativt stora grupper som har bristande förutsättningar att göra aktiva val på grund av kognitiva eller andra ned-sättningar. Särskilt i grupper med ett större förväntat vårdbehov finns det medborgare som söker för lite vård i förhållande till behov eller som avstår från att söka vård av kostnadsskäl.

Det är utifrån ett patientperspektiv viktigt att dessa individer garanteras en plats hos en utförare i primärvården nära bostaden, även om de inte aktivt gör ett val. Att se till att dessa patienter får en plats på lista hos en utförare även om de inte gör ett aktivt val, eller väntar med att göra sitt aktiva val, kan öka förutsättningarna för dem att söka vård när de behöver. Det kan också bidra till att sänka tröskeln för dem som annars väljer bort att söka vård när behov finns.

I dagens lagstiftning framgår att för den enskilde som inte väljer leverantör ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett *ickevalsalternativ* (9 kap. 2 § LOV). Nästan alla landsting har i tillämpningen av denna bestämmelse använt tilldelning av plats på en lista i fall patienten inte gjort något val, dvs. att den enskilde tilldelas en utförare, normalt utifrån geografisk närhet (s.k. passiv listning). Denna ordning bör fortsatt gälla även i det nya system med listning som utredningen föreslår. Vid sidan av patientperspektivet är en

viktig del i detta att det tydliggör planeringsförutsättningarna, i synnerhet för landsting men även för utförare. En självklar utgångspunkt, med hänsyn till landstingets övergripande ansvar att planera hälso- och sjukvården utifrån behovet av vård hos alla dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård, är att första linjens vård planeras så sätt att var och en är garanterad en plats hos en utförare.

Utförare bör så långt det är möjligt informera patienter som listas hos dem

En person som listas på ett ickevalsalternativ har inte gjort ett aktivt val av utförare. I de fallen är det särskilt viktigt att personen får information om vad listningen innebär med information om utföraren och om vart man vänder sig för att få vårdvalsinformation samt för att göra ett omval.

När patienter blir listade hos en utförare tilldelas utföraren en kapiteringsersättning, oavsett om det handlar om en patient som gjort ett aktivt val eller om patienten listats där genom ett ickevalsalternativ. En rimlig motprestation av utförarna bör i dessa fall vara att de skickar information till dessa patienter om var de är listade, samt öppettider, kontaktvägar och telefontider, möjlighet att välja fast vård- eller läkarkontakt och information om vart de ska vända sig kväll- och helgtid. De ska även informera om att invånaren har listats där eftersom de inte har gjort ett aktivt val och vart de kan vända sig (listningstjänsten, se avsnitt 17.1.3) om de vill ha ytterligare information och göra ett annat val.

17.1.9 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård

Utredningens rekommendation: Regeringen och huvudmännen bör genomföra en bred satsning på primärvården. Det övergripande målet med satsningen bör vara att genom ökade resurser stärka primärvårdens funktion som första linjens vård och förutsättningarna att i primärvården ge en jämlik, kontinuitetsbaserad och tillgänglig nära vård.

Skälen för utredningen rekommendation: Utredningen har i avsnitt 6.1 konstaterat att trots de senaste årens fokus på primärvården minskar ännu primärvårdens kostnadsandel av den totala hälso- och sjukvården i de flesta landsting. I en situation med en, i internationell jämförelse, resursmässigt svag primärvård är det en allvarlig utveckling.

Regeringen och SKL har i juni 2019 träffat överenskommelsen God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården (Socialdepartementet 2019). Överenskommelsen för 2019 omfattar totalt 2 430 000 000 kronor för bl.a. insatser som ska bidra till omställningen till en god och nära vård samt förbättrad tillgänglighet till primärvården (se vidare avsnitt 19.5.4). Utredningen ställer sig bakom överenskommelsens inriktning mot insatser för att stärka

- kontinuitet och relationsbyggande,
- tillgänglighet,
- delaktighet för patienter,
- säkrad kompetensförsörjning i den nära vården,
- anpassade vårdinsatser för de målgrupper som i hög grad besöker vården,
- utveckling av ersättningssystem,
- utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik, samt
- insatser för att hantera utmaningar som finns i glesbefolkade områden.

Utredningen bedömer att ett arbete med den inriktning som anges i överenskommelsen i hög grad möter de behov av förändringar som utredningen pekar på i detta betänkande och som ligger bakom utredningens förslag om ett digifysiskt vårdval. Överenskommelsen kan således ses som ett steg för att genomföra den reform som utredningen föreslår.

Även om denna typ av överenskommelse är en god utgångspunkt finns det en risk med att lämna statliga bidrag till ett område där landstingen för närvarande minskar finansieringen, dvs. att statens medel används till att ”täcka hålen” snarare än till utveckling.

Både staten och landstingen behöver långsiktigt fokusera på att resursmässigt stimulera den nödvändiga strukturomvandlingen i hälso- och sjukvården mot en mer nära vård. Inför kommande överenskommelser rekommenderar utredningen att landstingen också gör åtaganden att utöka finansieringen av primärvården med *åtminstone* motsvarande belopp som statens bidrag. Det skulle innebära en gemensam satsning på primärvården med cirka 5 miljarder kronor årligen. Erfarenheterna från tidigare statliga satsningar inom hälso- och sjukvården visar att en långsiktig, strukturskapande och samordnad satsning från statens i samverkan med huvudmännen har goda förutsättningar att ge effekt (SOU 2016:2).

17.2 Patientens val av utförare i annat landsting

17.2.1 Val i primärvården ska ske genom listning oavsett var patient och utförare befinner sig

Utredningens bedömning: Utredningens förslag att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning innebär att även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) ska ske genom listning.

Den nuvarande möjligheten till utomlänsvård inom primärvården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad bedöms begränsas genom förslaget.

Skälen för utredningens bedömning: Genom patientlagen lagfästes att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska få möjlighet att inom eller utom detta landsting välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. I HSL reglerades samtidigt att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets vårdgaranti men i övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna. Denna utvidgade valfrihet hade tidigare reglerats frivilligt av landstingen (se kapitel 7).

Som beskrivs ovan genomfördes denna utvidgning med tanke på att patienten fysiskt skulle resa, primärt för att ta del av specialiserad öppenvård i ett annat landsting. Men utredningen noterade samtidigt att

det öppnas möjligheter för en person som är bosatt i ett landsting att ”lista” sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting. Enligt utredningens mening bör detta scenario framför allt aktualiseras i de fall en person pendlar till sitt arbete i ett annat landsting eller är bosatt nära gränsen till ett annat landsting och den valda vårdcentralen uppfattas som ett önskvärt alternativ till de som finns inom det egna landstingets geografiska område.

(SOU 2013:2)

Förslaget innebar inte någon större förändring när det gäller den gränsöverskridande vården. Statistik över produktion och konsumtion i primärvården visar på små förändringar när det gäller utomlänsvården, t.ex. mindre än en procentenhet 2015 jämfört med 2014. Sett till den totala primärvårdskonsumtionen i landet är även utomlänspatienternas andel liten och ingen större förändring skedde under perioden 2013–2015. Geografisk närhet verkar hittills ha varit en stark förklaring till att söka vård i ett annat landsting, precis som förutsågs i förarbetena. Den utomlänsvård som utförs i Halland utgörs t.ex. i hög grad av patienter från Västra Götalandsregionen. Relativt mycket av utomlänsvården består dessutom av tillfälliga ”akuta besök”, i Region Jämtland Härjedalen står turist- och skidorterna för mer än 50 procent av utomlänbesöken. Dessa besök görs i stor utsträckning av personer som vistas tillfälligt med anledning av resor (Vårdanalys 2017c).

Genom utvecklingen av digitala vårdtjänster har denna bild ändrats. Den pågående och snabba ökningen av tillfälliga besök i primärvården genom användningen av digitala vårdtjänster via utomlänsvård har lett till den utveckling som beskrivs i kapitel 7 och 9.

Patienten kan lista sig hos en utförare i primärvården i ett annat landsting

Utredningen bedömer att utomlänsvård i primärvården bör anpassas till att återspegla den situation som den var avsedd att hantera, nämligen främst när en person pendlar till sitt arbete i ett annat landsting eller är bosatt nära gränsen till ett annat landsting och den valda utföraren uppfattas som ett önskvärt alternativ till de utförare som finns inom det egna landstingets geografiska område. En sådan anpassning anknyter starkt till utredningens huvudförslag, nämligen att listning bör bli grunden för en reformerad valfrihet som under-

stödjer en strävan mot ett mer integrerat, stabilt och effektivt system som utgår från kontinuitet och tillgänglighet. Genom utredningens förslag att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning kommer även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) ske genom listning. Eftersom även utomlänsvården således täcks in av utredningens huvudförslag i avsnitt 17.1.2 behövs ingen ytterligare reglering.

Detta innebär att den primärvård som bedrivs i form av utomlänsvård ska avse patienter som listar sig hos en utförare. Det innebär vidare att samma ersättningsprinciper ska gälla oavsett om vården ges till patienter från det egna landstinget eller patienter från ett annat landsting (se vidare avsnitt 17.4.3). Det innebär också att patientavgiften ska vara densamma oavsett var patienten listar sig (se vidare avsnitt 17.4.2).

De digitala utomlänsbesöken kommer behöva ta en ny form

Utredningens förslag om val genom listning innebär att den växande trend mot rent digitala besök utan anknytning till en fysisk utförare i något landsting kommer att behöva få nya former. Som framgår av kapitel 10 har utredningen övervägt olika alternativ för utvecklingen av den vård som nu ges som tillfälliga besök i form av utomlänsvård. Sammantaget finner utredningen att starka skäl talar för en utveckling mot en ökad integration i hälso- och sjukvården, där alla utförare förväntas använda både fysiska och digitala arbetsätt. Det finns, som vi ser det, ingen anledning att bibehålla det parallella system inom primärvården som allt tydligare vuxit fram genom utomlänsvården och då särskilt genom den utpräglat digitala vården.

Detta innebär inte att utomlänsvården som rättslig figur upphör att gälla utan att samma krav ställs på den, som den vård som ges inom ett landsting. Den primärvård som i dag ges som utomlänsvård kommer således att kunna fortsätta vara det under förutsättning att utförarna blir valbara genom listning (se vidare avsnitt 17.3.1 om de krav det ställer).

Undantaget för omedelbar hälso- och sjukvård i ett annat landsting ska gälla fortsatt

I 8 kap. 4 § HSL anges att om någon som *vistas* inom landstinget utan att vara bosatt där behöver *omedelbar hälso- och sjukvård*, ska landstinget erbjuda sådan vård. Till stor del avser den sjukvård som ges till t.ex. turister sådan omedelbar hälso- och sjukvård och kommer inte att påverkas av utredningens förslag.

Genom den pågående och accelererande utvecklingen av digitala vårdtjänster, som på olika sätt knyts till patientens egen utförare kommer vården också att delvis bli mer distansoberoende. Det finns därmed en stor potential i att den utförare där patienten är listad kan hjälpa patienten på distans med att klara av enklare åkommor, som inte nödvändigtvis kräver ett fysiskt besök och innebär ett omedelbart behov av hälso- och sjukvård.

17.2.2 Ingen geografisk avgränsning vid val av utförare i primärvården

Utredningens bedömning: Det finns i nuläget inte skäl att införa geografiska begränsningar av patientens valfrihet i primärvården. Genom information ska patienten göras medveten om sitt val och vad det innebär i form av t.ex. restid för ett fysiskt besök.

Skälen för utredningens bedömning: Ett problem som uppmärksammas i bl.a. England i samband med att vården blir allt mer digitaliserad är att vissa patientgrupper vid valet av utförare inte uppmärksammas att reseavståndet för fysisk vård kan bli mycket långt. Och det trots att det i t.ex. England redan finns vissa restriktioner gällande ”utomlänsvården” (out-of-area-registration). Det har lett till ett ökande antal omlistningar. I den information som utförare riktar till patienter har nu förtydligats att patienter som kan behöva fysiska möten måste vilja och kunna resa till en fysisk mottagning (Hammersmith and Fulham m.fl. 2019).

Det finns argument för att koppla möjligheten till listning till ett skäligt avstånd för att göra fysiska besök i primärvården. Det kan hävdas att utan någon som helst anknytning genom bostad, arbete eller liknande är det inte realistiskt att listning sker hos en utförare

dit patienten endast svårligen kan resa och att det därför inte ens bör vara rättsligt möjligt.

Samtidigt menar vi att sådana begränsningar skulle strida mot patientlagens grundtanke om ökad patientmakt. Det viktiga som vi ser det är att patienten på ett rimligt sätt görs *medveten om vad ett val innebär*, t.ex. vad gäller närheten till fysisk vård. I begreppet nära vård ligger fler aspekter än bara fysisk närhet till vården och det bör fortsatt vara upp till patienten att avgöra vilken utförare som bäst lämpar sig för dennes behov. Genom utredningens förslag till valfrihet genom listning och det begränsade antalet omlistningar årligen minskar vidare risken för sådana frekventa byten som verkar vara ett växande problem i t.ex. England.

Patienter och medborgare som är intresserade av att välja vårdgivare i annat landsting än hemlandstinget ska också vara införstådda med att det är ett annat landsting som är ansvarigt för utförandet och att vårdgarantin då inte heller gäller. Vad gäller välfärdens utförande och de möjligheter som medborgare har till ansvarsutkrävande är det viktigt att i det fall en individ väljer vård i annat landsting än hemlandstinget, att de förstår att deras möjlighet till politiskt ansvarsutkrävande vid val fortsatt är kopplat till hemlandstinget och inte till det andra landsting där de valt att lista sig.

17.3 Tydligare styrning av utförare i primärvården

17.3.1 Tydligare reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig

Utredningens förslag: I patientlagen förtydligas i en ny paragraf att val genom listning endast kan ske hos utförare i landstingets egna regi, eller hos utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som är godkänd och har ett kontrakt enligt lagen om valfrihetssystem eller har motsvarande kontrakt enligt lagen om offentlig upphandling.

Utredningens rekommendation: Primärvård som erbjuds av underleverantör ska fortsatt kunna erbjudas patienter inom ramen för utförarens uppdrag.

Skälen för utredningens förslag och rekommendation: Utredningen har i avsnitt 17.1.2 och 17.1.3 beskrivit att det som en del i omställningen till den nära vården finns behov av att reformera den i dag obegränsade valfriheten inom primärvården för att systemet ska bli mer sammanhållet, effektivt och långsiktigt hållbart. För att förena lagstadgade principer såsom behovsstyrd och jämlik vård med kontinuitet som bärande princip, patientmakt samt organisation och ekonomiska styrsystem för densamma, ser utredningen därför att ett steg i denna riktning är att patientens val av utförare behöver ske genom att patienten på förhand listar sig hos en utförare (se vidare avsnitt 17.1.2). För att detta ska vara möjligt behöver det definieras vilka utförare som avses kunna vara listningsbara.

Spretig och komplex lagstiftning och begreppsanvändning

När det gäller styrningen av vårdvalssystemen inom primärvården används i lagtext parallellt ett flertal olika begrepp som syftar på den som antingen organiserar, beställer eller utför vården. Begreppen avgränsas eller utvidgas också beroende på vilken lagstiftning som används och i vilken roll den som exempelvis utför vården ska ses och korshänvisningar och viss dubbelreglering bidrar sällan till tydlighet. Enligt lagstiftningen är exempelvis *huvudmannen*, som har att organisera vården, både stat, kommun eller landsting. Huvudmannen utgör då också *beställare* av vård men kan också utföra vården själv (egenregi) och utgör därigenom en (offentlig) *utförare*. Likaså kan utföraren vara en *privat aktör*. Den myndighet, landsting, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård benämns också som *vårdgivare*. I samband med att vården organiseras i vårdvalssystem genom lagen om valfrihetssystem (LOV) blir vårdgivaren eller utföraren också *leverantör* (eller *underleverantör*) av hälso- och sjukvårdstjänster, beställaren blir då en *upphandlande myndighet* och vårdvalssystemet blir en del av ett *valfrihetssystem*.

När den upphandlande myndigheten valt att inrätta ett vårdval inom primärvården, ska LOV tillämpas, men även lagen om offentlig upphandling (LOU) kan användas som komplement. I förarbetena till LOV, yttrade sig däremot lagrådet att det var oklart vad som

skulle anses gälla när väl vårdvalet väl var inrättat och om parallell tillämpning av LOU skulle vara möjlig (prop. 2008/09:74, bilaga 5).

Den aktuella begreppsfloran har inte ändrats utifrån den senaste översynen av HSL och bidrar sannolikt till den osäkerhet som råder kring tolkningen och tillämpningen av lagstiftningen. Som ett led i att nå en hållbar struktur för ett mer sammanhållet system, behövs därför tydliga avgränsningar, inte minst när det gäller vilka aktörer som ska omfattas av de nya bestämmelserna.

I 9 kap. 1 § PL regleras att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom detta landsting, ska få möjlighet att välja utförare av *offentligt finansierad öppen vård*. Grundprincipen för denna struktur ändras inte och därför kommer övrigt offentligt finansierad öppen vård och vård som bedrivs enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning samt lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi fortsatt omfattas av valfriheten enligt 9 kap. 1 § PL.

Mot bakgrund av de ändringar som föreslås i 7 kap. 3 § HSL och som bl.a. innebär att val av utförare inom primärvården ska ske genom listning och som därmed justerar den tekniska och till viss del materiella grunden och definitionen för vårdvalssystemet, behövs motsvarande avgränsning även göras i PL när det gäller att *vårdvalet inom primärvården* och att val därmed ska ske genom *listning*.

Skilnader i att vara leverantör, underleverantör eller extern leverantör

I praktiken bedrivs i dag en hel del hälso- och sjukvård av externa leverantörer alternativt underleverantörer till kontrakterade utförare utan att underleverantören har ett eget avtal med beställaren. Underleverantören omfattas, delvis beroende på formuleringen i förfrågningsunderlagen, indirekt av kontraktsvillkoren. De tjänster som erbjuds av en underleverantör har enligt praxis också blivit en del av den offentligt finansierade vården. Tolkningen har gjorts att en underleverantör av hälso- och sjukvårdstjänster automatiskt också blir ”valbar” inom valfrihetssystemet på samma sätt som en huvudleverantör (se avsnitt 10.1.5).

Utredningen ser dock skäl till att kvalificera tolkningen av underleverantörsbegreppet. Frågan blir inte minst aktuell när det gäller digitala, icke-geografiskt bundna hälso- och sjukvårdstjänster som

i dag uppfattas som underleverantörstjänster men som huvudsakligen bedrivs utan eget godkännande och kontraktsförhållande mellan landstinget och den leverantör som de facto levererar hälso- och sjukvårdstjänsterna över hela landet. Som konstaterats tidigare saknas i dag en legaldefinition av begreppet underleverantör. Enligt LOV gäller i dag att *flera leverantörer i samverkan* kan ansöka om att ingå i ett valfrihetssystem. Detsamma gäller i ett upphandlingsförfarande enligt LOU. Landstinget (den upphandlande myndigheten) kan inte ställa krav på viss juridisk form på de aktörer som ansöker om att få ingå i valfrihetssystemet, men kan ställa sådana krav efter godkännande och avtal om det anses nödvändigt för uppdragets fullgörande. Nya krav kan således ställas på utförarna efter ingånget avtal. Vid själva ansökan spelar det dock ingen roll hur en utförare själv eller sammellan med andra aktörer väljer att organisera sig, bara kraven i förfrågningsunderlagen är uppfyllda. Utredningens analys i avsnitt 10.1.5 visar att en leverantör – för att kunna räknas som underleverantör i upphandlingsrättslig mening – kan förväntas att i någon eller i tillräcklig utsträckning medverka till fullgörandet av huvudleverantörens kontrakt.

Flera utförare ska kunna samarbeta

I betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) har föreslagits att det ska vara möjligt för en utförare ensam eller i samverkan med andra att fullgöra primärvårdens grunduppdrag. Utredningen tillstyrker detta förslag inte minst för att anlita en underleverantör kan ses som en potentiell möjlighet att tillgodogöra sig innovationer. De s.k. nätläkartjänsterna är ett exempel på en innovation som introducerades via en underleverantör. Utredningen anser dock att samverkan bygger på samverkan kring uppdraget och därmed omhändertagande av listade patienter hos huvudleverantören, alternativt att samarbetsparterna har egna kontrakt.

Förslag till förtydligande av listningsrekvisit för utförare i lagstiftningen

Utövande av valfrihet inom primärvården genom listning, dvs. ”listningsrekvisitet” som de facto behövs för att en ska få välja primärvård inrättat i valfrihetssystem, avgränsas enligt utredningens förslag till andra meningen i 9 kap. 2 § PL, med hänvisning till utförare i landstingets egna regi eller utförare som är godkänd och har ett kontrakt enligt 1 kap. 1 § LOV eller har motsvarande kontrakt enligt LOU. Detta omfattar således hälso- och sjukvård som ges av *listningsbara* utförare (leverantörer) som

- bedriver hälso- och sjukvårdstjänster
- inom primärvården
- med landstinget som huvudman
- i form av privat vårdgivare, som är godkänd och har ett *vårdvals*kontrakt enligt LOV alternativt ett *vård*kontrakt enligt LOU, eller
- som bedrivs av landstinget självt inom ramen för vårdvalssystemet.

Förslaget medför att *samtliga utförare av offentligt finansierad vård* – såsom avgränsningen till valbar vård görs i PL – enligt förslaget inte längre kommer att kunna vara obegränsat valbara för patienter när det gäller primärvården. Vård som erbjuds genom en underleverantör till utföraren, ska givetvis även fortsättningsvis kunna ”väljas” av och ersättas inom ramen för fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag, dock *under förutsättning att patienten är listad hos huvudleverantören*.

Om underleverantören däremot erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster till egna eller andra utförarens patienter som inte är listade hos huvudleverantören kan, enligt förslaget, sådan vård inte fortsatt vara valbar inom ramen för det aktuella vårdvalsavtalet, utan underleverantören behöver då vara huvudleverantör för ett eget vårdvals- eller vårdavtal för att patienter ska kunna välja dennes tjänster och därmed lista sig hos densamme. Ett alternativ är att underleverantören samarbetar med flera utförare och erbjuder underleverantörs-tjänster till dessa och deras listade patienter.

Offentligt finansierad vård som i dag bedrivs med stöd av lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning, lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi eller andra vårdgivare inom öppenvården påverkas dock inte av utredningens förslag om att behöva uppfylla listningsrekvisiten för att bli valbara, och ska således fortsatt kunna väljas av patienter utan krav på listning i enlighet med vad som sägs i 9 kap. 1 § PL. Likaså ska vård av brådskande karaktär även i annat landsting såsom det regleras i 8 kap. 4 § HSL kunna ges till patienten utan krav på att patienten måste vara listad.

17.3.2 Landstingen bör ställa tydligare krav på utförare i primärvården

Utredningens rekommendation: Landstingen bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlaget.

Landstingen bör ställa krav på att utförare ska ha tillräcklig kapacitet att utföra vården, både fysiskt och digitalt, i relation till det antal patienter som listas hos utföraren.

Landstingen bör ställa krav på att utförare ska upprätthålla kontinuitet och att patienten kan knytas till en namngiven läkare eller annan personal (vårdteam).

Skälen för utredningens rekommendation: Det föreslagna nationella grunduppdraget för primärvården (SOU 2018:39) bereds för närvarande i Regeringskansliet. Avsikten med det förslaget är att skapa en organisations-, metod- och teknikneutral reglering där det på ett samlat sätt framgår vad som kan krävas av utförare i primärvården. En tanke bakom grunduppdraget var också att det ska ge utrymme för lokal anpassning. Vi ställer oss bakom detta förslag och menar att den riktning mot en mer nationell styrning av primärvården som framkommer genom grunduppdraget bör bejakas och vidareutvecklas (se vidare avsnitt 17.4).

Huvudmännen bör ställa krav på digifysisk vård

Utredningens bild är det finns delar av huvudmännens kravställande på utförare som inte täcks av grunduppdraget. En viktig sådan del är att mer aktivt styra vården mot att nyttiggöra digitaliseringen. En självklarhet borde t.ex. vara att det utöver möjligheten till undersökningar och fysiska besök *alltid* ska finnas digitala kontakt- och kommunikationsvägar, vilket ligger helt i linje med utvecklingen för offentlig sektor i stort. *E-delegationen* föreslog t.ex. att digitala tjänster, så långt det är möjligt och där det är relevant, ska vara förstahandsval i den offentliga sektorns kontakter med medborgare (SOU 2015:66), vilket därefter återkommit som målsättningar i flera budgetpropositioner. Även om det finns skäl att avstå från att i styrningen beskriva *hur* uppdraget ska utföras bedömer vi att landstingen genom kravställandet bör driva på digitaliseringen. Det kommer också bidra till den del i det föreslagna grunduppdraget som innebär att primärvården ska ha en mycket god tillgänglighet. Det finns som närmare beskrivs i kapitel 9 många goda exempel att utgå från.

Huvudmännen bör ställa krav på matchning mellan kapacitet och uppdrag

Många av synpunkterna som lämnats till utredningen har rört primärvårdens form och åtagande på olika sätt. Å ena sidan har diskuterats hur många patienter en traditionell utförare bör eller kan ha i relation till antalet anställda i olika yrkeskategorier och vad som är lämpligt med hänsyn till patientmix, patientsäkerhet och arbetsmiljö. Å andra sidan finns en mer visionär diskussion om att utförare som huvudsakligen erbjuder digitala vårdtjänster skulle kunna ha mångfald fler listade patienter per personal. I båda fallen bedömer utredningen att det mest centrala är att *matcha kapacitet och åtagande*. Oavsett ålder eller aktuell hälsostatus kommer många invånare att under ett år, någon eller några gånger, söka första linjens vård. I en inte oväsentlig andel av de fallen kommer under den närmaste framtiden att behövas någon form av fysisk undersökning eller annan åtgärd. Av utredningens analys i avsnitt 6.4.1 framgår att det finns stora vinster med att hålla samman detta i ett integrerat system som bygger på kontinuitet. Landstingen behöver i organiseringen av primärvården beakta detta och bör ställa krav på att utförare ska ha

tillräcklig kapacitet att utföra vården, både fysiskt och digitalt, i relation till det antal patienter som listas hos utföraren. Likaså bör ersättningen stimulera att kapacitet och behov matchas.

Huvudmännen bör ställa krav på kontinuitet och att patienten ska knytas till en namngiven läkare eller annan personal (vårdteam)

Utredningen föreslår att grunden i en reformerad valfrihet ska bli att patienten väljer genom att lista sig på utförare. Genom det och andra följdförslag skapas bättre förutsättningar för att primärvården ska kunna bli mer personcentrerad och behovsbaserad och utgå från kontinuitet. Det är samtidigt avgörande att utförare använder arbets sättet att knyta patienten till en namngiven läkare, sjuksköterska och andra professioner hos utföraren (vårdteam). Det ger i sin tur utförarna bättre förutsättningar för att leva upp till lagstiftningens krav på fast läkarkontakt respektive fast vårdkontakt i primärvården.

Mycket talar dock för att majoriteten av primärvårdsverksamheterna ännu inte organiserar arbetet utifrån kontinuitet som bärande princip. Utredningens genomgång av landstingens förfrågningsunderlag (se bilaga 6) visar att landstingen endast undantagsvis ställer mer konkreta krav på kontinuitet i styrningen. Vi menar att det landstingen har ett starkt intresse av att börja göra det – både utifrån lagstiftningens krav och med hänsyn till de effektivitetsvinster som följer av ett sådant arbetssätt.

17.3.3 Landstingen bör enas om en nationell policy för marknadsföring

Utredningens rekommendation: Landstingen bör enas om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel för att utföra vård.

Landstingen bör i sina förfrågningsunderlag för vårdval ställa krav på att utförare följer denna.

I marknadsföring som rör val av utförare genom listning är det viktigt att tydliggöra var den fysiska mottagningen är belägen.

Skälen för utredningens rekommendation: Frågan om marknadsföring av vård har uppkommit senaste åren. Digitala vårdgivare lägger stora resurser på marknadsföring samtidigt som majoriteten av landstingen inte har möjlighet att ställa krav angående marknadsföringen, eftersom aktörerna ofta enbart har bas i ett landsting. Såvitt framkommit har hittills endast Region Sörmland berett nya riktlinjer för information och marknadsföring (under våren 2019).

Så som systemet ser ut i dag är det särskilt relevant att landstingen enas om en policy kring marknadsföring. Eftersom SKL och landstingen har skapat ett särskilt ersättningssystem för digital utomlänsvård och eftersom sådan vård ersätts per besök föreligger en uppenbar risk för att marknadsföringen riktas in på att öka konsumtionen av vård. Denna risk har inte aktualiserats på samma sätt för vårdvalssystemen generellt eftersom den dominerande ersättningen sker exempelvis med kapitering och det därmed inte finns samma incitament till att öka antalet besök.

Förekomsten av utomlänsvården och det faktum att en underleverantör till en utförare i ett landsting kan marknadsföra sig nationellt innebär att det är viktigt att alla landsting enas i frågan. Enligt uppgift är ett sådant arbete påbörjat, vilket utredningen välkomnar.

Särskilda krav för vårdgivare som marknadsför sig på distans

Utredningens förslag om ett reformerat vårdvalssystem där valet sker genom listning och där medborgare kan välja att lista sig var som helst i landet aktualiserar vissa frågor. En risk som behöver hanteras är att det blir hög omlistningsgrad för att vissa patienter väljer en utförare baserat på deras digitala utbud och andra baserat mer på deras fysiska utbud. Syftet med det reformerade vårdvalet är att utförarna ska kunna tillgodose både snabb digital tillgänglighet och fysisk mottagning och att utförare åtminstone ska ha tillgång till patientens information oavsett om patienten vänder sig till sin valda utförare eller till den valda utförarens underleverantör. När vårdgivare exempelvis marknadsför sin digitala kontaktväg, eller när de marknadsför sig på distans, dvs. via internet, via TV eller i landsting eller kommun där de inte själva driver fysiska mottagningar eller har stor närvaro bör landstingen ställa krav på att utföraren i reklamen tydligt skriver ut att ”du som väljer att lista dig hos oss bör vara

beredd att ta dig till [ort/stadsdel/landsting] vid behov av fysisk konsultation”. I vårdvalsupphandlingar kan landstingen genom förfrågningsunderlagen ställa krav på utförare att följa marknadsföringspolicyn.

Erfarenheterna av arbetet med en digitalt inriktad vårdvalsleverantör inom NHS i England visar tydligt på behovet av sådana åtgärder. Patienter som är listade där är överlag mycket nöjda. De flesta är också införstådda med att de bör vara beredda att förflytta sig upp till 40 minuters resa vid behov av fysisk konsultation. Samtidigt uppger de som är mindre nöjda att det beror just på att det är svårt att få till ett fysiskt besök och att de inte var införstådda med att de fysiska utförarna bara fanns på vissa platser. Efter samtal mellan NHS och den digitalt inriktade leverantören har de uppdaterat sin listningsinformation så att patienter som är intresserade av att lista sig blir införstådda med detta. Förhoppningen är att färre patienter listar om sig på grund av missnöje med närheten till fysisk vård.

17.3.4 Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs ett förtydligande att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

Utredningens rekommendation: Landstingen behöver utveckla och diversifiera formerna för uppdrag inom vårdval beroende på geografiska förutsättningar, i syfte att styra mot ett mer behovsbaserat och jämlikt utbud. Landstingen bör särskilt överväga nya former för vårdvalsutförare som bedriver vård i glesbebyggda områden.

Landstingen bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen med offentlig upphandling och därvid erbjuda bättre ekonomiska villkor och förutsättningar till utförare där det finns ett bristande utbud av primärvård.

Skälen för utredningens förslag och rekommendation: Vid införandet av vårdvalssystemen i primärvården beslutade samtliga landsting om tämligen likartade ramar för systemen. Med det menar vi dels att

samtliga landsting beslutade att hela landstinget omfattades av samma vårdvalssystem. Vidare beslutades att inte begränsa antalet utförare som kan komma in i systemet. Detta innebär att *alla* leverantörer som uppfyller villkoren i landstingets förfrågningsunderlag kan etablera sig *var som helst* i landstinget. I praktiken har landstingen i stigande grad försökt påverka etableringarnas placering genom utformningen av villkoren, särskilt genom att justera ersättningsnivåerna, vilket får tolkas som att man velat stimulera ett jämligt och behovsbaserat utbud. Som behandlas i kapitel 5 kom marknaden ganska snabbt att stabiliseras med åtminstone vissa skevheter i fördelningen av utbudet.

Landstinget ska få delas upp geografiskt i flera vårdvalssystem

Till utredningen har upprepade gånger väckts frågan om det är möjligt att geografiskt dela upp landstinget i flera förfaranden. Fördelar med det vore att det på ett enklare sätt blir möjligt att anpassa uppdrag och ersättningar, justerat till de varierande förhållanden som råder i landstinget. Utredningen ser att detta kan vara särskilt relevant i landsting som har exempelvis både tätbebyggelse och glesbygd eller där socioekonomiska skillnader mellan olika delar av landstinget är stora. En sådan inriktning stämmer väl överens med utredningens utgångspunkter att det bör ges en mer nationell ram för primärvårdens styrning samtidigt som det ges ökade möjligheter till lokal anpassning.

När det gäller frågan om att hela landstinget ska vara ett vårdvalssystem framgår detta varken av LOV eller HSL. Däremot anges att landstinget *inte får begränsa den enskildes val* till ett visst geografiskt område inom landstinget (7 kap. 3 § HSL). Utredningen bedömer att lagstiftningen redan nu torde ge utrymme för att landstingets område kan delas upp i flera förfaranden för etablering. Vi bedömer att LOV och HSL ger tämligen stor frihet att utforma både systemen och villkor på sätt som bedöms relevanta. I förarbetena anges bl.a. att den

närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården har landstinget i egenskap av sjukvårdshuvudman att bestämma om utefter de lokala förutsättningarna.

(prop. 2008/09:74)

Det finns en rad krav som kommuner och landsting kan ställa, under förutsättning att dessa är proportionerliga och relevanta. I sin verksamhet ska landstingen och kommunerna beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. Det offentliga får därför inte sätta upp några osakliga krav som inte står i proportion till ändamålet och som skulle innebära att olika leverantörer skulle komma att behandlas olika. Det finns dock inget som hindrar att landstinget eller kommunen sätter upp rimliga och motiverade krav som gäller för samtliga leverantörer. (SOU 2008:15)

I LOV anges vidare att den upphandlande myndigheten inte behöver tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda områden (1 kap. 1 § andra stycket). Vad som avses med ”område” är dessvärre inte tydligt, det kan avse både geografiskt område och olika typer av tjänster. Sammantaget verkar en rättslig oklarhet finnas i denna fråga, vilket påverkat landstingens tolkning.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att det finns skäl att förtydliga lagstiftningen i denna del på så sätt att det framgår att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. En sådan förändring innebär att landstingets område *får* delas upp i två eller flera delar med olika uppdrag och villkor.

Förslaget innebär inte att landstinget *måste* göra en sådan förändring. Inte heller innebär förslaget att någon geografisk del av landstinget får lämnas utanför den övergripande skyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvalssystem.

Slutligen innebär förslaget inte någon förändring av nu gällande förhållanden när det gäller patientens valfrihet, dvs. *landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.*

Förslag till ny lagstiftning

Med anledning av ovanstående, samt med hänsyn till vad som anförts i kapitel 5 och 6 föreslår utredningen att det i 7 kap. 3 § första stycket HSL införs en ny bestämmelse, i vilken regleras att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

Mer diversifierade och lokalt anpassade vårdval i glesbygd

I glesbygdsområden kan det finnas behov av att utvidga primärvårdsuppdraget men också att skapa möjlighet till mindre uppdrag. På flera håll i landet bedrivs primärvård som minisjukhus med möjlighet till inläggning och vissa traditionella slutenvårdsingrepp. Vid en jämförelse med tandvården kan konstateras att det finns flera små enmansmottagningar med spridning i landet. Det är möjligt att det skulle etableras fler primärvårdsmottagningar på mindre orter om det var möjligt att arbeta med ett mindre uppdrag. Utredningens bedömning är att landstingen bör utveckla olika uppdrag som ökar närvaron i glesbyggda områden.

Om den digitala tillgängligheten i glesbygd försämras kan landsting också överväga särskilda uppdrag för digital tillgänglighet.

Huvudmännen bör även följa hur vårdvalsreformen påverkar patienter, jämlikheten och valfriheten. Det är viktigt att det fortsatt finns utrymme för kvalitetskonkurrens i vårdvalet. Huvudmännen bör även följa frågan om nyetableringar och vid behov vidta åtgärder för att stimulera att trösklarna för nyetableringar inte blir för höga.

Det finns troligen inte utrymme att begränsa inflödet av leverantörer

En annan fråga är om landstinget kan begränsa inflödet av leverantörer. Vid en jämförelse med etablering av friskolor kan konstateras att det där finns vissa uttalade möjligheter att ta hänsyn till utbudet i övrigt i kommunen (se avsnitt 5.8). I LOV och HSL ges inga uttryckliga sådana möjligheter och med hänsyn till den sammantaget ännu svaga andelen primärvård har utredningen inte heller prövat hur sådana begränsningar skulle kunna göras.

Landstingen kan upphandla för att komplettera ett bristande utbud

I HSL anges att alla utförare ska behandlas lika om det inte finns skäl för annat. Skäl att särbehandla olika utförare kan enligt förarbetena föreligga exempelvis då ingen utförare är intresserad av att tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget enligt lagen (2008:962)

om valfrihetssystem (LOV) och landstinget därför gör en vanlig upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), med andra ekonomiska villkor.

Det verkar finnas en utbredd missuppfattning att en sådan särbehandling inte skulle vara möjlig. Kanske är det förklaringen till att få eller inga sådana upphandlingar har kommit till stånd trots ett varierande utbud.

Förutsättningar och geografisk uppdelning kan, på ett transparent sätt, anges i förfrågningsunderlaget. Om syftet med den geografiska uppdelningen med mer fördelaktiga villkor inte kan uppnås genom det aktuella förfrågningsunderlaget, torde antingen villkoren kunna ändras (inte minst om förutsättningarna för sådana ändringsvillkor anges i förfrågningsunderlaget) eller så kan komplettering ske genom att utlysa en offentlig upphandling för det aktuella geografiska området.

17.3.5 Den framtida funktionen för 1177

Utredningens rekommendation: Landstingen bör gemensamt och tillsammans med staten utreda den framtida utformningen och funktionen för 1177.

Skälen för utredningens rekommendation: Utredningen har vid många tillfällen under arbetets gång återkommit till vad digitala vårdkontakter kan komma att innebära för 1177 Vårdguidens framtida arbetssätt, struktur och funktion. Tjänsten 1177 utgör ett i många stycken bra exempel på en fungerande samverkan mellan landstingen. Det gemensamma telefonnumret och det gemensamma domännamnet utgör en tillgång i ett system som behöver bli mer nationellt. Modern teknik borde kunna förena en central ingång via nämnda kontaktvägar med möjligheter att automatiskt dirigeras vidare till ”min vårdcentral” eller ”mitt vårdteam”. Det förfaller också rimligt att de nya möjligheter som nya digitala kontaktvägar erbjuder, starkt borde påverka åtminstone den del av 1177 som handlar om telefonrådgivning, inte minst i en tid där det traditionella telefonsamtalet alltmer framstår som mer eller mindre antikt.

Som nämnts har utredningen erfarit relativt utbredd kritik mot 1177, bl.a. att den hjälp patienten får av rådgivningen inte upplevs

som relevant eller till nytta och att rådgivningen i hög utsträckning garderar sig och i slutändan ändå hänvisar till sjukhusens akutmottagningar. Det finns också vissa vetenskapliga data som ifrågasätter nyttan med telefontriage. Studier har visat att triage via såväl sköterska som läkare via läkare avsevärt ökade vårdkonsumtionen i jämförelse med möjligheten till snabb fysisk konsultation, alltihop sett över en period av en månad (bl.a. Campbell m.fl. 2014).

Utredningen har kommit till slutsatsen att frågan om den framtida utformningen av 1177 är stor, viktig och komplex. Utredningen anser sig inte ha haft resurser och möjligheter att bottsna i frågan men bedömer att det är angeläget att frågan utreds vidare. Sannolikt fanns behovet redan innan de s.k. nätläkarna gjorde entré. Eftersom 1177 en gång tillkom via ett statligt initiativ framstår det som naturligt att staten fortsatt engagerar sig ifrån om den framtida utformningen. Slutsatsen blir att frågan bör utredas vidare gemensamt mellan landstingen och staten men utredningen har inte närmare analyserat i vilken form en sådan utredning skulle bedrivas.

17.4 Ett mer nationellt primärvårdssystem

17.4.1 Det behövs övergripande åtgärder för att genom styrning öka jämlikheten i vården

Utredningens bedömning: Det behövs övergripande åtgärder för att genom styrning öka jämlikheten i vården. För att nå det målet behövs en utbyggd primärvård samt en styrning mot ett primärvårdssystem som i högre grad baseras på lika villkor för patienter och utförare.

Skälen för utredningens bedömning: Det har redan tagits väsentliga steg mot ett mer nationellt primärvårdssystem. Ett första steg var regleringen av organiseringen av primärvården i form av vårdvalssystem 2010, följt av de lagändringar som trädde i kraft den 1 januari 2019 att hälso- och sjukvårdsverksamheten ska organiseras så att vården kan ges nära befolkningen (7 kap. 2 a § HSL). Ett andra steg kommer bli det nationella grunduppdrag för primärvården som har föreslagits i SOU 2018:39 och som nu bereds i Regeringskansliet.

Utredningen bedömer att ytterligare steg bör tas för att ensa styrningen och därmed undanröja de strukturella ojämlikheter som finns.

17.4.2 En nationellt reglerad patientavgift i primärvården

Utredningens förslag: I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny paragraf som innebär att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Utredningens rekommendation: Primärvården bör på sikt bli avgiftsfri när det gäller besök och kontakt med den utförare där patienten är listad.

Regeringen bör som en del av en nationellt reglerad patientavgift utreda och införa försökslagstiftning som ger landsting utrymme att besluta om avgiftsfri primärvård samt koppla detta till utvärdering av effekterna på vårdkonsumtion och jämlikhet i vården.

Skälen för utredningens förslag

En nationellt reglerad patientavgift i primärvården

Utredningens samlade bedömning utifrån analysen i avsnitt 6 är att en vård på lika villkor starkt talar för att ensa patientavgifterna över landet.

Det finns flera handlingsvägar för att fastställa en nationellt reglerad patientavgift. Ur ett övergripande styrningsperspektiv är det värdefullt att avgiftssystemet är så likartat och enkelt som möjligt. Det finns därmed principiella skäl för att en reglerad avgift inom primärvården bör regleras med en likartad modell som den som används för den slutna vården. Avgiftsnivån bör vidare, i likhet med högkostnadsskyddet innehålla en indexering, på så sätt att det följer den allmänna prisutvecklingen i samhället. Om värdet av patientavgifterna inte ska urholkas över tid är det rimligt att indexeringen knyts till prisbasbeloppet. Liksom högkostnadsskyddet bör avgiften avrundas nedåt till ett jämnt tiotal för att skapa enkelhet.

I avsnitt 19.4.2 beräknas de ekonomiska effekterna av olika nivåer av ändringar, där vi har prövat avgiftsnivåerna 0 kronor, 100 kronor och 200 kronor. En majoritet av landstingen har 200 kronor i patientavgift till ett besök hos läkare i primärvården, varav sju har samma avgift oavsett personalkategori eller om besöket sker som fysiskt möte eller genom distanskontakt.

I ett inledande skede finns anledning att sätta patientavgiften till 100 kronor. Det bedömer vi är tillräckligt lågt för att ha en effekt för de som avstår från att söka vård och innebär också en tillräckligt stor förändring för att skillnaden ska vara märkbar. För merparten av landstingen innebär det också att man kommer halvvägs mot målet om en avgiftsfri primärvård. Fem av landstingen har redan en patientavgift om 150 kronor eller lägre. En sådan förändring kommer att innebära ett mindre intäktsbortfall från landstingen, som vi föreslår att staten bör kompensera.

Utredningen ser att enhetlig patientavgift är i enlighet med den riktning som landstingens styrning tar på andra områden, exempelvis genom rekommendationer från SKL om ensade avgifter för digital utomlänsvård, assisterad befruktning och subventionering av preventivmedel för unga.

Det långsiktiga målet bör vara en avgiftsfri primärvård och försöksverksamheter bör inrättas och utvärderas

Vår bedömning är att målet på sikt bör vara att ha en avgiftsfri primärvård. Förslaget är i linje med utredningens uppfattning att landstingen behöver bli tydligare i sin styrning mot en kontinuitetsbaserad och effektiv vård där avgiftsfrihet skulle utgöra ett tydligt styrinstrument.

Landstingen har sedan länge arbetat med avgifter som styrinstrument. Avgifterna i primärvården sätts t.ex. regelmässigt lägre än i den specialiserade vården. Erfarenheterna är att justeringar i avgiftsnivån har begränsad styreffekt, med vissa undantag, t.ex. avgiftsfrihet för barnsjukvård. Noll kronor i avgift torde utgöra ett tydligare budskap än justeringar med ett antal tiokronor. Också jämlikhetsskäl talar för avgiftsfrihet. Som utredningen visade i delbetänkandet finns det patienter som avstår från vård av ekonomiska skäl och nyare studier bekräftar att graden av egenfinansiering kan ha en stark effekt på

vårdkonsumtionen för socioekonomiskt svaga grupper (Johansson m.fl. 2019).

Som framkommit har landstinget i Södermanlands län redan beslutat om avgiftsfri primärvård. Dessvärre saknas, såvitt framkommit, systematiska utvärderingar eller forskningsstudier av denna förändring. Utredningen bedömer att det vore angeläget att regeringen tar initiativ till att några landsting på försök sätter patientavgiften till 0 kronor i primärvården och att effekterna av detta följs närmare.

Den nationellt fastställda avgiften bör avse listade patienter

I avsnitt 17.4.3 rekommenderar utredningen att landstingen vidtar åtgärder för att eliminera alla snedvridande incitament när det gäller ersättningsnivåer, t.ex. beroende på om patienten är listad, olistad eller en utomlänspatient.

När det gäller patientavgiften gör utredningen en annan bedömning. I detta fall är det principiellt viktigt att den gemensamma avgiften knyts till vårdkontakter hos den utförare där patienten är listad. Det innebär ett tydligt incitament för patienter att i första hand söka sig dit, vilket som tidigare framhållits är viktigt för effektiviteten.

För besök utanför listan får således landstingen besluta en högre avgift. Utredningen bedömer inte att en sådan diversifiering strider mot likställighetsprincipen (se avsnitt 17.1.2). I det fall landsting beslutar om högre avgift för inte listade patientbesök ska besöksersättningen från landstinget sänkas, se vidare avsnitt 17.4.3.

Förslag till ny lagstiftning

I 17 kap. 1 § stadgas att vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer. Vidare stadgas att patienter som omfattas av ett landstings eller en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1–3 §§ respektive 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § ska behandlas lika och att ovanstående gäller i den mån annat inte är särskilt föreskrivet. I 2 § regleras rätten för landsting att för slutenvården fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall samt rätten att besluta om regler för nedsättning av avgiften. När det gäller avgift för slutenvård per vård dag, får denna uppgå till högst

0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Med hänsyn till vad som anförts ovan samt till vad som anförts i kapitel 6 föreslår utredningen att en ny paragraf, 1 a §, införs i 17 kapitlet HSL. Patientavgiften ska beräknas på liknande sätt som när det gäller vårddygnet inom den slutna vården, men regleras särskilt i enlighet med 1 § andra stycket, i en påföljande 1 a §.

Den särskilda regleringen som därmed föreslås är att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet, och där patienten är listad, ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

17.4.3 Nationella ersättningsprinciper för primärvården

Utredningens rekommendation: Utredningen rekommenderar landstingen att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bör gälla för ersättningen:

1. Långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande.
2. Årlig uppräknings av ersättningen.
3. Fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning.
4. Riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov.
5. Minskad detaljstyrning men ökad styrning mot kontinuitet och tillgänglighet.
6. Medicinsk service och läkemedel i ökad utsträckning en s.k. fri nyttighet för utförare inom primärvården.
7. Ingen olikbehandling av utförare, snedvridande incitament eller särbehandling av kontaktform.

Regeringen bör följa utvecklingen på området. Om principerna inte tillämpas efter två år bör ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.

Skälen för utredningens rekommendation: Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården (SOU 2018:39). Med utgångspunkt i tidigare förslag (SOU 2016:2) anförs att en utbyggd primärvård är den enskilt viktigaste åtgärden för att uppnå en mer jämlik vård oavsett om det handlar om geografiska områden eller olika grupper i befolkningen och att uppdraget är en viktig del av detta. Vidare konstateras att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen har uteblivit samt att det finns en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet. I remissvaren på betänkandet framkommer att landstingen och många andra remissinstanser ställer sig bakom denna bedömning.

Jämlikhetsskäl talar för att utforma nationella ersättningsprinciper

Som framgår av utredningens analys i avsnitt 6 finns starka skäl att använda mer gemensamma ersättningsprinciper inom vården i syfte att främja en mer jämlik, behovsbaserad och tillitsbaserad vård. I vår analys framkommer att styrningen fortfarande i alltför låg grad tar hänsyn till behoven i befolkningen. Det innebär att det inom landstingen uppstår ojämlikheter och att principen om behovsbaserad vård inte alltid är vägledande. Skillnaderna i ersättningssystemen mellan landstingen är stora och kan inte förklaras. Ersättningssystemen är alltför komplicerade och trots de senaste årens ansatser har detaljstyrningen endast delvis minskat. Detaljstyrning och i vissa fall kostnadsansvar för bl.a. medicinsk service visar att styrningen inte utgår från tillit.

Principerna anger en ram för hur ersättningssystemen bör inrättas

I den nationella styrningen ser utredningen det som viktigt att det ges tydligare ramar för primärvården. Det nationella grunduppdraget är ett sådant exempel som bidrar till likartade spelregler för alla aktörer och där det blir tydligare för patienter vad som kan förväntas av vården.

Utifrån en proportionalitetsbedömning i förhållande till den lokala självstyrelsen ser utredningen inte tillräckliga skäl att i nuläget föreslå lagreglerade ersättningsprinciper. Ett skäl till detta är att det, trots skillnaderna, finns en viss trend mot ökad samordning av landstingens ersättningssystem. Det finns därmed anledning att ge landstingen möjlighet att i första hand fortsätta det arbetet på frivillig väg men med ledning av de principer som utredningen rekommenderar. Frågan bör följas av regeringen och om åtgärder inte fortsatt vidtas i önskvärd riktning bör lagstiftning övervägas (se nedan).

Gemensamma ersättningsprinciper för primärvården

Mot bakgrund av Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) samt genomförda hearingar och andra besök och intervjuer ser utredningen ett behov av ett antal gemensamma utgångspunkter eller principer som bör ligga till grund för ersättningssystemens utformning. Utredningen rekommenderar landstingen att utgå från följande principer vid utformningen av ersättningssystemen i primärvården.

1. Långsiktighet och stabilitet ska vara grunden i ersättningssystemen

En av de vanligaste invändningarna mot ersättningssystemen är att de frekvent justeras. Även om grunderna i ersättningen normalt ligger fast ändras inriktningen delvis, t.ex. genom användningen av målrelaterad ersättning. I ersättningssystem som framhålls som positiva exempel har framkommit att man låter ersättningssystemet ligga fast över flera år för att skapa långsiktighet och stabilitet för utförarna. En sådan inriktning blir mer naturlig om också detaljstyrningen minskar (se nedan). Det är också principiellt tveksamt att en offentlig aktör på så långtgående sätt som nu ofta sker använder sin ställning i avtal med privata aktörer för att möjliggöra ändringar i avtalsvillkoren. De problem det skapar gäller dessutom i lika hög grad den verksamhet som bedrivs i landstingets egen regi. En betydligt större restriktivitet från det offentligas sida bör intas när det gäller ändringar.

En princip bör därför vara att inga ändringar av betydelse för ersättningen får göras oftare än vart tredje år.

2. Årlig uppräknings av ersättningen ska följa kostnadsutvecklingen i vården med ett påslag för omställningen mot en nära vård

I avsnitt 5.6.4 framgår att kostnaden för primärvården inte ökar i samma takt som för hälso- och sjukvården i övrigt. Parallellt med denna utvecklingstrend finns en annan utveckling som innebär en långsam glidning av åtgärder från den specialiserade vården till primärvården. Den senare trenden är inte ny utan en del i mot att allt mer av vården kan göras i öppna former och kan också vara en viktig del i omställningen mot en mer nära vård. Men det förutsätter att resurserna hänger med, vilket alltså inte alls varit fallet under över-skådlig tid. Redovisningar av de med åren allt större underskotten i den offentligt drivna primärvården visar också på en allt mer ohållbar situation där resurserna inte matchar det åtagande som vilar på primärvården.

En princip bör därför vara att ersättningen till utförare i vårdvals-systemen ska uppräknas årligen utifrån ett index, med beaktande av eventuella ändringar av uppdragets omfattning och liknande. Utgångspunkten för uppräkningsen bör vara kostnadsutvecklingen inom hälso- och sjukvården, t.ex. genom att SKL:s vårdprisindex tillämpas.

I syfte att påskynda omställningen av hälso- och sjukvården mot en starkare primärvård rekommenderar utredningen vidare landstingen att göra ett påslag på uppräkningsen. Detta kan vara en del i det åtagande som utredningen rekommenderar landstingen att göra (gemensamt med staten) för en satsning på primärvården (se avsnitt 17.1.9).

3. Enkel fast ersättning (kapitering) för listade patienter eventuellt kompletterat med rörlig ersättning utan snedvridande incitament

I avsnitt 5.4.3 framgår att den absoluta merparten av landstingen använder en hög grad av kapitering som utgångspunkt. Denna tämligen gemensamma utgångspunkt är en styrka för de nationellt utformade ersättningsprinciperna. Det är dock, särskilt med hänsyn till förslaget om den utvecklade valfriheten i form av listning, viktigt att kodifiera landstingens praxis.

En princip bör därför vara att fast ersättning till utförare i primärvården för listade patienter genom kapitationsersättning är grunden och den klart största delen i ersättningsssystemet. Kapitationsersättning är också enligt utredningens uppfattning den typ av ersättning

som är mest innovationsfrämjande eftersom den bjuder på större frihet för utövaren.

En tämligen stor konsensus verkar hittills råda om att kapiteringen kan behöva kompletteras med någon rörlig komponent, vilket också är utvecklingen internationellt sett. Det kan tyckas rimligt att besöksersättning utgår för att i viss mån stimulera produktivitet. Tillkomsten av olika digitala kontaktvägar har dock komplicerat bilden kring eventuell besöksersättning. Förutom videobesök finns bl.a. chatt och kommunikation via patientjournalen. Det är viktigt att utföraren har möjlighet och incitament att välja den effektivaste kontaktvägen. Att ersätta utifrån typ av kontaktväg riskerar att vara direkt kontraproduktivt och att skapa mer administration. En eventuell besöksersättning bör således vara oberoende av kontaktform. Även detta skapar dock problem. När är en enkel chatt på någon enstaka rad en kontakt som ger en intäkt? Mycket talar enligt utredningens uppfattning för att tillkomsten av digitala kontaktvägar bör leda till att ”kontaktersättning” avskaffas och att kapiteringen blir än mer dominerande i ersättningssystemet. En lite uppgiven slutsats kan vara att kapitering är det minst dåliga ersättningssystemet.

Det finns ytterligare risker med nuvarande rörliga ersättningar. Snedvridande incitament skapas genom olika ersättningsnivåer. Utredningen bedömer att det därför är viktigt att i den mån någon form av rörlig kontaktersättning tillämpas bör den totala ersättningen som utföraren får vara densamma oavsett om besöket görs av listad, olistad eller utomlänspatient. Besöksersättningen ska inte skapa snedvridande incitament att ta emot icke-listade patienter. Detta avser den totala ersättningen en utförare får för ett besök, dvs. landstingets ersättning samt patientavgift. I de fall ett landsting beslutar om en högre patientavgift vid besök där patient inte är listad, ska landstinget samtidigt betala ut en lägre besöksersättning till utföraren så att den totala ersättningen som utföraren erhåller är samma oavsett patient. Utförare ska inte ha olika incitament att ta emot en listad eller olistad patient av ekonomiska skäl.

4. Justering för att styra mot de med störst behov

Samtliga landsting använder i dag s.k. riskjustering av kapitationsersättningen. Vilka faktorer som används för att justera ersättningen och i vilken grad de används varierar dock mycket. Vi menar att de variabler som inte kan manipuleras är särskilt viktiga i detta sammanhang. Exempel på sådana variabler är ålder, socioekonomiskt index, samt geografi.

Flertalet landsting har under de senaste åren börjat använda justering genom s.k. ACG (Adjusted Clinical Groups). Fördelar med det systemet anses vara en mer rättvisande fördelning av ersättning utifrån verklig vårdtyngd. Nackdelar anses vara att man genom att basera ersättningen på diagnossättning riskerar att patienten ”överdiagnostiseras”. I bl.a. *Effektiv vård* (SOU 2016:2) uppmärksammas riskerna med att sammanblanda data som kan användas för kvalitetsutveckling med rapportering i syfte att få ersättning och att data därmed kan komma att korrumpas av ekonomiska motiv. Utredningen är därför tveksam till den alltmer utbredda användningen av ACG.

5. Minskad detaljstyrning men ökad styrning mot kontinuitet och tillgänglighet

När vårdvalssystemen i primärvården sjösattes för 10-talet år sedan och landstingen utformade sina styr- och ersättningssystem skedde detta i en period då new public management stod på topp. Detta medförde i många fall en uttalad detaljstyrning. Exempel på detta var särskild ersättning för läkemedelsgenomgång och olika typer av livsstilsfrågor, vilket innebar att styrsystemen tog sig in i patientmötet. Som en läkare uttryckte det i arbetet med *Effektiv vård* (SOU 2016:02); ”vi är numera tre i rummet, patienten, jag och beställaren”. Av ekonomiska skäl (ersättning) utförde läkare ibland moment som inte kändes motiverade i det enskilda fallet. Frihetsgraderna blev beskurna, vilket riskerar minska engagemang och motivation hos personalen. Det finns också en risk att patienten i mötet blir bedömd som lönsam eller olönsam. Uttalad detaljstyrning utgör ett skolexempel på bristande tillit. I linje med utredningens uppdrag att gå mot en tillitsbaserad styrning utgör minskad detaljstyrning ett av de viktigaste momenten.

Som framkommit i kapitel 6 är kontinuitet avgörande för att nå både ökad nöjdhet med vården och ökad effektivitet. Kontinuitet bör därmed belönas i ersättningssystemen. I dag har många utförare kostnadsansvar när en patient gör besök hos annan vårdgivare. Som ett komplement till sanktioner bör de utförare som arbetar kontinuitetsbaserat belönas. Vissa exempel finns där andelen besök till samma person i vården mäts. Utredningen ser att detta också skulle kunna åstadkommas genom att kapiteringsersättningen ökar ju längre en patient är listad hos en utförare. På så sätt frångår vi att utförare straffas för att deras listade patienter söker sig till en annan vårdcentral för ett besök. I stället ges de utförare som arbetar på ett sätt som ger nöjda patienter, nöjda professioner och systemeffektivitetsvinster en belöning för att deras patienter stannar hos dem för att de värnar om listad population, samtidigt som det minskar incitamenten att försöka få tillfälliga listningar för isolerade besök.

6. Medicinsk service och läkemedel i ökad utsträckning en s.k. fri nyttighet för utförare inom primärvården

Som framkommit i kapitel 5 är det fortfarande mycket vanligt att utförare bär ett kostnadsansvar för både listade patienters agerande och för användningen av undersökningar (medicinsk service) där man själv inte förfogar över resurserna. I elva av landstingen har t.ex. utförarna kostnadsansvar när en patient har en digital kontakt med en läkare hos en annan utförare.

Kartläggningen av landstingens ersättningssystem visar att den stora majoriteten har olika former av kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel. För en vårdgivare kan kostnadsansvaret ha nästan lika mycket betydelse för det ekonomiska utfallet som intäkterna via ersättningssystemet. Det finns med andra ord incitament för en utförare att spara in på utgifter för medicinsk service och läkemedel. Det är väl känt att det lätt uppstår ett s.k. ”Svarte Petter-spel” framför allt när det gäller dyrare undersökningar. Kan man få undersökningen utförd av en annan vårdgivare uppstår en vinst för utföraren. Detta medför ineffektivitet. Det kan också diskuteras om det är förenat med god patientsäkerhet att ha incitament att avstå från undersökningar. Utredningen har enligt direktiven till uppgift att föreslå ökade inslag av tillitsbaserad styrning. Det kan ifrågasättas om inte dagens utbredda kostnadsansvar är uttryck för brist på tillit.

Från tjänstemän i landstingen uttrycks inte sällan en oro att om inte vårdgivaren beläggs med kostnadsansvar kommer utgifterna att skena. Utredningen vill uppmana landstingen att i ökad utsträckning pröva om inte merparten av medicinsk service och läkemedel kan utgöra en s.k. fri nyttighet. Om fri nyttighet införs blir det givetvis extra viktigt med uppföljning av konsumtionen. Detta kan med fördel göras på samma sätt som många läkemedelskommittéer arbetar: man tar fram jämförande statistik och åker ut till utföraren ett par gånger per år och diskuterar utförarens konsumtionsmönster.

7. Ingen olikbehandling av utförare, snedvridande incitament eller särbehandling av kontaktform

Ersättningen till utförare varierar i nuläget starkt beroende på om patienten är listad, olistad eller en utomlänspatient. Som framgår av analysen i bl.a. kapitel 8 riskerar detta att skapa snedvridande incitament för utförare. Av kapitel 10 framgår vidare att genom ersättningarna för utomlänsvård uppstår en särbehandling av vårdgivare som bedriver vård med den inriktningen.

Utredningen bedömer att det finns skäl att skapa ett mer enhetligt system där det inte längre ges incitament att bedriva vården i någon särskild form eller särbehandla någon grupp av patienter. Flera andra av utredningens förslag handlar om detta. Men därtill bör landstingen säkerställa att ersättningsnivåerna så långt som möjligt blir enhetliga.

Samma ersättningsprinciper bör gälla den nationella taxan

Som framgår av kapitel 2 har utredningen inte närmare utrett s.k. nationella taxan (lagen om läkarvårdsersättning). Denna fråga behandlas i stället av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*. Nu föreliggande utredning vill i detta sammanhang betona att det vore önskvärt att så långt möjligt inrätta ett gemensamt system för primärvården där samtliga utförare konkurrerar på lika villkor och är valbara genom listning samt att samma ersättningsprinciper tillämpas för hela primärvården. Eftersom vi inte utrett frågan tar vi däremot inte ställning för om den särskilda etableringsformen som taxan innebär bör bestå eller inte.

Om de gemensamma ersättningsprinciperna inte används bör regeringen överväga ytterligare åtgärder

Utredningen anser att det finns starka skäl för staten att säkerställa att landstingen agerar mer gemensamt, inte minst utifrån ovan nämnda bedömningar att förslaget till nationellt grunduppdrag för primärvården behöver förenas med en ökad enhetlighet i landstingens ersättningssystem. Regeringen bör noga följa utvecklingen på detta område (se avsnitt 17.7.4) och om ett ökat gemensamt agerande inte finns inom två år bör regeringen överväga ytterligare åtgärder, i form av reglering av de nationella ersättningsprinciperna.

17.4.4 Behov av översyn av riksavtalet och ersättningsnivåer i vissa fall

Utredningens rekommendation: Landstingen bör ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård.

Skälen för utredningens rekommendation: Riksavtalet för utomlänsvård har med vissa justeringar funnits länge. Senast 2018 påtalade en intern arbetsgrupp, på uppdrag av landstingens ekonomidirektörer, behovet av en mer omfattande översyn med inriktning mot en mycket mer *enhetlig tillämpning* och ett *nationellt listningssystem, gemensamma ersättningssystem* och mer *enhetliga patientavgifter* (se avsnitt 9.2).

Utredningen delar bedömningen av behovet av en översyn med denna inriktning, vilken väl överensstämmer med utredningens förslag och rekommendationer i detta betänkande. I den utveckling som går mot ett generellt ökande samarbete och med ökade inslag av nationell styrning finns det skäl att pröva om grunderna för ersättning landstingen emellan också bör ändras. T.ex. finns i nuläget ett betydande mått av transaktioner landstingen emellan där det finns anledning att pröva betalningsströmslogistiken. En mer övergripande fråga är också om avtalet i ökad utsträckning bör utgå från schabloner och där det t.ex. skulle kunna byggas upp en fond för utomlänsvården, som innebär ett gemensamt ansvar.

Det har också framkommit ett behov av att se över ersättningsnivåer för det som görs inom primärvården men som innebär ett

utökat uppdrag. Ett tydligt sådant exempel är primärvården på turistorter, t.ex. i de svenska fjällen där olika typer av traumavård är vanligt förekommande. Åtgärder som röntgen, gipsning, osv. verkar enligt uppgifter till utredningen inte ges kostnadstäckning för närvarande. Det medför att intäkter behöver hämtas hem från enklare åkommor nu, vilka i en nära framtid i ökad grad kommer att hanteras av den utförare där patienten är listad, genom distanskontakter. Ersättningen bör således bli mer transparent och bättre återspegla faktiska förhållanden. En sådan översyn bör också ta ställning till om vissa typer av vård eller vissa förhållanden kan behöva särbehandlas för att upprätthålla en nödvändig service.

17.4.5 Konkurrensneutralitet

Utredningens bedömning: Flera av utredningens förslag och rekommendationer kan påverka konkurrensneutralitet och transparens om uppdraget positivt.

Skälen för utredningens bedömning: Som framgår av kapitel 2 verkar frågor om konkurrensneutralitet komma att hanteras av en annan utredning än den nu föreliggande. Det finns ett flertal frågeställningar som skulle behöva hanteras i ett sådant, sannolikt bredare, sammanhang än vad som ryms inom utredningens uppdrag. Exempel på frågor är moms, hantering av underskott och sistahandsansvar.

Men vi bedömer ändå att flera av våra ställningstaganden har betydelse för konkurrensneutraliteten. T.ex. bör gemensamma nationella principer för ersättning, inklusive en årlig uppräknings av ersättningen enligt index skapa goda förutsättningarna för att offentliga och privata aktörer ges samma ekonomiska villkor att verka i primärvården.

Vidare har utredningen lämnat landstingen flera rekommendationer som kan bidra till ökad transparens om uppdragets innehåll och vilka förväntningar som finns när det gäller t.ex. kontinuitet och digifysisk tillgänglighet.

17.4.6 En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården

Utredningens rekommendation: Landstingen bör fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare samt fördjupad analys eller medicinsk revision.

Skälen för utredningens rekommendation: SKL har tagit fram en basmodell för uppföljning som är avsedd att vara ett stöd för varje landstings eget beslut om metoder och indikatorer för uppföljning av primärvårdsverksamhet. Modellen utgår från flera olika former av uppföljning men där dialogbaserad uppföljning står i fokus. Bakgrunden till framtagandet var bl.a. att det finns stora skillnader i landstingens arbete med uppföljning av primärvården vad gäller metoder och ambitionsnivå.

Utredningen bedömer att den minskade detaljstyrning som rekommenderas i avsnitt 17.4.3 behöver gå hand i hand med en förbättrad uppföljning. Vi ser det som grundläggande för en mer tillitsbaserad styrning att minska detaljer i hur utförarnas agerande styrs samtidigt som beställaren genom dialog fokuserar på hur väl utföraren når resultat som är centrala för primärvården. Utredningen rekommenderar att samtliga landsting inför sådana system för uppföljning som basmodellen bygger på. Inspiration finns också i hur läkemedelskommittéerna genom dialog arbetar med uppföljning av läkemedelsförskrivning.

17.5 Nationell tillståndsprovning och förutsättningar för provning av utförare

17.5.1 Nationell tillståndsprovning inom hälso- och sjukvården bör inte införas

Utredningens bedömning: Det finns för närvarande inte skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade.

Skälen för utredningens bedömning: I kapitel 12 har utredningen utgått från de olika modeller för tillståndsprovning som framkommit i tidigare betänkanden och analyserat behovet av tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården. Vår analys är att det inte finns behov av

att införa ytterligare tillståndsprovning i hälso- och sjukvården. I utredningens dialog med sjukvårdshuvudmännen har inte avsaknaden av tillståndsprovning framförts som ett problem i hälso- och sjukvården utan bedömningen är att huvudmännen redan har en tillräcklig provning av privata aktörer som man ska sluta avtal med. Detta gäller i synnerhet provning av ägare och ledning. Tvärtom har lyfts fram att det finns en betydande risk för dubbelarbete om en tillståndsprovning skulle införas. Det är enligt tidigare bedömningar inte heller möjligt att införa en tillståndsprovning som omfattar offentliga verksamheter. Vi bedömer att den nuvarande provningen i kombination med kontroll, uppföljning och tillsyn är tillräcklig.

Inte heller finns det skäl att införa tillståndsprovning i form av på förhand definierade kvalitetskrav för hälso- och sjukvården. En sådan ordning riskerar att gå på tvärs med utvecklingen av kunskapsstyrningen i övrigt och kan dessutom innebära ett trögrörligt system. Slutligen har det inte framkommit något behov av att införa en provning i förhållande till begränsningar för att främja särskilda ändamål, t.ex. vinstbegränsningar. Sådana begränsningar har för andra områden nyligen avfärdats av riksdagen och det har inte framkommit behov av tillståndsprovning med hänsyn till något annat syfte.

17.5.2 Vägledning för landstingens provning av utförare

Utredningens förslag: Upphandlingsmyndigheten ska få i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för provning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering. Vägledningen riktar sig till huvudmän för hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens förslag: Under 2011 tog Kammarkollegiet på regeringens uppdrag fram en vägledning för upphandling enligt LOV (Kammarkollegiet 2011). Som framgår i avsnitt 12 önskar huvudmännen någon form av nationell standard eller till och med riktlinjer för hur man gör en provning. Den vägledning som finns sedan tidigare verkar inte (längre) vara väl känd och förändringar i lagstiftning och landstingens styrning kan sedan dess ha gjort att vägledningen behöver uppdateras. Utredningen föreslår därför att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en behovsanalys i dessa frågor.

Om analysen visar att uppdateringar av vägledningen behövs ska myndigheten också genomföra dem. Eftersom det är möjligt och ibland också önskvärt att LOV och LOU används parallellt (se avsnitt 17.3.5) bör vägledningen innefatta vilka överväganden som behöver göras i de fallen. Syftet är att ge huvudmännen stöd i arbetet, vilket är värdefullt för alla huvudmän men särskilt för mindre huvudmän, inte minst kommuner. Ett sekundärt syfte är också att bidra till en mer enhetlig process för utförare som vill bedriva verksamhet hos flera huvudmän. Arbetet bör bedrivas i dialog med huvudmännen.

17.5.3 Nationellt register över prövade utförare

Utredningens rekommendation: Regeringen bör ta initiativ till att utreda förutsättningarna för ett nationellt register över utförare som har deltagit i någon process för prövning inom hälso- och sjukvård.

Skälen för utredningens rekommendation: En fråga som har väckts till utredningen är hur huvudmännen kan hantera situationer där utförare eller personer i ägar- eller ledningsställning och som har bedömts olämpliga i ett landsting rör sig mellan landstingen. Det har vid upprepade tillfällen uttryckts önskemål om ökat informationsutbyte i sådana frågor. Bl.a. har önskemål om ett nationellt register över vårdgivare som har deltagit i en prövning enligt LOV eller LOU, med uppgifter om vårdgivaren godkänts, uteslutits eller om avtalet senare har avslutats. Ett sådant register skulle t.ex. kunna innehålla information om utförare som har prövats i något landsting eller kommun, samt vilken status deras ansökan har eller har haft och i vilket landsting eller vilken kommun. Kommuner och landsting skulle kunna begära uppgifter från registret och skulle också vara skyldiga att rapportera till det. För utförare som avser bedriva verksamhet hos flera huvudmän kan det leda till en snabbare och enklare process. Det ger också huvudmännen möjligheter att ta del av information i det fall att en utförare, som exempelvis vid misskötsamhet har fråntagits avtal hos en huvudman, söker en etablering hos en annan huvudman.

Utredningen har inte haft möjlighet att närmare analysera de rättsliga och praktiska förutsättningarna för ett sådant register. Men vi

bedömer att det skulle vara av intresse att göra det, bl.a. för att bidra till stringens och effektivitet i landstingens prövningar.

17.6 Minskat beroende av inhyrd personal

17.6.1 Bättre upphandling och marknadskontroll

Utredningens rekommendation: Landstingen bör samverka bättre vad gäller frågor kring bemanning. Bland annat bör de gå samman, nationellt och/eller alternativt sjukvårdsregionsvis, för att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster. SKL bör kartlägga landstingens modeller för upphandlingar för att möjliggöra lärande.

Utredningens förslag: Upphandlingsmyndigheten ska få i uppdrag att ta fram specifik vägledning för bättre upphandling av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Upphandlingsmyndigheten ska också ta fram en vägledning för samordnade eller gemensamma upphandlingar inom området.

Utredningens rekommendation: Regeringen bör fortsätta bevaka utvecklingen på området. Om utredningens förslag inte ger önskat resultat bör regeringen överväga andra åtgärder. Landstingen och SKL bör fortsätta arbetet med att transparent redovisa statistik kring bemanning.

Skälen för utredningens förslag och rekommendationer: Marknaden för inhyrning av personal i vården, så som den ser ut i dag, är inte välfungerande. I nuläget ser utredningen att landstingen inte använder sig av hela det handlingsutrymme som finns att tillgå och att det därmed finns utrymme för förbättringar på efterfrågesidan. Utredningen lämnar därmed förslag och rekommendationer för att främja en bättre upphandling från landstingens sida. Förslagen innebär dels att regeringen bör låta ta fram vägledning för en bättre upphandling. Parallellt med detta bör landstingen utöka samordnade upphandlingar på området och gemensamt arbeta för att stärka sin position och samverkan. Förslagen förutsätter att landsting och utförare i vården fortsätter arbetet med att främja att göra det attrak-

tivt att arbeta som anställd eller som ambulerande inom en intern bemanningspool i de lägen det anses lämpligt.

Ökad samverkan mellan landstingen och samordnad upphandling

I upphandlingssammanhang brukar det ofta anses att högre volym korrelerar med mer inflytande och bättre villkor, inklusive pris. I många andra sammanhang inom hälso- och sjukvården utnyttjar landstingen detta. Landstingen upphandlar t.ex. gemensamt på områden som läkemedel och journalsystem. SKL har också ett helägt bolag, SKL Kommentus, vars uppgift är att upphandla för kommuner och landstings räkning. Utredningen har inte funnit någon anledning att tro att bemanningstjänster skulle utgöra ett undantag där samordning inte skulle löna sig. Ytterligare en anledning till samordning är att landstingens motpart, bemanningsföretagen, i många fall är nationella aktörer som genom bristen på samordning kan spela ut landstingen mot varandra.

Som förklaring till varför landstingen upphandlar var för sig anges att de ska kunna lära av varandra. Utredningen har dock inte erfarit att detta lärande i realiteten kommit att påverka sätten att upphandla. SKL bör för detta syfte göra en kartläggning av landstingens modeller för upphandlingar för att möjliggöra ökat lärande.

Utredningen ser också att i de fall det är lämpligt bör landsting kommunicera om bisysslor och karenstider så att inte patientsäkerheten riskeras.

Bättre upphandling minskar inte per automatik efterfrågan

Att få bra ramavtal på plats gör att processen för att hyra in personal blir enklare och kan t.o.m. på så sätt öka inhyrningen. Landstingen bör därför fortsatt också arbeta med faktorer som kan motverka behovet av inhyrning, exempelvis via dispensförfaranden och att beslut om inhyrning tas på relativt hög nivå i organisationen. Samtidigt bör det bli lättare att anställa på fast tjänst. När behovet inte är tillfällig arbetskraft, utan att det faktiskt finns vakanser, får det inte vara lättare att hyra in än att anställa. Ofta är anställningsprocesser långa, administrativt krävande och kräver mycket tid av chefer.

Landstingen måste därför parallellt arbeta med att stödja verksamhetschefer i detta arbete. Det kan handla om att tillhandahålla bra it-system men också att erbjuda tillgång till snabb rådgivning i anställningsprocesser.

Stödmaterial för landstingens upphandlingar

Det finns i dag generell vägledning att tillgå vid upphandling enligt LOU, men utredningens bedömning är att det finns behov av att staten tar fram en mer specifik vägledning. Det faktum att en stor andel av upphandlingarna sker utanför ramavtal visar på att den specifika branschen med personaluthyrning inom just vård och omsorg är särskilt svår och att landstingen inte tycks ha kontroll över situationen.

Upphandlingsmyndigheten arbetar med att stödja och att bidra till strategiskt arbete på områden som rör upphandling. Myndigheten har också tagit fram stödmaterial för just upphandling enligt LOU och är därmed en lämplig aktör för att gå ett steg längre och i dialog med landstingen ta fram ett stödmaterial för inhyrning av personal.

Stödmaterial för upphandling av inhyrd personal

Vägledningsstödet riktar sig till sjukvårdens huvudmän, dvs. både landsting och kommuner, samt privata vårdutförare. Underlaget är relevant för politiker, tjänstemän och verksamhetschefer. Syftet med vägledningen är att ge ett konkret verktyg för landsting att göra bättre upphandlingar, får ner priserna, öka andelen upphandlingar som görs inom ramavtal och i allmänhet öka kontrollen över situationen. Myndigheten ska ta fram stödet i dialog med landstingen och tillvarata de kunskaper som finns inom den specifika frågan.

Vägledningen ska bl.a. fokusera på förberedande arbete, möjliga skall-krav samt för- och nackdelar med dessa, avtalsuppföljning och sanktioner av avtalsbrott. Vägledningen ska både innehålla checklistor för olika steg i upphandlingen samt analys kring strategiskt arbete för en bättre och sundare upphandling på området. Vägledningen ska ta fram riktlinjer kring prissättning beroende på upp-

dragens längd etc. samt ge stöd i hur man hanterar leverantörer som missköter sig och inte levererar.

Slutligen bör Upphandlingsmyndigheten följa frågan och kontinuerligt föra dialog med landstingen och kommunerna för att kunna utveckla vägledning och bidra till lärande.

Samordnade upphandlingar

Utredningen föreslår också att Upphandlingsmyndigheten ska ta fram en vägledning för genomförande av samordnade upphandlingar. Erfarenheter från landsting som genomfört samordnad upphandling ska tas tillvara i arbetet. Utöver vägledning innebär uppdraget också att presentera information om när det är lämpligt eller fördelaktigt att göra samordnade upphandlingar. Upphandlingsmyndigheten ska också bistå med stöd och analys kring risker för otillåten gemensam upphandling. Vägledningen ska också ge förslag på tillvägagångssätt för hur upphandling bäst görs i väntan på att nya ramavtal är på plats.

Regeringen bör fortsatt följa frågan

De förslag utredningen lägger syftar till att genom bättre efterfrågan, alltså upphandling, också skapa ett sundare utbud. Förslagen tar alltså inte direkt fasta på att öka kontroll eller reglering av utbudet. Utredningen har även övervägt, men inte fullt ut utrett, mer ingripande åtgärder som att stärka upp tillsyn av upphandlingen eller bemanningsföretagen men ser inte att det är prioriterat i nuläget.

Förslagen siktar också mot en ökad transparens och kunskap i frågan. Utredningen ser att SKL och landstingen bör fortsätta utveckla statistik. Det ligger även redan i Konkurrensverkets uppdrag att bedriva tillsyn av upphandling, liksom att det ligger i IVO:s uppdrag att bedriva tillsyn vad gäller patientsäkerhet.

Regeringen bör fortsatt följa frågan om både upphandling, marknaden och patientsäkerhet. Om de förslag och rekommendationer utredningen lägger förverkligas men inte har gett resultat efter några år bör regeringen överväga såväl stärkt tillsyn av landstingens upphandling som någon form av tillsyn, tillstånd eller statlig auktorisation för att bedriva bemanningsbolag.

Utredningen ser att SKL och landstingen bör fortsätta föra, förbättra, utveckla och offentliggöra statistik om priser och volymer över inhyrning av olika yrkesgrupper.

17.6.2 Ökad patientsäkerhet

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ska få i uppdrag att ta fram riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom vården och omsorgen.

Upphandlingsmyndigheten ska få i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållande vid upphandling av personal och vid olika anställningsförhållanden.

Skälen för utredningens förslag: IVO:s tillsyn visar att risken för minskad patientsäkerhet är högre vid arbetsplatser där omsättningen av personal är hög. Bilden bekräftas av möten och hearingar med representanter för vårdcentraler som har hög personalomsättning och erfarenhet av att hyra in personal. Mot bakgrund av detta bedömer utredningen att det finns behov av ökat stöd för att stärka patientsäkerheten vid inhyrning eller när det av andra skäl är en hög personalomsättning.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska ta fram riktlinjer för användandet av inhyrd personal eller för andra situationer där personalomsättningen är hög. Riktlinjerna ska innehålla checklistor för olika delar av arbetet, exempelvis förberedande arbete inför att ta emot personal, introduktion av personal och uppföljning såväl under tiden som efter avslutad tjänstgöring. Socialstyrelsen ska också ta fram riktlinjer för vilka patientgrupper det passar sig bättre och för vilka det passar sig sämre att tas emot av tillfällig personal. Riktlinjerna ska tas fram i dialog med patienter, representanter för landsting och kliniskt verksamma inom olika delar av vården. Dialog ska också föras med Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att ta tillvara deras observationer och granskningar. Uppdraget syftar till att hjälpa enhetschefer och andra med personalansvar i arbetet och bör därför ha formen av just enkla och korta checklistor. Syftet är också att klargöra vem som gör vad för att undvika dubbelarbete. Det kan exempelvis handla om att tydliggöra var ansvaret ligger att kontrollera legitimation och anmärkningar hos IVO.

Utredningen föreslår vidare att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att kartlägga olika ansvarsförhållanden på en arbetsmarknad med olika typer av anställningsformer och rekryteringsformer. Kartläggningen ska synliggöra hur olika delar av ansvar förflyttar sig vid upphandling via bemanningsföretag och beroende på om arbetstagaren är anställd, egenföretagare eller förmedlas via underleverantör till bemanningsbolaget (se kapitel 16).

17.6.3 Nationellt arbete med planering och dimensionering av kompetensförsörjning

Utredningens rekommendation: Staten behöver ta ett tydligare grepp kring både kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården. Det är en förutsättning för att landsting och andra utförare inom vården ska lyckas med kompetensförsörjningen, och helt nödvändigt för att förbättra förutsättningarna för utförare i glesbygd.

Landstingen bör i sina förfrågningsunderlag ställa krav på att utförare rapporterar statistik om bemanning till Socialstyrelsen. Detta gäller samtliga utförare av vård oavsett driftsform.

Skälen för utredningens rekommendationer: Staten behöver tydligare ta ansvar för grundläggande infrastruktur inom vården, såsom kort- och långsiktig kompetensförsörjning. Utredningen menar att regeringen bör överväga vilken roll den har och bör och vill ha på området och därefter agera långsiktigt och strategiskt. Utredningen kommer inte att lämna egna förslag på området eftersom det redan ligger ett antal närliggande förslag som väntar på att beredas. Den nationella samordnaren för god och nära vård (S2017:01) bär med sig frågan genom arbetet och avser att lägga förslag som berör området. Den nationella samordnaren tar vidare förslag på området från *Effektiv vård* (SOU 2016:02) som föreslog en stående kommitté för samverkan mellan regeringen och huvudmännen avseende kompetensförsörjning och effektivt utnyttjande av befintlig kompetens. Även Specialistsjuksköterskeutredningen föreslår i sitt betänkande (SOU 2018:77) ett nationellt råd inom regeringskansliet som ska identifiera samhällsviktiga kompetensutvecklingsbehov inom vården. Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har flera olika upp-

drag, samt gemensamma uppdrag som rör kompetensförsörjning i vården. De har gemensamt föreslagit ett nationellt råd för kompetensförsörjning med placering på Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har också föreslagit en Central samordningsfunktion inom myndigheten. Det finns alltså redan gott om förslag och utredningens gör därmed bedömningen att det inte behövs ytterligare förslag. Där emot vill vi betona vikten av att arbetet kommer igång och att regeringen behöver ta ställning till hur pass tvingande den nationella kompetensförsörjningsplaneringen ska vara.

Den framtida funktionen, oavsett om det är råd, kommitté eller central samordningsfunktion, bör exempelvis genomföra en internationell utblick för att ta fram information om vad som tycks ge bäst resultat i andra länder. Övriga frågor som utredningen ser som särskilt viktiga att staten tar ställning till är om fördelning av statliga satsningar ska positivt särbehandla glesbygd. Det kan handla om professionsmiljard och sjuksköterskors betalade vidareutbildning etc. Det kan också handla om det tidigare lämnade förslaget om statlig finansiering av specialisttjänster inom allmänmedicin (SOU 2018:39).

Parallellt och i nära dialog med staten måste landstingen bättre samordna och utöka sin planering i frågan.

Förbättrad statistik och ökad transparens

En positiv del i det arbete som landstingen och SKL har bedrivit i projektet Oberoende av inhyrd personal är att nationella data kring inhyrning av personal har blivit mer tillgänglig. Att data följs och offentliggörs bidrar till motivationen och möjliggör lärdomar.

Samtidigt behöver data bli bättre för att ge en heltäckande bild. Utredningen bedömer att samtliga vårdgivare bör rapportera aggregerade data över bemanning, inklusive inhyrning, till Socialstyrelsen. Det innebär att huvudmännen behöver ställa krav i förfrågningsunderlagen vid vårdvalsupphandlingar eller andra upphandlingar om att utförare, oavsett regiform, ska rapportera data till Socialstyrelsen.

17.6.4 Ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd

Utredningens förslag: Den aviserade välfärdskommissionen ska få i uppdrag att särskilt se över kompetensförsörjning, finansiering och närvaro av välfärd i glesbygd.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få i uppdrag att undersöka dels vilken typ av närvaro av hälso- och sjukvård som patienter och medborgare bosatta i glesbebyggda områden förväntar sig och värdesätter, dels vad som krävs för att vårdpersonal ska vilja långsiktigt arbeta i glesbygd. Myndigheten ska också kartlägga hur andra länder styr, ersätter och i övrigt stimulerar närvaro av särskilt primärvård i glesbygd. Uppdraget ska genomföras så att ovan nämnda välfärdskommission kan ta del av resultaten.

Skälen för utredningens förslag: En fråga som återkommer genom hela beskrivningen av problematiken kring kompetensförsörjning är att det är svårare att rekrytera i glesbygd. Problemet är en del i en ond cirkel där försummelse av mer glest befolkade områden leder till minskad närvaro av service – och minskad närvaro av service gör att området blir mindre attraktivt att bo i. Hälso- och sjukvården kan inte enskilt lösa detta problem men genom en tydlig satsning på tillgänglighet av vård i glesbygd kan samhället vinna både på den direkt ökade tillgängligheten till vård men också genom att närvaron i sig ökar servicen. Det kan därmed bidra till att göra samhället mer attraktivt för annan service och för människor att bosätta sig, något som på längre sikt kan förbättra förutsättningarna för att rekrytera personal till vårdcentraler i glesbygd. Regeringen och partierna bakom den s.k. januariöverenskommelsen har utlovat att det ska bli enklare att bedriva vård på landsbygden. Kostnadsutjämningsutredningen (2018:74) noterade att kostnader för inhyrd personal i hög grad samvarierar med en glesbygdsfaktor. För landstingens del föreslogs därför att lönekostnads-beräkningarna ska inkludera merkostnader för bemanning i glesbygd. Den föreslagna compensationen baseras på grad av glesbygd, och påverkas därför inte av det enskilda landstingets användning av hyrpersonal. Eftersom hela primärvården är underdimensionerad ser dock utredningen att det behövs fler åtgärder än utjämning landstingen emellan.

Utredningen har övervägt ett antal alternativa förslag på detta område (se avsnitt 16.7.2) men gjort bedömningen att frågorna för-tjänar att utredas i ett annat sammanhang. Frågan bör behandlas inom ramen för övergripande frågor om samhällsservice i glesbygd, inte enbart sjukvård. Det förslag vi lägger för ökad närvaro i glesbygd är en rekommendation till landsting om att använda sig av avgränsade vårdvalsuppdrag för att attrahera fler att arbeta i glesbygd (se avsnitt 17.3.4). Samtidigt ser vi att frågan är så pass viktig att kunskapen behöver stärkas och att det därefter kan läggas fler skarpa förslag. Vi lägger därmed två förslag för att öka kunskapen och med syfte att det ska läggas skarpa förslag inom en tvåårsperiod.

Långsiktig finansiering av välfärd med särskilt fokus på glesbygd

Regeringen aviserade den 5 juli i år att en välfärdskommission ska tillsättas under hösten för att hitta metoder för att stärka välfärden framöver (regeringen.se 5 juli 2019). Utredningen föreslår att denna kommission ska ges i uppdrag att särskilt överväga hur staten bäst bör agera för att främja närvaro av välfärd i glesbygd. I uppdraget bör ingå dels överväganden om vilken roll staten bör ha vad gäller närvaro av välfärd nationellt och särskilt i glesbebyggda områden, dels specifika förslag på hur kompetensförsörjningen, finansieringen och närvaron av välfärd kan stärkas i glesbygd.

Ökad kunskap om vad patienter och medborgare förväntar sig vad gäller vård i glesbygd

Utredningen föreslår att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) får i uppdrag att göra en kartläggning och analys av olika aktörers förväntningar vad gäller vårdens närvaro i glesbygd. Analysen ska ge underlag kring patienter och medborgares förväntningar och ska exempelvis kunna svara på vad de som bor i glesbygd vill ha för att de ska anse att de har vård nära sig. Räcker det med digital tillgänglighet? Vill de ha en fysisk vårdcentral nära? Vill de ha fysisk närvaro men det räcker att den är mobil och exempelvis kommer dit en gång i veckan? Vill de ha en fysisk plats där de kan koppla upp sig (exempelvis hälsorum)? Frågorna ovan är sådant som analysen kan tänkas ge en bättre bild av.

Analysen ska också bidra till ökad förståelse för vad som krävs för att vårdanställda ska vilja arbeta i glesbygd. Är det en lönefråga eller handlar det om vilken typ av anställning och uppdrag som erbjuds? Analysen bör göras i samverkan med lokala fackförbund för de olika professionerna. Inom denna fråga ryms också frågan om hur moms på inhyrd personal påverkar vårdutförare i glesbygd. Denna sistnämnda fråga bör dock därutöver utredas vidare i särskild ordning.

Slutligen ska analysen också ta fram en internationell utblick över hur andra länder arbetar med frågan, vilken roll staten och övriga aktörer har och hur man styr kring kompetensförsörjning etc. Tänkbara länder att studera är Norge, Kanada och Australien.

Arbetet ska bedrivas i samråd med andra aktörer och ta tillvara den kunskap som redan finns. Utöver lokala fackförbund som nämns ovan bör relevanta landsting bjudas in att bidra till arbetet, exempelvis har Region Dalarna gjort en intervjustudie på området och Centrum för glesbygdsmedicin har gjort en kartläggning av internationella projekt och deltar själv i internationella projekt.

Uppdraget ska genomföras med en sådan tidsram så att den ovan nämnda välfärdscommissionen kan ta del av resultaten.

17.7 Övriga förslag

17.7.1 Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården

Utredningens bedömning: Parlamentariska kommittéer bör slå fast inriktningen på statens styrning av hälso- och sjukvården. Målet är en ökad långsiktighet, hållbarhet och mer strategisk inriktning på statens styrning.

Utredningens förslag: En offentlig utredning ska få i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar vad gäller konsumtion av vård.

En offentlig utredning ska få i uppdrag att utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras samt om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för informationsinfrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Skälen för utredningens förslag och bedömning: Statens styrning inom hälso- och sjukvården kritiserar ofta för att vara kortsiktig och fragmentarisk (se SOU 2016:2, SOU 2017:48, SOU 2018:55, 2018:47 m.fl.). Exempel på det är de specialdestinerade bidragen ("miljarder") för olika ändamål. Staten blandar sig i en mängd olika frågor på olika områden vilket i slutändan försvårar medborgarnas möjlighet till ansvarsutkrävande i frågor som rör vården.

Statliga utredningar inom hälso- och sjukvården är sällan parlamentariska. Riksrevisionen har påpekat vid ett antal tillfällen att andelen parlamentariska kommittéer minskat. År 1991 var ungefär en tredjedel av alla kommittéer parlamentariska och år 2002 var det en tiondel (RiR 2004). Det kan vara ett tecken på att kommittéväsendet knyts närmre regeringskansliet, att regeringen får större makt över kommittéerna och att kommittéförslagen saknar bred politisk förankring (Antemar 2011). Senaste mandatperioderna har Sverige haft en regering utan majoritetsstöd i riksdagen och som har haft svårt att få stöd för sina förslag. Under samma period har riksdagen i allt högre utsträckning använt sig av möjligheten att rikta tillkännä-

givanden till regeringen. Senast i april 2019 föreslog socialutskottet att riksdagen bör rikta ett tillkännagivande till regeringen om att låta utreda huvudmannskapet för personer som missbrukar och lider av psykisk ohälsa (debatt och beslut den 25 april).

Om statens styrning av hälso- och sjukvården ska bli mer långsiktig, tillitsfull och strategisk krävs uthållighet, mod och att många aktörer bjuds in att bidra i arbetet. Med det behov och den omställning som pågår mot en stärkt god och nära vård är det viktigt att det finns tålamod och enighet i arbetet.

Utredningen ser att ett steg i en sådan riktning är att genom parlamentariska kommittéer ta fram kunskapsunderlag för prioriteringar och förslag på en mer långsiktig och strategisk statlig styrning inom utvalda viktiga områden.

Förutsättningarna för en mer jämlik vård kräver fortsatt utredning

Utredningen har i flera fall stött på frågor som är både viktiga eller avgörande för förutsättningarna för en mer jämlik och behovsbase-rad vård men som kräver överväganden som utredningen varken haft mandat eller resurser att göra. En återkommande fråga är den systemiskt inneboende orättvisa som finns mellan landstingen när det gäller förutsättningarna att skapa en jämlik hälso- och sjukvård och att landstingen varken kan eller klarar att ta ett övergripande gemensamt ansvar för en i Sverige fullt ut universell och solidarisk hälso- och sjukvård. En fråga som delvis hänger samman med detta är hur målet om vård efter behov och prioriteringsprinciperna kan och bör tillämpas eller utvecklas när det handlar om de svåra horisontella prioriteringar som samhället står inför. Det gäller särskilt omställningen från en sjukhustung till en mer nära vård som i ökad grad också kommer att utföras med hjälp av digitala verktyg. Utredningen rekommenderar att regeringen fortsatt utreder dessa frågor.

Frågor som behöver diskuteras och ses över i ett sådant sammanhang innefattar bl.a. följande.

- Har prioriteringsplattformen tillräckligt genomslag i dag, t.ex. när det gäller prevention, och står sig prioriteringsgrupperna och den inbördes ordningen?

- Hur förhåller sig omställningen av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård och de horisontella prioriteringar som det kräver till prioriteringsplattformen?
- Hur förhåller sig utvecklingen mot en delvis mer efterfrågestyrd vård till principen om att den som har störst behov ska ha företräde till vården?
- Hur långt ska det offentliga åtagandet sträcka sig i förhållande till det som individen själv bör svar för när det gäller t.ex. tillgänglighet och stöd vid lindrigare besvär?

En sådan utredning bör också undersöka hur befolkningen ser på jämlik vård och vård efter behov. I den senaste Hälso- och sjukvårdsbarometern (SKL 2019b) framkommer att en minskande andel jämfört med föregående undersökning uppfattar att behovet av vård avgör vilken vård som ges. Att andelen minskar är oroväckande eftersom det är viktigt ur legitimitetssynpunkt att den vård som ges uppfattas ges på lika och behovsbaserade villkor.

Utred ett omtag när det gäller infrastruktur för och hantering av information i vården

Möjligheten att dela information inom vården begränsas både av teknik, att det utgör en arbetsbörda och att juridiken står i vägen för möjligheten i vissa fall. Frågan har utretts tidigare i syfte att hitta vägar framåt för bättre möjligheter att dela information (se SOU 2014:23). Grundläggande delar av förslagen fick kritik av olika instanser under remitteringen och har inte tagits vidare. I juni 2019 tillsattes en utredning rörande dessa frågor (dir. 2019:37). Den utredningen ska bl.a. se över möjligheterna att införa direktåtkomst inom och mellan vissa verksamheter i socialtjänst och hälso- och sjukvård (oavsett driftsform) samt en utvidgad informationsöverföring för kvalitetsutveckling mellan bl.a. vårdgivare i hälso- och sjukvård och kommunala nämnder.

En kvarstående fråga som inte behandlas i de nu nämnda utredningsdirektiven eller i tidigare utredningar är förutsättningarna för att utbyta patientinformation mellan huvudmän och verksamheter i samband med utomlänsvård (se bl.a. SOU 2016:2)

Parallellt med detta kan det ifrågasättas om det är rimligt och kostnadseffektivt att ett land med cirka tio miljoner invånare har 21 (för landsting) plus 290 (för kommuner) olika sätt att organisera it-infrastruktur.

Frågan har ytterligare aktualiserats av de nya typer av utförare inom vården, t.ex. s.k. nätläkare, som arbetar oberoende av geografi och erbjuder sin service nationellt. Dessa utförare, liksom flera av de större sedan tidigare etablerade större privata utförarna tvingas arbeta i landstingens 21 (och kanske också kommunernas) olika journalsystem, vilket är en logisk men inte rimlig effekt. Inriktningen måste gå mot mer nationell infrastruktur inom vården.

Frågan har utretts tidigare men aldrig med fokus på att överväga huruvida staten bör ta över den del av huvudmannskapet som rör it-infrastrukturen i vården.

17.7.2 Uppföljning av den föreslagna reformen av vårdvalet i primärvården

Utredningens förslag: Regeringen ska uppdra åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa den föreslagna reformen av vårdvalssystemen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.

Skälen för utredningens förslag: Den föreslagna reformen av vårdvalet och patientens valfrihet bör noga följas åren efter införandet med särskilt fokus på reformens syften att stärka jämlikhet och öka kontinuiteten i vården. En uppföljning kan t.ex. omfatta följande.

- Listningssystemets funktion och förekomsten av köer.
- Kännedomen om och användningen av listningstjänsten
- Frekvensen av och skälen till omlistning, t.ex. vad som påverkar patientens val i form av behov och utbud, etc.
- Frekvensen av och skälen till besök utanför utförare där man är listad.
- Patientnöjdhet.

- Tillgängligheten till vård, t.ex. genom förekomsten av olika kontaktvägar, öppettider och möjligheter till asynkron dygnet-runt-kontakt, samt uppfyllelse av vårdgarantin.
- Jämlikhetsaspekter vad gäller reformen, bl.a. vad avser förekomsten av listning, omlistning, otrohetsbesök samt begränsning av listor och köer.
- Utvecklingen av utbudet med hänsyn till behoven.

Syftet med reformen är att patienter ska göra ett val som också utgör *en* tydlig väg in i vården för dem. I det engelska NHS-systemet finns en stor digital vårdutförare som också driver fysiska kliniker. En utvärdering visar att det patienter är mindre nöjda med är just tillgängligheten till den fysiska vården. Det är också en högre andel som listar om sig från den digitala aktören. Bland de som listar om sig från aktören i fråga har framkommit att vissa gör det när de har ett ändrat vårdbehov. Det är inte önskvärt att det sker en liknande utveckling i Sverige. Målet är att primärvården fortsätter att vara en sammanhängande vårdnivå och att patienter väljer en utförare som kan tillgodose deras behov både vad gäller fysisk tillgänglighet samt digital tillgänglighet. Denna fråga bör alltså följas nära och åtgärder bör övervägas om en sådan utveckling sker.

18 Ikraftträdande

Utredningens förslag: De ändrade och nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), de nya kompletterande bestämmelserna i patientlagen (2014:821) samt de nya bestämmelserna i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) föreslås träda i kraft den 1 juni 2021.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen bedömer att merparten av förslagen i betänkandet inte kräver något särskilt omfattande förberedelsearbete. När det gäller förslaget till ändring i HSL som avser den listningstjänst som landstingen åläggs att tillhandahålla, samt information till patienten om densamma, liksom förslaget till ny paragraf i HSF om listningstjänsten samt bemyndigandet till Socialstyrelsen att meddela föreskrifter gällande densamma, är det troligt att det kommer att krävas en visst utrednings- och förberedelsearbete av teknisk natur, liksom vissa åtgärder för genomförandet. Ett sådant förberedelsearbete kan förväntas ta något år, varför ikraftträdandet föreslås till den 1 juni 2021. Utredningen förordar ett samlat ikraftträdande för samtliga förslag.

Förslagen bedöms inte kräva någon övergångsreglering. Vissa informationsinsatser kan dock vara behövliga.

19 Konsekvenser av utredningens förslag

Nedan redovisas konsekvenserna av utredningens förslag. Utredningen ska enligt 14–15 §§ kommittéförordningen (1998:1474) göra kostnadsberäkningar och redogöra för andra konsekvenser med avseende på kostnader eller intäkter för staten, kommuner, landsting, företag eller enskilda. Härutöver redovisas också konsekvenserna av förslagen för den kommunala självstyrelsen, barn och unga, jämställdhet mellan kvinnor och män, möjligheten att nå de integrationspolitiska målen för samhället, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, samt för EU-rätten.

Utredningen har delat upp betänkandet i fem tematiska områden för att besvara frågorna i direktiven: vårdval, utomlänsvård, digital utomlänsvård, tillståndsprövning och inhyrd personal. Alla områden överlappar och är av relevans för varandra på olika sätt. Vårdvalssystemen, utomlänsvården och den digitala utomlänsvården inom primärvården hänger särskilt starkt samman och behandlas inom ramen för samma förslag.

Inom samtliga dessa områden har utredningen lämnat både förslag, rekommendationer och bedömningar. Förslagen bör inte ses separerade från rekommendationerna och bedömningarna eftersom allt är viktigt för att få till en sammantagen systemförändring. I enlighet med kommittéförordningen beskrivs dock framför allt konsekvenserna av förslagen i detta kapitel. Endast i undantagsfall görs konsekvensanalyser av rekommendationer och bedömningar. Analyser och utförliga beskrivningar av samtliga förslag, rekommendationer och bedömningar finns i kapitel 17.

19.1 Problembeskrivning och behovet av åtgärder

Problembilder och motiv till att lämna förslag på de olika områdena beskrivs i analyskapitlen, dvs. kapitel 6, 8, 10, 12 och 16, samt i förslagskapitlet, kapitel 17.

Sammanfattningsvis är de problem som utredningen ser med dagens vårdvalssystem inklusive system för fysisk och digital utomlänsvård:

- Primärvårdens underkapacitet försvårar ett fungerande vårdval.
- Kontinuitet och tillgänglighet i primärvården brister. Vårdvalsreformen har i låg grad bidragit till en mer jämlik och behovsbaserad vård. Den nuvarande regleringen och tillämpningen i vissa delar innebär svårigheter att stärka måluppfyllelsen.
- Valets utformning skapar en spänning mellan en efterfrågestyrd och en behovsstyrd vård. Det försämrar förutsättningarna för kontinuitet, effektivitet och god arbetsmiljö.
- Informationen till invånarna är bristfällig när det gäller t.ex. tillgänglighet och kontinuitet.
- Styrningen av vårdgivare inom vårdvalet och styrningen av etableringar inom primärvården har brister. I tillämpningen ges ofta ingen möjlighet för utförare att begränsa antalet patienter per utförare eller per profession. Det finns inte heller någon reglering av antalet omlistningar. I kombination med primärvårdens resursbrist och andra inslag i styrningen blir effekten att utförarna har svårt att planera verksamheten, vilket i sin tur kan medföra risker för patientsäkerheten, dålig tillgänglighet och en ohållbar arbetsmiljö för professionerna.
- Den utvidgade valfriheten för öppen vård genom utomlänsvården minskade ytterligare förutsättningarna för utförare att planera verksamheten. Parallella system har uppstått där patienter tvingas vända sig till olika aktörer beroende på om deras behov kan tillgodoses genom fysiskt eller digital konsultation. Detta ger dåliga förutsättningar för god vård, patientsäkerhet, lärande för professioner inom vården samt systemeffektivitet inte minst vad gäller kostnader

- Ersättningssystemen har brister när det gäller samordning, frekventa ändringar i uppdrag och ersättningar och en hög detaljeringsgrad, vilket inte signalerar tillit. Det försvårar för utförare att planera långsiktigt och en mångfald av snedvridande incitament i styrningen innebär risker för en behovsbaserad vård, inte minst när det gäller utomlänsvården.
- Styrningen skiljer sig mellan huvudmännen, samtidigt som delar av systemet blir mer nationellt. Utredningen bedömer att fler delar behöver bli mer nationellt likriktade, men med möjlighet till lokal anpassning.

För området inhyrd personal ser utredningen att de grundläggande problemen rör långsiktig försummelse av kompetensförsörjning. Utredningen ser dock också ett antal problem som utredningen bör adressera. Dessa kan sammanfattas enligt följande.

- Svag samordning av upphandlingsförfarandet bidrar till en marknad med många och inte alltid seriösa aktörer inom bemanningsbranschen. Landstingen behöver skärpa sina upphandlingar för att bidra till en sundare marknad.
- Hög personalomsättning skapar också sämre förutsättningar för patientsäkerheten och rutiner för hur detta ska hanteras brister ibland.
- Slutligen är problemet med svårighet att rekrytera ojämnt fördelat där landsting med mycket glesbygd har än svårare att rekrytera än landsting med mer tätbebyggelse och särskilt landsting med universitetssjukhus.

Vad gäller uppdraget om tillståndsprovning har utredningen främst sett att det inte finns tillräckligt med stöd i arbetet för landstingens provningar och att det är olika processer som gäller i alla landsting.

19.2 Har alternativa förslag övervägts?

Övergripande alternativa vägar diskuteras i respektive analyskapitel. Vad gäller vårdval har utredningen övervägt alternativa vägar både vad gäller valfrihet och etablering. Eftersom förslagen i slutänden hänger samman för frågorna som rör vårdval, utomlänsvård och

digital utomlänsvård finns de övervägda alternativen för vårdvals-förslagen uppdelade i de olika analyskapitlen. I avsnitt 6.3 presenteras alternativ kring valfrihet och etablering och i avsnitt 8.2.

För digitala primärvårdstjänster har utredningen övervägt och analyserat alternativ kring att införa separat digitalt vårdval eller en nationell vägledningstjänst inklusive digitala konsultationer. Båda dessa har dock avisats till förmån för det nu lagda förslaget om en bibehållen primärvårdsnivå i ett integrerat digifysiskt vårdvalssystem. Dessa analyser utvecklas mer utförligt i avsnitt 10.2.

För frågan om tillståndsplikt har uppdraget varit tydligt definierat som att utredningen ska överväga för- och nackdelar med att införa tillståndsprövning eller dylikt. Denna analys presenteras i kapitel 12.

För frågan om att minska beroendet av inhyrd personal har det övergripande övervägandet handlat om alternativa vägar för statens roll och huruvida det finns en roll för staten i denna fråga. Detta presenteras i kapitel 16. Utredningen har också särskilt övervägt förslag kring att bidra till bättre förutsättningar i glesbygd, se avsnitt 16.7.2.

Alternativ till enskilda delar av förslag diskuteras löpande i detta kapitel.

19.3 Konsekvenser för samhället, samhällsekonomi och de aktörer som berörs av förslagen

I detta avsnitt redovisas de övergripande konsekvenserna av utredningens förslag. Totalt lägger utredningen 18 förslag. I dessa förslag ryms bl.a. ändringar i fyra befintliga paragrafer och förslag till fyra nya paragrafer i lag och förordning.

19.3.1 Reformerat vårdval och patientens val av utförare i annat landsting

Utredningen lämnar sex förslag inom ramen för översynen av vårdvalssystemet. Utredningen gör också ett antal rekommendationer och bedömningar som framför allt riktar sig till landstingen. Dessa ska ses som komplement till förslagen, och bedöms som ytterst viktiga för att uppnå en så god effekt som möjligt för patienten. Dessa

redovisas och analyseras i avsnitt 17. De sex förslagen hänger tätt samman vad gäller syfte och målgrupp.

1. I hälso- och sjukvårdslagen ska regleras att patienten ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom primärvården genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Motsvarande bestämmelser införs i patientlagen. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.1.2.
2. Informationsskyldigheten gentemot patienten förstärks genom en ny bestämmelse i patientlagen som innebär att patienten ska få information om möjligheten att välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.1.2.
3. I patientlagen införs en paragraf som innebär att omval av utförare får ske två gånger per år om det inte finns skäl för annat. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.1.5.
4. I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny bestämmelse som innebär att landstinget får besluta att begränsa det antal patienter som enligt första stycket får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.1.6.
5. I hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny bestämmelse om att vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare i primärvården där patienten är listad. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.1.7.
6. I hälso- och sjukvårdslagen ska införas en ny skyldighet för landstingen att tillhandahålla en listningstjänst. I hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny paragraf med närmare bestämmelser om listningstjänsten som ska innehålla information om samtliga listningsbara utförare samt om deras tillgänglighet för listning. I samma bestämmelse bemyndigas Socialstyrelsen att meddela föreskrifter avseende verkställighet, drift och administration av denna listningstjänst. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.1.3.

Förslagen återfinns i sin helhet i avsnitt 17.1 och syftar övergripande till att skapa bättre förutsättningar för ökad personcentrering och en mer jämlik och behovsbaserad vård för patienter – genom att främja kontinuitet och därigenom också ökad effektivitet i systemet och skapa bättre förutsättningar för god arbetsmiljö för professionerna

och lika villkor för utförarna. Att skapa bättre förutsättningar för att patient och profession ska kunna bygga upp en relation till varandra ökar också förutsättningarna för patientsäkerhet. I avsnitt 17.1.1 beskriver utredningen en framtidsvision där detta utvecklas.

Sammanfattande benämner vi förslagen en *integrerad digifysisk vårdvalsreform*. De alternativ som utredningen sammantaget har övervägt och förkastat till förmån för den integrerade digifysiska vårdvalsreformen är:

- Nollalternativet: att låta systemet löpa på som i dag, där vårdvalet sker genom besök och där digital vård utvecklas dels inom vårdvalsutförandet men också som ett parallellt spår med begränsad integration.
- En återgång till att varje landsting själv riggar ett vårdvalssystem där de väljer mellan LOV, LOU eller andra sätt att sluta kontrakt med utförare.
- Ett system likt det norska där enskilda läkare sluter avtal med huvudmännen.
- Att bryta ut den digitala vården som en nationell vårdnivå aningen genom vårdval eller som en särskild digital tjänst.

Konsekvenser för patienten av ett reformerat vårdvalssystem

Tydligare innehåll i vårdvalet

Kontinuitet är en faktor som patienter värderar högt inom vården. En vårdkontakt som bygger på relationell kontinuitet ökar trygghet, minskar risken för fel, minskar risken för brister i samband med ”överlämningar” samt ökar förutsättningarna för att vården individanpassas och kan möta patientens behov och önskemål om medskapande. Evidensen talar starkt för att i ökad grad organisera vården utifrån kontinuitet. Majoriteten av de som uppger att de har lågt förtroende för vårdcentralen uppger också att den faktor som mest skulle kunna öka deras förtroende är om de fick träffa samma läkare varje gång. Genom att främja olika faktorer som ger ökad långsiktighet i valet av utförare ser utredningen att förutsättningarna för utförarna att erbjuda relationell kontinuitet, t.ex. genom fast läkar- eller vårdkontakt, kan öka.

Genom att återvända till samma utförare kan både den relationella kontinuiteten och informationskontinuiteten utvecklas. Avsikten är att patientens val ska få en större innebörd och ett mer positivt innehåll, t.ex. i form av ökad tillgänglighet och ökade förutsättningar för kontinuitet. Förutsättningarna för att tillgängligheten stärks ökar när vårdgarantin enbart utgår från och följs upp gentemot vårdcentralen där man är listad.

Begränsning i listning och omval kräver ändrade arbetsätt för att tillgängligheten ska stärkas

Dagens primärvårdssystem har stora brister. Tillgängligheten är låg och förutsättningarna för adekvat behovsprioritering är alltför svaga, där de arbetsätt som i dag dominerar ofta innebär att den som först kommer fram också först får hjälp. De huvudmän som i dag tillåter så kallat listningsstopp har begränsad transparens och organisation för detta. Utredningen ser att det behövs ändrade arbetsätt för att förbättra både tillgängligheten och fortsättningarna för behovsprioritering. Två nycklar till detta ser vi är möjligheten att bygga relationer och mer långsiktiga kontakter mellan patienter och professioner, samt att knyta ett tydligare ansvar mellan utförare och den listade population. För att dessa två faktorer ska fungera krävs stor transparens, där möjligheten för utförare att "välja" patienter är minimalt och det krävs att det finns tydliga fördelar för patienter där de är listade. Slutligen krävs också satsningar på primärvården för att det ska finnas valalternativ och listplats för alla. Huvudmännen behöver säkra att patienter inte begränsas i valet.

Att öppna för möjligheten att begränsa listans omfattning hos utförare och samtidigt säga att patienter som norm inte ska lista om sig fler gånger per år än två, är en förändring i den grundläggande strukturen eller normen som hittills har gällt för just vårdvalet (men inte andra valfrihetssystem). Införandet av dessa två policyändringar, allt annat lika, kan innebära en risk för inlåsnings effekter och ojämlikhet. Isolerat garanterar de inte heller någon ökad tillgänglighet. Syftet med förslagen är inte att en sådan utveckling ska ske, utan att det snarare ska finnas ökade förutsättningar för tillgänglighet, jämlikhet och patientnöjdhet. Bland annat därför rekommenderar utredningen landstingen att ställa höga krav på utförare vad gäller fysisk och digital tillgänglighet. Syftet med det är också att landstingen ska

driva på utvecklingen av de digitala arbetssätten, vilket kan bidra till ökad tillgänglighet och effektivitet i vården. De s.k. nätläkarna har illustrerat potentialen i detta men i utredningens förslag ska de digitala arbetssätten integreras med den fysiska vården.

Vidare föreslår utredningen att landstingen ska tillhandahålla en listningstjänst som ökar transparensen i omlistnings- och kösystems-funktionen. I dagsläget finns inga krav på transparens och kösystem i de fall landsting inför så kallade listningstak, vilket flera landsting i dag har gjort. Med transparens i kösystemet ser utredningen att risken för att utförare kan välja patienter är tämligen begränsad, vilket ger bättre förutsättningar för jämlikhet i vårdvalet jämfört med dagens system.

För att främja att vårdvalutförare tillhandahåller hög tillgänglighet föreslår utredningen att vårdgarantin i primärvården gäller där patienten är listad. Utredningens bedömning är att det skapar bättre och mer rimliga förutsättningar för att kunna tillhandahålla tillgänglighet och god kvalitet. Den utförare som inte lyckas erbjuda tillgänglighet riskerar att förlora patienter till andra vårdgivare. För att säkra att det fortsatt är möjligt för patienter att välja bort en vårdgivare ser utredningen att det är viktigt att det finns vårdgivare att byta till. Detta kräver å ena sidan att landstingen arbetar med satsningen på primärvården, men också överväganden kring hur eventuella begränsningar i listor hanteras. Landstingen behöver vidare fortsatt se över ersättningssystemen för att därigenom styra mot de patienter som har störst behov. Exempelvis förutsätter ett valfrihets-system med fri etablering att det inte går att gå runt på få och friska patienter.

För att reformen ska få dessa positiva effekter för patienter och medborgare är det av högsta vikt att landstingen parallellt driver på för andra aspekter såsom digifysisk tillgänglighet hos alla utförare. Detta inkluderar ökad digital tillgänglighet där man som patient när som helst på dygnet kan vända sig till sin valda utförare och påbörja ett ärende, även om svaret kanske inte kommer direkt. Det innebär också att diversifiera patientavgifterna så att egenkostnaden är lägre vid besök hos den utförare där man är listad. Inte minst viktigt är kravställande på utförarna att arbeta utifrån personkontinuitet, dvs. att alla patienter har en fast läkare och ett fast vårdteam. Risken om inte dessa åtgärder vidtas parallellt med lagändringarna inom ramen för det reformerade vårdvalssystemet är att patienter inte blir nöjda

med sina val och vill byta, vilket skapar sämre förutsättningar för trygghet, kontinuitet, kvalitet, lärande och effektivitet. Med ändrade arbetssätt och stöd i digitalisering finns goda förutsättningar att uppnå god tillgänglighet. I kapitel 10 beskriver utredningen exempel på utförare som infört digitala arbetssätt och verktyg. Bland annat såg dessa att det lättade på arbetsbördan för professionerna samtidigt som det skapade kortare köer och telefontryck, samt att behovsprioriteringen blev bättre, eftersom den kunde ske asynkront och prioritering mellan patienter därmed blev bättre. Alltså kunde behovs- och jämlikhetsprioriteringen bli bättre, med samma patientunderlag.

Reformen måste nog följars med fokus på tillgänglighet och ojämlikhet. Det är oundvikligt att helt suddas ut riskerna med ändringar i systemet och eventuella negativa konsekvenser. Dessa måste dock vägas mot förslagets potential till att förbättra systemet, samt mot att låta dagens system pågå oförändrat.

Ökad transparens till gagn för patienter och ett stöd för huvudmän

Att ett system fungerar där både professioner och patienter är nöjda, och där valfriheten fortsatt styr kvalitetskonkurrensen, förutsätter transparens, god tillgänglighet och hög kvalitet. Utredningen ser att förutsättningarna för alla dessa delar ökar med de förslag och rekommendationer som läggs. Utredningen bedömer att en listningstjänst som på ett transparent och sammanhållet sätt uppvisar utbudet och som ger en bild av behovet eller efterfrågan kan ha betydelse för systemet i sin helhet där det tydligare framgår om utbudet matchar behoven, vilket kan ge underlag för prioriteringar.

För patientens del innebär listningstjänsten ökad information till stöd för valfriheten. Jämfört med dagens situation där patienten ofta enskilt behöver kontakta varje vårdcentral, givna tider och med telefonkö, för att försöka få en tid, kan patienten nu i stället se utförarnas tillgänglighet samlad på en plats.

Ram för omlistning stärker stabilitet och kontinuitet och bevarar patientens ställning

Vi vet att medborgare värderar valfrihet högt som princip, och det är därmed en viktig princip att bevara. Patienter ska kunna välja att lista om sig två gånger per år, vilket följer den princip som gäller i det norska fastlegesystemet. Att analysera huruvida det finns en risk att patienter kommer att uppfatta utredningens förslag som en begränsning är inte helt lätt att förutse. Utöver de diskussioner med patientföreträdare som redovisas i kapitel 6 har utredningen studerat frågan utifrån två olika aspekter: hur vanligt det är att patienter listar om sig i dag, samt hur stor andel av de besök som görs i dag, som görs hos annan utförare än där man är listad.

Vårdanalys (2013a) visade några år efter det obligatoriska vårdvallets införande att 24 procent av alla svenskar hade bytt vårdcentral någon gång de senaste tre åren. Drygt en av tio (11 procent) hade funderat på att byta men inte gjort det. Slutligen hade en majoritet, 64 procent, varken bytt eller funderat på att byta vårdcentral senaste tre åren. Även en annan studie visade att ungefär en fjärdedel hade bytt vårdcentral under en treårsperiod (dvs. 2010–2013). Den vanligaste anledningen till bytet var flytt (47 procent) (Konkurrensverket 2014a). Utifrån detta kan vi konstatera att *en majoritet inte skulle komma upp i maxantalet byten på ett år*.

Som beskrivits i kapitel 5 och 6 är det inte bara byte av vårdcentral som visar på patientrörlighet inom vårdvalssystemet i dag. Patienter kan besöka vårdcentraler utan att lista om sig, och förekomsten av denna typ av besök varierar stort mellan landstingen. I Dalarna utgör dessa besök 2,6 procent och i Halland 12,3 procent. I Stockholm är andelen ännu högre men eftersom Stockholm inte tillämpar icke-valsalternativ är det inget bra studieobjekt för denna analys.

Vi vet alltså att andelen besök som sker på den enhet där man är listad varierar mellan landstingen. Dock vet vi inte hur stor andel patienter som gör besök utanför den listade vårdcentralen. Därmed kan vi inte beräkna hur stor andel patienter som eventuellt skulle uppleva sig begränsade av denna reform.

En typ av besök som görs vid annan vårdcentral än där man är listad är digitala utomlänsbesök. De preliminära studier vi sett vad gäller konsumtionsmönster är att de som använder digitala utomlänsvårdstjänster i låg grad kombinerar detta med att, i närtid, besöka

en vårdcentral där de är listade. För de som i dag har vant sig vid att använda en digital vårdutförare när det passar och besöka vårdcentral när det passar, finns en risk att de upplever sig begränsade till en början. Samtidigt har det vid patientundersökningar framkommit att man gärna skulle vilja använda digitala vårdtjänster integrerat i den traditionella vårdcentralen om möjlighet fanns. Syftet med reformen är just detta – att den digitala tillgängligheten hos alla utförare ska öka, och att man genom valfrihetssystemet kan välja en utförare som har riggat det digifysiska på ett sätt som passar en. Utredningen förslår bl.a. därför att reformen ska följas och utvärderas, särskilt med fokus på patienter och medborgares upplevelser (se avsnitt 17.7.2).

Reformen av vårdvalet gynnar patienter med störst behov

Flera analyser visar att kontinuitet har stor betydelse för patienters upplevelse i vården. Patienter som träffar samma personer i vården uppfattar i högre grad att kommunikationen med vården fungerar bra. De uppger också i större utsträckning att de är delaktiga i den egna vården och att de få hjälp med att samordna sin vård än patienter som inte träffar samma personer i vården. Patienter som träffar samma personer i vården är också mer nöjda med sin medicinska vård och ger ett högre betyg till sjukvårdens övergripande kvalitet och tycker att sjukvårdssystemet fungerar bättre. Det har således betydelse för patienter att få träffa samma personer i vården för deras upplevelser av vårdens kvalitet och att det spelar roll för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård (Vårdanalys 2018c).

När Vårdanalys (2018c) analyserar bakgrundsfaktorer hos patienter som har en fast läkarkontakt framträder att patienter med vissa kända vårdbehov jämfört med övriga i större utsträckning har en fast läkarkontakt. Det är också vanligare bland äldre patienter att ha en fast läkarkontakt. Bland patienter med vissa kända vårdbehov är det också möjligt att ha kontakt med en sjuksköterska eller annan personal i vården utöver vederbörandes läkare. Hur förekommande det är att ha en annan regelbunden vårdkontakt följer i stort samma mönster som förekomsten av en fast läkarkontakt. Äldre tenderar i högre grad att ha en regelbunden vårdkontakt än patienter i åldern 35–49 år. Patienternas självskattade hälsa har inget samband med hur vanligt det är att ha en fast läkarkontakt. Däremot framkommer att

det är vanligare med en fast läkarkontakt för särskilt vårdbehövande patienter om de upplever att deras vardag begränsas av deras hälsa än bland de som inte upplever det. Sambandet mellan att ha en annan regelbunden vårdkontakt och patientens självskattade hälsa är däremot starkt för patienter med vissa kända vårdbehov. Patienter med sämre självskattad hälsa har oftare en annan regelbunden vårdkontakt jämfört med patienter som skattar sin hälsa som bättre.

Samtidigt vet vi alltså att patienter med personkontinuitet är mer nöjda och att det är något som de som är mindre nöjda efterfrågar. Utredningens bedömning är därmed att förslagen som syftar till bättre förutsättningar för kontinuitet kommer att vara till gagn för alla patienter och särskilt de patienter som har vissa kända vårdbehov och att detta väger tungt. Som tidigare nämnts bör frågan dock följas noggrant med fokus på patienters upplevelser.

För patienter kan det uppstå en anpassningsperiod när vårdvalet övergår till att bli listning i stället för som i dag besök, men majoriteten kommer med stor sannolikhet inte att märka någon skillnad när det gäller listningen i sig.

Utredningens rekommendation om ickevalsalternativ och att rikta information till dem som har tilldelats en utförare syftar till att öka vårdkonsumtionen hos dem som kanske efterfrågar för lite vård i förhållande till behov. Där fanns alltså fördelningseffekter i syftet.

Konsekvenser för vårdens professioner och utförare av vårdval av ett reformerat vårdvalssystem

Det är inte bara patienter som värderar personkontinuitet. Förslagen syftar också till att skapa bättre förutsättningar för professionerna att kunna arbeta med mer långsiktiga relationer inom primärvården och också att skapa bättre förutsättningar för god arbetsmiljö. Personlig kännedom mellan läkare och patient bidrar till ökat ansvarstagande från läkaren och ökad tillit hos patienten (Borgquist & Engström 2019).

Med tydligare ramar för vårdvalet och ett ökat fokus på långsiktighet i valet ser utredningen att det kommer skapas bättre förutsättningar för utförare att planera verksamheterna. Med ett mer långsiktigt val och med en möjlighet att begränsa sin lista när man ser att tillgänglighet och patientsäkerhet riskerar att bli sämre kan verksamheterna också planera och organisera verksamheten mer

utifrån personkontinuitet där relationen står i fokus. Professionerna får då bättre förutsättningar för lärande i arbetet genom att träffa samma patienter återkommande och ökade förutsättningar att organisera arbetet utifrån ansvarig läkare för varje patient.

Det finns ett uppenbart systemperspektiv också i att professioner upplever sig ha god arbetsmiljö och goda förutsättningar att utföra ett bra jobb – risken att färre söker sig till yrkena torde vara uppenbara om ingen av de två faktorerna finns på plats.

Konsekvenser för huvudmännen och för systemets effektivitet av ett reformerat vårdvalssystem

Förslagen syftar slutligen också till en ökad systemeffektivitet. Flera litteraturstudier visar att det finns en samvariation mellan personkontinuitet och färre inläggningar, färre akutbesök, tidigare diagnosättning, bättre hälsa och ökad produktivitet (Starfield m.fl. 2005, Kringos m.fl. 2010, Cabana och Jee 2004, Sans-Corrales m.fl. 2006, Worrall och Knight 2006). Utöver de uppenbara fördelar för patienter i att kunna undvika olika typer vårdtillfällen finns det också effektivitetsvinster i att undvika onödiga vårdbesök.

Även svenska studier visar på ett samband mellan kontinuitet och produktivitet. En nyligen publicerad studie visar att personer med högre kontinuitet i öppenvården hade lägre kostnader för vård och läkemedel samt lägre sannolikhet för att hamna i slutenvård eller på akutmottagning (Sveréus m.fl. 2017). Studien studerade personer med kroniskt obstruktiv lungsjukdom i Stockholms läns landsting och mätte kontinuiteten till en mottagning.

För huvudmännen finns potentiella vinster i att systemet blir mer effektivt, att vårdens professioner får en bättre arbetsmiljö och planeringsförutsättningar och att patienter blir mer nöjda. Samtidigt kan det uppstå utmaningar för huvudmännen, särskilt under en övergångsperiod, i att se till att det finns utförare och vårdpersonal så att det räcker för alla patienter, när ansvaret tydligare läggs på dem i stället för utförare.

Utredningen lämnar flera förslag och rekommendationer samt gör flera bedömningar som handlar om att svensk primärvård ska styra mer mot kontinuitet, där relation byggs upp mellan professioner och patienter. Sammantaget syftar dessa förslag främst till ökad patientnöjdhet, eftersom vi vet att patienter som får kontinuitet är

mer nöjda, och att det är en aspekt som efterfrågas av dem som är mindre nöjda. Samtidigt finns det utöver patientnöjdhet flera indikationer på att kontinuitet också innebär stora samhällsvinster och resurseffektivitet.

I dagsläget har landstingen riggat vårdvalssystemen olika, exempelvis vad gäller innehåll. I och med att patienter med utredningens förslag kommer att kunna lista sig i annat landsting behöver huvudmännen gemensamt hantera frågor som rör olika innehåll. Ett verktyg i detta arbete är listningstjänsten, där huvudmännen förslagsvis kan rikta information till patienter på ett sådant sätt att det tydligt framgår vad som ingår i vårdvalet i respektive landsting och hos respektive vårdgivare.

Konsekvenser för övriga aktörer

Utredningens förslag innebär att det särskilda ersättningssystem som finns för digitala utomlänsbesök, och som utgår till vårdutförare som inte har egna avtal med huvudmännen enligt LOV, inte längre ska utgå. Detta kommer ha en stor inverkan på de vårdutförare som arbetar som underleverantörer men som inte i tillräcklig utsträckning bidrar till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag.

Utredningens förslag innebär dock att dessa aktörer kan fortsätta att verka antingen med egna avtal med huvudmännen, eller fortsatt som underleverantörer men då med en ersättning som bestäms mellan dem och den vårdvalsleverantörer de sluter avtal med samt i den del de bistår till vårdvalsleverantörens uppdrag.

Detta innebär en omställning för dessa aktörer, som t.ex. i ökad utsträckning kommer att behöva samarbeta direkt med de huvudmän som ansvarar för vården eller med andra utförare.

Vårdval inom utomlänsvård följer samma princip som vårdval inom hemlandstinget

En konsekvens av utredningens förslag att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom listning är att det innebär att även val av utförare i ett annat landsting (utomlänsvård) ska ske genom listning. Den nuvarande möjligheten till utomlänsvård inom primär-

vården i form av tillfälliga besök hos annan utförare än där patienten är listad bedöms begränsas genom förslaget.

Utredningen har övervägt följande tre alternativ.

- Nollalternativet, dvs. bibehålla utomlänsvården som ett parallellt system som bygger på besöksersättning.
- I lag skriva in en geografisk begränsning i var man som patient kan lista sig. Det skulle exempelvis kunna handla om att man listar sig hos utförare belägen högst "x" kilometer från bostad eller arbete.
- Ändra tillbaka till det som gällde före patientlagen 2015, dvs. att vårdvalet gäller inom det landsting där man är folkbokförd.

Utredningen ser att det är viktigt att å ena sidan bibehålla patientens möjlighet till val av utförare i annat landsting, å andra sidan öka kostnadseffektiviteten, integrationen och minska fragmentiseringen i systemet. Patienter gavs genom patientlagen 2015 en möjlighet att söka öppenvård i annat landsting. I dag nyttjas möjligheten i låg grad överlag, med undantag för vissa säsongspåverkade orter såsom exempelvis Åre och Visby. Däremot ökar användningen av så kallade digitala utomlänbesök för varje månad.

Förslaget om att även utomlänsvård ska väljas genom listning är dels en naturlig del i ett reformerat vårdvalssystem, dels ett viktigt steg i en mer effektiv och sammanhängande vård. Genom att lista sig hos en utförare som både erbjuder mottagning och digital tillgänglighet kan patienter känna sig trygga med att deras journaler finns hos utföraren oavsett om kontakten är digital eller sker som fysiskt besök. Givet att människor i dag är rörliga, bor delar av året på annan ort, pendlar mellan landsting eller bor nära en landstingsgräns finns det ett värde i att även utomlänsvården följer samma princip som vårdvalets utformning inom landsting, så att även utomlänsvården sker under ordnade former.

En konsekvens av det, givet att landstingen fortsätter med ungefär samma principer för ersättning som gäller inom landsting i dag, är att utförare som tar emot patient från annat landsting inte längre kommer att ersättas med ersättning som ibland är tio gånger så hög som om patienten hade varit folkbokförd i landstinget där utföraren verkar. Detta är också i linje med den riktning utredningen ser att utomlänsvården bör gå. Däremot finns det risk att utförare som tar

emot mer allvarliga fall av skadade utomlänspatienter, exempelvis säsongsvist, får problem om ersättningen går ner. Det är därför viktigt att landstingen vidtar åtgärder för att justera riksavtalet när det gäller ersättning till särskilt säsongspåverkade utförare och som i hög grad hanterar akuta fall, som exempelvis vid skidorter. Utredningen menar att detta bör vara görligt och att det också är mer rimligt att de hanteras enligt någon form av undantag, än att all utomlänsvård ska ersättas enligt en särskild modell.

Bedömningar och rekommendationer till regeringen och landstingen om ett reformerat vårdvalssystem

Utredningen lämnar ett antal rekommendationer och bedömningar som avser åtgärder som landstingen bör vidta för att uppnå de positiva effekterna av att reformera vårdvalssystemet. Ytterligare rekommendationer och bedömningar görs dessutom i relation till tydligare styrning av utförare (avsnitt 19.3.2) och ett mer nationellt primärvårdssystem (avsnitt 19.3.3).

- Regeringen och huvudmännen bör genomföra en bred satsning på primärvården. Det övergripande målet med satsningen bör vara att genom ökade resurser stärka primärvårdens funktion som första linjens vård och förutsättningarna att i primärvården ge en jämlik, kontinuitetsbaserad och tillgänglig nära vård.
- Ökad tydlighet och information om vad listade patienter kan förvänta sig, samt ökad förutsebarhet för vårdens verksamheter vad gäller det åtagande de har.
- Genomgång av ersättningssystemen för att säkra att man inte snedvrider incitamenten. I dagsläget görs detta exempelvis med det särskilda ersättningssystemet för digital utomlänsvård, men också för besök hos utförare där patient inte är listad, samt ersättning för utomlänsbesök i öppenvården.
- Därtill behövs bättre sortering och guidning i vården (triage) av patienter, snabbare och enklare hantering av de med enkla behov eller kontaktorsaker.
- För att kunna erbjuda personlig kontinuitet behöver vården i ökad utsträckning använda arbetssättet att lista patienten hos en

läkare eller annan profession vid utföraren. Detta ger i sin tur utförarna bättre förutsättningar för att leva upp till lagstiftningens krav på fast läkar- och vårdkontakt i primärvården.

- Huvudmän och verksamheter bör vidta åtgärder för att uppmuntra att patienten i första hand vänder sig till den utförare där denne är listad. Detta ställer nya och höga krav på utförare vad gäller tillgänglighet.
- Tillgänglighetsgarantin och bedömningsgarantin i primärvården ska avse den utförare i primärvården där patienten är listad vilket innebär att huvudmännen bör förtydliga vilka förväntningar de har på utförare vad gäller tillgänglighet och därefter följa upp utförare på deras listade population.

19.3.2 Tydligare styrning av utförare inom primärvården

Utredningen lämnar två förslag för en tydligare styrning av utförare inom primärvården. Förslagen återfinns i sin helhet i avsnitt 17.3 och syftar till ökad tydlighet, jämlikhet, systemeffektivitet samt legitimitet i systemet.

Godkända utförare inom vårdvalssystemet

7. I patientlagen förtydligas i en ny paragraf att val genom listning endast kan ske hos den utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som är godkänd och har ett kontrakt enligt lagen om valfrihets-system eller har därmed jämställt kontrakt enligt lagen om offentlig upphandling. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.3.1.

Som en konsekvens av förslaget om att införa begreppet listning i lagen måste också en definition av vilka aktörer som är listningsbara finnas. Detta förslag innebär också att de parallella ersättnings-systemen som går till utförare i dag blir irrelevanta. Ersättning ska fortsättningsvis utgå till utförare med avtal och som uppfyller andra krav för att vara listningsbara enligt vårdvalssystemen. De digitalt profilerade aktörer som i dag inte är vårdvalsutförare, utan enbart verkar genom avtal med en vårdcentral kommer alltså inte längre få den särskilda besöksersättning som ges i dag. En konsekvens av detta

är att de får söka andra typer av samarbeten och avtal, antingen som vårdvalsleverantörer som deltar i hela uppdraget, eller där de avtalar om ersättning från en vårdvalsleverantör. Båda dessa spår har redan prövats i England och ger högre kostnadskontroll än det system som i dag råder i svensk primärvård.

Om digitalt profilerade aktörer blir vårdvalsleverantörer är också en naturlig konsekvens att de bidrar till att uppfylla hela uppdraget med exempelvis utbildning och forskning.

Utredningen har övervägt andra alternativ vad gäller den digitala utomlänsvården, däribland

- Att låta systemet fortgå som i dag där det fortsatt finns möjlighet till särskild ersättning för digital utomlänsvård (nollalternativet).
- Att skapa en nationell triagerings- och bokningstjänst med tyngdpunkt på digital vård.
- Att inför digitalt vårdval parallellt med dagens vårdval.

Eftersom digitalisering framför allt är ett verktyg och öppnar för nya arbets sätt, ser inte utredningen att det är effektivt att låta den digitala vården ske parallellt med den ”vanliga” vårdvalsvården. Utredningens bedömning är alltså att det mest effektiva och systemlegitima är att främja att alla utförare som mottar ersättning från det offentliga också har avtal med huvudmännen. Landstingen driver för närvarande på för ett utvecklat 1177 men vilken roll det bör ha som en del i ett integrerat digifysiskt vårdvalssystem bedömer vi bör utredas vidare av landstingen och staten gemensamt.

Utredningen ser också en risk i att om de digitalt profilerade aktörerna blir vårdvalsleverantörer men enbart på ett fåtal ställen, och därefter fortsätter att marknadsföra sig i andra delar av landet, att det kan uppstå en situation där medborgare listar sig hos en digitalt profilerad aktör utan att förstå att det inte finns möjlighet till fysisk vårdmottagning i deras närhet. Denna utveckling har delvis skett i England. För att undvika denna situation ser utredningen att det är mycket viktigt att landstingen ställer tydliga krav på utförarna och följer upp dessa, samt att de enas om en marknadsföringspolicy där de lägger ansvar på aktörer som marknadsför sig brett att de informerar om var deras fysiska mottagningar ligger. Landstingen kan också använda möjligheten att införa listningstak om de ser att patientsäkerhet eller annat hotas. En vårdgivare bör inte ha fler patien-

ter än vad den realistiskt kan erbjuda vård för, genom såväl digitala som fysiska besök.

Landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem

8. I hälso- och sjukvårdslagen införs en ny bestämmelse som innebär att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.3.4.

Detta förslag syftar till att tydliggöra landstingens möjligheter att styra etableringar mer än de gör i dag. Genom förslaget kan olika geografiska områden inom ett landsting med olika förutsättningar organiseras som separata vårdvalssystem med mer lokalt anpassade uppdrag, ersättningar och andra villkor. Utredningen ser att genom den möjligheten kan landstingen styra mot mer etableringar i glesbebyggda områden där det i dag är svårt att gå runt på samma villkor som exempelvis en vårdcentral i en stad, men där det bör finnas ett ökat utbud jämfört med i städer. Det kan också inom tätbebyggda områden enklare styras mot mer etablering i socioekonomiskt svagare områden, där behovet ofta är större. Sammantaget innebär detta att det blir lättare för landstingen att styra mot ökad jämlikhet i etableringarna.

Bedömningar och rekommendationer till landstingen om krav på utförare

Utredningen lämnar också ett antal rekommendationer till landstingen som avser deras styrning av utförare.

- Landstingen bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlaget.
- Landstingen bör ställa krav på att utförare ska ha tillräcklig kapacitet att utföra vården, både fysiskt och digitalt, i relation till det antal patienter som listas hos utföraren.

- Landstingen bör ställa krav på att utförare ska upprätthålla kontinuitet och att patienten kan knytas till en namngiven läkare eller annan personal (vårdteam).
- Landstingen bör enas om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel för att utföra vård. Landstingen bör i sina förfrågningsunderlag för vårdval ställa krav på att utförare följer denna. I marknadsföring som rör val av utförare genom listning är det viktigt att tydliggöra var den fysiska mottagningen är belägen. Landstingen behöver utveckla och diversifiera formerna för uppdrag inom vårdval beroende på geografiska förutsättningar. Landstingen bör särskilt överväga nya former för vårdvalsutförare som bedriver vård i glesbebyggda områden.
- Landstingen bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen med offentlig upphandling och därvid erbjuda bättre ekonomiska villkor och förutsättningar till utförare där det finns ett bristande utbud av primärvård.

19.3.3 Ett mer nationellt primärvårdssystem

Konsekvenser av en nationellt fastslagen patientavgift och lägre avgift där man är listad

Utredaren lämnar ett förslag inom ramen för ett mer nationellt primärvårdssystem.

9. I hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny paragraf som innebär att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Förslaget återfinns i sin helhet i kapitlet 17.4.2 och syftar till att göra vården mer jämlik. Förslagets målgrupp är patienter och medborgare. Utredningen ser att det är orimligt ur ett jämlikhetsperspektiv att olika patientavgifter tillämpas i olika landsting. Priset ska inte styra var patienter söker vård. Forskning visar tydligt att patientavgiften har betydelse för i vilken utsträckning patienter avstår från att konsumera vård, där priskänsligheten är störst i socioekonomiskt

svaga grupper. Frågan aktualiseras än mer av att det trätt in nya digitalt profilerade aktörer i vården som erbjuder sina tjänster nationellt men styrs av den patientavgift som råder i det landsting där de har ett samarbetsavtal eller underleverantörsavtal. Patientavgiften bör inte heller styra huruvida utförare söker avtal med landsting eller inte. Patienter ska inte behöva välja vård eller från vilken huvudman vården kommer ifrån utifrån pris. På samma sätt bör det inte heller finnas incitament för utförare att etablera sig i vissa landsting men inte andra på grund av en förväntan om att patientavgiften styr.

Att lagstifta om en specifik nivå på avgiften innebär en påverkan på den kommunala självstyrelsen. Utredningen ser dock att principen om att ska ges på lika villkor för patienter oavsett var man bor är överordnad och föreslår därför en avgiftsnivå enligt lag. Alternativ till att just lagstifta om en nivå på patientavgiften som utredningen har övervägt är:

- Nollalternativet: att fortsatt låta landstingen bestämma helt oberoende av varandra hur patientavgifter ska tas ut
- att rekommendera landstingen att gemensamt besluta om en nationell och enhetlig patientavgift, eller
- att lagstifta om att landstingen ska bilda kommunalförbund för att besluta om nationell och enhetlig avgift.

Utredningens bedömning är att sannolikheten för ett förverkligande i enlighet med dessa alternativ är låg alternativt riskerar att ta lång tid, varför utredningen föredragit lagstiftningsvägen. Behovet av snabb åtgärd finns eftersom vi redan i dag ser att patientavgiftens nivå styr etableringar i form av att digitalt profilerade aktörer förvärvar vårdcentraler eller blir underleverantörer i Region Sörmland som är det enda landstinget med avgiftsfri primärvård.

En konsekvens av detta förslag är att det kommer påverka intäkter och utgifter för landstingen. Detta analyseras i avsnitt 19.4.2.

För patienter och medborgare kommer det också att bli en skillnad när patientavgiften sänks i de flesta landsting. Detta kan ha en, om än liten, inverkan på hushållens ekonomi. Syftet med förslagen är att relationen mellan patient och vårdprofessioner ska bli mer kontinuerlig och därmed mer effektiv. I takt med att vårdvalsutföraren blir en mer självklar instans att vända sig till kommer också hus-

hållens ekonomi påverkas, i det fall det innebär att de inte vänder sig till akutmottagning där patientavgiften är högre.

En differentierad patientavgift för listade och olistade kan styra mot kontinuitet

Utredningen rekommenderar att landstingen har en högre patientavgift för besök som görs hos annan utförare än den där patienten är listad. Syftet är inte att patientavgiften ska höjas utan att den ska sänkas där man är listad. Det är viktigt att poängtera att varken förslaget om nationellt fastställd avgift, eller rekommendationen om olika avgift för listad och olistad syftar till att göra ett besök dyrare för patienter än vad det är i dag.

Syftet med olika patientavgift för listad och olistad är att styra mot kontinuitet genom att utöver andra fördelar som tillgänglighet och relationell kontinuitet, också ge en tydlig ekonomisk fördel för patienten med att vända sig till den utförare hen är listad. För att se hur en sådan differentiering kan tänkas påverka kan vi utgå från det faktum att det i dag finns ett landsting som tillämpar detta. Västra Götalandsregionen har satt patientavgiften för läkarbesök till 100 kronor där patienten är listad och 300 kronor om patienten vänder sig till annan utförare (utan att lista om sig). Inget annat landsting använder sig av detta i dag, alltså kan övriga landsting fungera som jämförelseobjekt. I jämförelsen bör dock noteras att landstingen i övrigt har olika ersättningssystem vilket också kan påverka besöksmönster, liksom att landstingen har olika grad av glesbygd vilket också kan påverka huruvida det alls finns möjlighet att välja att besöka en annan vårdcentral än den där man är listad, utan att exempelvis göra en resa. Glesbefolkade regioner borde ha ”naturliga fördelar” givet att det många gånger kanske bara finns en vårdcentral per kommun. Detta kan på ett naturligt sätt minska individens möjligheter att göra ”otrohetsbesök”. Sett till storlek och demografi borde Västra Götalandsregionen därmed ligga i linje med övriga tätbefolkade regioner. Av de data som utredningen kunnat ta fram om otrohetsbesök där vi har jämfört sju regioner (se kapitel 5) framgår att Västra Götalandsregionen har näst lägst andel otrohetsbesök totalt, bara Dalarna har lägre. Ingen analys har gjorts, men baserat på denna observation är en försiktig slutsats att olika patientavgift för listade och olistade kan ha en minskande påverkan på andelen otrohetsbesök.

Utredningens bedömning är att denna rekommendation överensstämmer med kommunallagens likställighetsprincip, eftersom alla patienter i samma situation behandlas lika (se resonemang i avsnitt 17.1.2)

Bedömningar och rekommendationer till regeringen och landstingen om ökad nationell styrning

Utredningen lämnar därutöver ett flertal rekommendationer till landstingen om att öka den nationella styrningen och samarbetet inom ramen för vårdvalssystemen.

- Utredningen rekommenderar landstingen att i samband med införandet av ett nationellt reglerat grunduppdrag också tillämpa gemensamma ersättningsprinciper för primärvården. Följande principer bör gälla för ersättningen:
 - a) Långsiktighet, stabilitet och innovationsfrämjande.
 - b) Årlig uppräknings av ersättningen.
 - c) Fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning.
 - d) Riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov.
 - e) Minskad detaljstyrning men ökad styrning mot kontinuitet och tillgänglighet.
 - f) Medicinsk service och läkemedel i ökad utsträckning en s.k. fri nyttighet för utförare inom primärvården.
 - g) Ingen olikbehandling av utförare, snedvridande incitament eller särbehandling av kontaktform.
- Regeringen bör följa utvecklingen på området. Om principerna inte tillämpas efter två år bör ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna övervägas.
- Landstingen bör ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård.

- Nationella principer för ersättning, inklusive en årlig uppräknings av ersättningen enligt index kommer att öka förutsättningarna för att offentliga och privata aktörer ges samma ekonomiska villkor att verka i primärvården.
- Landstingen bör fortsätta inriktningen mot en dialogbaserad uppföljning av utförare samt fördjupad analys eller medicinsk revision.

Syftet med ovanstående är åtgärder för att skapa ett mer nationellt system. Det huvudsakliga skälet till behovet av ett mer nationellt system är jämlikhetsmålet. Vården ska vara jämlik enligt HSL och detta mål är svårt att uppnå utan en mer enhetlig styrning. Dessutom visar erfarenheten att landstingen i ökad utsträckning möter privata nationella aktörer. Detta gäller såväl nätläkare som bemanning. Även en väsentlig del av den privata primärvården bedrivs av nationella vårdkoncerner. Utredningen bedömer att den snabbt ökade förekomsten av nationella aktörer ställer krav på ökad nationella samordning för att svara upp mot krav på kostnadseffektivitet och jämlikhet. Sammantaget bedömer utredningen att fördelarna med nationell samordning är så stora att det motiverar att det kommunala självstyret får stå tillbaka.

19.3.4 En mer enhetlig prövning av utförare och nationell tillståndsprövning

Utredningen lämnar ett förslag för en mer enhetlig prövning av utförare. Förslaget återfinns i sin helhet i avsnitt 17.5.

10. Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för prövning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering. Vägledningen riktar sig till huvudmän för hälso- och sjukvård. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.6.2.

Syftet med förslaget är att ge landstingen ett bättre stöd i upphandlingar samt att främja en mer enhetlig prövning av utförare. Målgruppen är dels landstingen dels utförare som är verksamma i flera landsting. Förslag till finansiering av uppdraget presenteras i avsnitt 19.4.4.

Bedömningar och rekommendationer till regeringen om tillståndsprovning och landstingens provning av utförare

Utredningen lämnar därutöver följande bedömning och rekommendation.

- Det finns för närvarande inte skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade.
- Förutsättningarna för ett nationellt register över utförare som har deltagit i någon process för provning inom hälso- och sjukvård bör utredas.

19.3.5 Minskat beroende av inhyrd personal

Utredningen lämnar fem förslag som rör området inhyrning av personal eller kompetensförsörjning. Förslagen återfinns i sin helhet i avsnitt 17.6 och syftar dels till att öka patientsäkerheten och effektiviteten i upphandlingar av inhyrd personal, dels till att öka kunskapen om kompetensförsörjning och närvaro av vård i glesbygd.

Stöd för att främja bättre upphandling

11. Regeringen ska ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att ta fram specifik vägledning för bättre upphandling av inhyrd personal inom hälso- och sjukvården. Upphandlingsmyndigheten ska också ta fram en vägledning för samordnade eller gemensamma upphandlingar inom området. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.5.1.

Syftet med förslaget är att ge landstingen ett bättre stöd i upphandlingar som rör inhyrd personal specifikt. Sekundära syften är att andelen otillåtna direktupphandlingar ska minska, samt att kostnaderna för inhyrd personal ska gå ner. Det finns landsting som har lyckats med att få ner priserna genom att göra bättre upphandlingar. Utredningen ser att det finns utrymme för att få ner priser vid långa uppdrag, samt genom att agera gemensamt i upphandlingarna och att enbart handla med seriösa aktörer.

Region Skåne skärpte sin upphandling och visar därmed på potentialen i att ändra efterfrågan. Fastpris. A-lista med leverantörer. Krav på att leverantören har anställda. Innan modellen infördes gjordes 35–40 procent av regionens upphandlingar inom ramavtal. I dag görs 93 procent av upphandlingar inom ramavtal. Även de företag som står för resterande sju procenten får samma fastpris. Region Skåne beräknar att arbets sättet sparar dem 30–35 miljoner kronor årligen.

Alternativt förslag som har övervägts, men inte fullt ut analyserats, är

- Någon form av begränsning eller reglering av utbudet, eller statlig auktorisation av bemanningsföretag (dvs. förslag som rör utbudet).

Utredningen ser att mindre invasiva förslag först bör prövas, särskilt eftersom utredningen ser att landstingen har större handlingsutrymme än vad som används i dag för att styra med efterfrågan.

Förslag till finansiering av uppdrag till Upphandlingsmyndigheten presenteras i avsnitt 19.4.4.

Stöd för ökad patientsäkerhet

12. Regeringen ska ge i uppdrag till Socialstyrelsen att ta fram riktlinjer för användande av inhyrd eller annan temporär personal inom vården och omsorgen. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.6.2.

13. Regeringen ska samtidigt ge Upphandlingsmyndigheten i uppdrag att göra en kartläggning som tydliggör ansvarsförhållande vid upphandling av personal och vid olika anställningsförhållanden. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.6.2.

Förslagens målgrupp är verksamhetschefer och huvudmän. Även professioner och patienter är målgrupp eftersom de berörs av förslagets syfte om att uppnå högre patientsäkerhet. Syftet är alltså att öka kunskapen om och ge verksamheterna verktyg att använda för att öka patientsäkerheten vid användande av inhyrd personal, eller vid hög personalomsättning av annat skäl.

Alternativ till detta är, som ovan, att införa någon form av begränsning av möjligheten att hyra in personal inom sjukvården.

Förslag till finansiering av uppdrag till Socialstyrelsen och Upphandlingsmyndigheten presenteras i avsnitt 19.4.4.

Bättre förutsättningar i glesbygd

14. Regeringen ger den aviserade välfärdskommissionen i uppdrag att särskilt se över kompetensförsörjning, finansiering och närvaro av välfärd i glesbygd. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.5.4.
15. Regeringen ger Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att undersöka dels vilken typ av närvaro av hälso- och sjukvård som patienter och medborgare bosatta i glesbebyggda områden förväntar sig och värdesätter, dels vad som krävs för att vårdpersonal ska vilja långsiktigt arbeta i glesbygd. Vårdanalys ska också kartlägga hur andra länder styr, ersätter och i övrigt stimulerar närvaro av särskilt primärvård i glesbygd. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.5.4.

Syftet med förslagen är dels att öka kunskapen om läget och strategier för kompetensförsörjning och närvaro av välfärd i glesbygd. Syftet med förslaget om att låta välfärdskommissionen utreda frågan är att bredda frågan från enbart vård till hela välfärden. Eftersom förslaget innebär att välfärdskommissionen ska lägga förslag för bättre förutsättningar i glesbygd är också ett syfte att det inom två år ska finnas konkreta förslag och strategier för långsiktighet av närvaro av välfärdsservice i glesbygd.

Alternativ som utredningen har övervägt är

- Någon form av statliga stimulansmedel till utförare som är etablerade i glesbebyggda områden.

Utredningen avfärdar inte detta förslag, men gör bedömningen att en mer övergripande och långsiktig strategi behövs för närvaro av välfärd i glesbygd, inte isolerat till vården. Vi ser att välfärdskommissionen kan överväga denna typ av förslag, men att de då bör göra det mer övergripande för all välfärd.

Utredningen har även under 19.3.2 presenterat förslaget om möjligheter till att styra etablering mer mot jämlikhet genom uppdelade vårdvalsområden inom landsting. Även det förslaget hänger ihop med denna fråga.

Förslag till finansiering av uppdragen presenteras i avsnitt 19.4.4.

Bedömningar och rekommendationer till regeringen och landstingen

Utredningen har därutöver lämnat ett antal bedömningar och rekommendationer.

- Landstingen bör samverka bättre vad gäller frågor kring bemanning. Bland annat bör de gå samman, nationellt eller sjukvårdsregionsvis, för att göra samordnade upphandlingar av bemanningstjänster.
- SKL bör fortsätta offentliggöra statistik kring bemanning och kartlägga landstingens upphandlingsförfaranden och på andra sätt arbeta med frågan.
- Regeringen bör fortsätta bevaka utvecklingen på området. Om utredningen förslag inte ger önskat resultat bör regeringen överväga ökad andra åtgärder.
- Staten behöver ta ett tydligare grepp kring både kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården. Det är en förutsättning för att landsting och andra utförare inom vården ska lyckas med kompetensförsörjningen, och helt nödvändigt för att förbättra förutsättningarna för utförare i glesbygd.
- Parallellt och i nära dialog måste landstingen bättre samordna och utöka planering i frågan.
- Landstingen bör i sina förfrågningsunderlag ställa krav på utförare att de rapporterar statistik om bemanning till Socialstyrelsen. Detta gäller samtliga utförare av vård oavsett driftsform.

19.3.6 Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården

Utredningen lämnar förslag om att regeringen bör låta vidare utreda två frågor i syfte att nå en ökad långsiktighet, hållbarhet och mer strategisk inriktning på statens styrning. Förslagen återfinns i sin helhet i avsnitt 17.7.1.

En ny prioriteringsutredning

16. Regeringen ska genom en parlamentarisk kommitté genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården samt utreda behovet av att ta ett ökat samhällsansvar i konsumtion av vård.

De problem som utredningen ser kan hanteras med denna utredning hör ihop med att det finns vissa tendenser till att vårdkonsumtion styrs mer av efterfrågan och mindre av behov. Genom att tillsätta en kommitté för att kartlägga och utreda frågan kan dels medvetenheten ökas, dels uppstår möjligheten att styra om i tid, i det fall att kommittén kan slå fast att det är ett problem utifrån vård efter behov.

Det andra problemet är att dagens parlamentariska läge gör det svårt för reformer att få genomslag, samtidigt som vården väntar på helt nödvändiga reformer som kräver att det råder enighet på ett långsiktigt plan om vart vi är på väg. För att öka chanserna för genomslag av framtida reformer ser därför utredningen att arbetet bör ske genom kommittéformen parlamentarisk kommitté.

Informationshantering

17. Regeringen ska genom en parlamentarisk kommitté låta utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras samt om det är ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det är ett problem i dag att information inte kan delas på ett enkelt sätt mellan vårdgivare, mellan landsting eller mellan vård och andra verksamheter. Frågan har utretts men utan att tydliga framsteg har gjorts därefter. Utredningen ser därför att regeringen bör låta utreda frågan igen med fokus dels på hur tidigare lagda förslag skyndsamt kan genomföras, dels med uppdrag att överväga om det är mer ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för it-infrastrukturen i vården.

19.3.7 Uppföljning av vårdvalsreformen

Utredningen lämnar ett förslag om uppföljning av vårdvalsreformen. Förslaget beskrivs i avsnitt 17.7.2

18. Regeringen ska uppdra åt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa den föreslagna reformen av vårdvalssystemen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.

Majoriteten av de förslag som utredningen lägger, samt de rekommendationer utredningen riktar till landstingen, handlar om ett reformerat vårdvalssystem, en så kallad digifysisk vårdvalsreform. I takt med att förslagen blir verklighet behöver den följas och utvärderas längs vägen.

Utredningen föreslår att regeringen ger Vårdanalys i uppdrag att utvärdera reformen med fokus på patientnöjdhet, kontinuitet och effektivitet. I uppdraget ska ingå att kontinuerligt avrapportera till regeringen, och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftningen eller landstingens tillämpning.

19.4 Ekonomiska konsekvenser

19.4.1 Kostnader eller intäkter för staten

Här redovisas de kostnader som utredningen ser att staten kommer att ha vid genomförande av förslagen. Förslag till finansiering redovisas i avsnitt 19.4.4.

Statliga utredningar

Utredningen föreslår i avsnitt 17.7.1 att regeringen tillsätter två parlamentariska kommittéer för att utreda dels prioriteringsordningen inom hälso- och sjukvården, dels informationshanteringen och ansvaret för informationsinfrastrukturen. Utredningarna bör kunna påbörja sitt arbete under våren 2020 och därefter arbeta i cirka två år. Utredningen föreslår också i avsnitt 17.6.4 ett deluppdrag att utreda förutsättningarna för välfärd i glesbygd, till den välfärdskommission som regeringen har aviserat att man avser att tillsätta inom

kort. Utredningen bedömer att det uppdrag som utredningen föreslår ryms inom ramen för kommissionens budget. Ingen finansiering föreslås.

Tabell 19.1 Kostnader för offentliga utredningar

	2020	2021
Utredning om prioriteringsordningen (förslag 17.7.1)	4 miljoner kronor	4 miljoner kronor
Utredning om infrastruktur och informationshantering (förslag 17.7.1)	4 miljoner kronor	4 miljoner kronor
Utredning av välfärd i glesbygd (förslag 17.6.4)	0	0

Uppdrag till statliga myndigheter

Uppdrag till Upphandlingsmyndigheten

Utredningen föreslår 3 uppdrag till Upphandlingsmyndigheten. Samtliga uppdrag bedöms kunna genomföras inom loppet av ett år. Uppdragen bedöms inte kunna genomföras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Tabell 19.2 Kostnader för uppdrag till Upphandlingsmyndigheten

	2020
Upphandling av bemanningstjänster inom vården (förslag 17.6.1)	1 miljon kronor
Kartläggning av ansvarsfördelning (förslag 17.6.2)	1 miljon kronor
Uppdaterad vägledning för prövning enligt LOV och LOU (förslag 17.5.2)	1 miljon kronor

Uppdrag till Socialstyrelsen

Utredningen föreslår 1 uppdrag till Socialstyrelsen, vilket bedöms kunna genomföras inom loppet av ett år och inom ramen för Socialstyrelsen förvaltningsanslag.

Tabell 19.3 Kostnad för uppdrag till Socialstyrelsen

	2020
Checklista för patientsäkerhet vid personalomsättning (17.6.2)	1 miljon kronor

Uppdrag till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Utredningen föreslår 2 uppdrag till Vårdanalys. Uppdraget att öka kunskapen om vård i glesbygd bedöms kunna genomföras inom loppet av ett år. Uppdraget att följa upp vårdvalsreformen bedöms pågå i minst tre år med start från strax före reformens införande. Uppdragen bedöms inte kunna genomföras inom ramen för myndighetens förvaltningsanslag.

Tabell 19.4 Kostnader för uppdrag kring vård i glesbygd

	2020	2021	2022	2023
Vård i glesbygd	2 mnkr år	–	–	–
Uppföljning av vårdvalsreformen	–	2 mnkr	2 mnkr	2 mnkr

Övriga förslag

Förslaget till en nationellt reglerad patientavgift utlöser finansieringsprincipen (se avsnitt 19.4.2) och innebär således en indirekt kostnad för staten. Övriga förslag uppskattas inte innebära några kostnader för staten.

19.4.2 Kostnader eller intäkter för kommuner och landsting**Reformerat vårdvalssystem och patientens val av utförare i annat landsting**

Förslagen i avsnitt 17.1 till en *integrerad digifysisk vårdvalsreform* innebär sammantaget att patientens val av utförare i primärvården ska ske genom listning och att det ska bli mer förutsebart vad patienten kan välja och vilket åtagande utföraren har. Utredningen bedömer att detta innebär en justering av regleringen av vårdvalssystemen som endast kommer innebära marginella kostnader för landstingen. Kärnan i förslaget, dvs. att valet sker genom listning på utförare, tillämpas redan i dag av landstingen i deras administrativa styrning av primärvården. Ett skäl till det är, som framkommit i avsnitt 4–6, att landstinget redan i dag har skyldighet att låta ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem följa den enskildes val av utförare (7 kap. 3 § HSL). Samtliga landsting har som en följd av det

redan i dag olika tjänster för att administrera listning och omlistning av patienter (se vidare nedan). Utredningen bedömer därför att den föreslagna regleringen om val genom listning, ur ett huvudmannaperspektiv i praktiken inte innebär någon förändring.

Däremot bedöms förändringarna komma att medföra ett minskat antal så kallade "otrohetsbesök" och i viss mån även ett minskat antal omlistningar. Av de uppgifter som utredningen samlat in från sju landsting framgår att av totalt cirka 17 miljoner besök i primärvården under ett år, utgjorde drygt 1,1 miljoner besök otrohetsbesök. De kostnader som följer av den tämligen omfattande administrationen kopplat till detta, bl.a. i form av att landstingen debiterar den vårdcentral där patienten är listad samt behovet av informationsöverföring, kan förväntas minska genom utredningens förslag. Utredningen har inte kunnat beräkna kostnaderna för den administrationen. Även de effektivitetsbristkostnader som uppstår genom en vårdkonsumtion som inte utgår från kontinuitet kan förväntas minska genom utredningens förslag. Inte heller de kostnaderna kan beräknas. Besöken ersätts också i vissa landsting högre än ett besök vid en vårdcentral där patienten är listad. Även det kommer innebära en minskning i kostnader.

Förslaget innebär vidare att patientens val av utförare i primärvården i ett annat län också sker genom listning. Som framgår av kapitel 7 har utomlänsvården, fram till den digitala utomlänsvårdens intåg, varit en tämligen marginell företeelse i primärvården. Förslaget kan dock innebära en viss minskning av landstingens kostnader eftersom möjligheten att vara listad i flera landsting samtidigt upphör, varför kapitationsersättning för patienten endast behöver beräknas en gång genom förslaget. När det gäller kostnaderna för digital utomlänsvård, se nedan.

Listningstjänst som en del i en nationell portal

En del i förslaget till ett reformerat vårdval är att huvudmännen föreslås bli skyldiga att tillhandahålla en listningstjänst (avsnitt 17.1.3). Det kan konstateras att huvudmännen redan i dag använder regionala sådana tjänster samt att landstingen gemensamt genom Inera sedan flera år bedriver ett arbete för att genomföra en nationell tjänst. Mycket av grundarbetet är således redan gjort, och en nationell portal i form av 1177 finns redan med viss information om patientens

val samt länkar till landstingens regionala tjänster, se www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/valja-vardmottagning/. Utredningen bedömer mot denna bakgrund att förslaget till listningstjänst endast innebär marginella kostnader för landstingen. Som konstaterats i avsnitt 17.1.3 finns det dock skäl att utveckla den information som ges till patienter och att intensifiera arbetet med en gemensam listningstjänst. Utredningen rekommenderar att staten och landstingen tillför medel för dessa ändamål och att det lämpligen sker inom ramen för fortsatta överenskommelser om satsningar på primärvården och omställningen till en god och nära vård (se vidare i avsnitt 19.4.4).

Hantering av omlistning

Utredningen föreslår i avsnitt 17.1.5 att patienten kan lista om sig två gånger per år om det inte finns skäl för annat. Utredningen bedömer att detta till stor del kan ske automatiserat i listningstjänsten men att det också kommer att krävas överväganden ibland. Sammantaget tyder de data utredningen tagit fram på att det kommer att bli oförändrat för de flesta, men ett minskat antal omlistningar för en del individer och att den administrativa bördan för landstingen i samband med omlistningar kommer att minska.

Införande av listningsbegränsningar

Utredningens föreslår i avsnitt 17.1.6 att landstinget får besluta att införa begränsningar av en utförarens lista. Flera landsting och utredningen har gjort bedömningen att sådana begränsningar redan i dag är tillåtna och utredningens förslag i denna del innebär främst ett förtydligande av lagstiftningen, på så sätt att det framgår att landsting *får* införa sådana begränsningar. Som närmare beskrivs i avsnitt 17.1.6 finns därvid en rad faktorer för landstinget att beakta, varav en är primärvårdens totala kapacitet. Förslaget i sig innebär inte att något nytt ansvar läggs på landstingen och innebär inte heller ökade kostnader för landstingen. Införandet av listningsbegränsningar kan dock komma att ytterligare tydliggöra primärvårdens underkapacitet. Detta förhållande har dock varit väl känt under flera decennier (se SOU 2016:2, bilaga 4). Utredningen rekommenderar i avsnitt 17.1.9

staten och landstingen att genom ekonomiska tillskott driva på den resursmässiga omställningen mot en starkare primärvård.

Enhetlig patientavgift i primärvården

Utredningen föreslår att den enhetligt fastställda patientavgiften i primärvården ska vara 100 kronor. Eftersom detta förslag påverkar landstingens möjligheter att ta ut avgifter behöver vi analysera huruvida det innebär en intäktsförlust för landstingen för att kunna fastställa hur mycket staten ska finansiera.

Vad gäller nivån på avgiften har utredningen övervägt tre olika nivåer: noll kronor, 100 kronor eller 200 kronor. De olika nivåerna ger följande utfall nationellt givet dagens patientavgifter. Se bilaga 5 för metodbeskrivning.

0 kronor	cirka -1 690 miljoner kronor
100 kronor	cirka - 740 miljoner kronor
200 kronor	cirka +206 miljoner kronor

De olika nivåerna påverkar landstingen olika mycket. I Region Sörmland där avgiften i dag är 0 innebär en fastställd avgift till 0 ingen förändring medan båda de andra nivåerna innebär en ökning i intäkter. För samtliga övriga landsting innebär dock 0 en minskning i intäkter, i Region Gotland handlar det om cirka 10 miljoner kronor och i Region Stockholm cirka 240 miljoner kronor. Beräkningarna baseras på antagande om att utförare i privat regi kommer att kompenseras för intäktsbortfall vid slopad eller sänkt patientavgift. I realiteten kanske det är troligare att landstingen justerar ersättnings-systemen som utgår till utförare, men vi antar då att utgiften för landstinget blir detsamma.

Tabell 19.5 Scenarioanalys av förändring av intäkter från patientavgifter baserat på att patientavgiften sätts till 0 kronor, 100 kronor respektive 200 kronor

Landsting	Scenario 0 kronor	Scenario 100 kronor	Scenario 200 kronor
Stockholm	-244 300 000	-122 150 000	0
Uppsala	-62 000 000	-20 666 667	20 666 667
Sörmland	0	24 858 238	49 716 476
Östergötland	-82 976 040	-41 488 020	0
Jönköping	-164 711 667	-98 827 000	-32 942 333
Kronoberg	-50 211 550	-16 737 183	16 737 183
Kalmar	-64 000 000	-32 000 000	0
Gotland	-10 416 667	-5 208 333	0
Blekinge	-20 704 225	-6 901 408	6 901 409
Skåne	-237 300 000	-118 650 000	0
Halland	-48 300 000	-16 100 000	16 100 000
Västra Götaland	-203 000 000	-45 247 763	112 504 474
Värmland	-62 625 000	-31 312 500	0
Örebro	-38 400 000	-12 800 000	12 800 000
Västmanland	-42 100 000	-12 028 571	18 042 857
Dalarna	-54 770 000	-27 385 000	0
Gävleborg	-73 154 362	-36 577 181	0
Västernorrland	-50 700 000	-25 350 000	0
Jämtland Härjedalen	-43 953 488	-29 302 326	-14 651 163
Västerbotten	-72 470 588	-36 235 294	0
Norrbottnen	-59 785 148	-29 892 574	0
Summa	-1 685 878 736	-740 001 584	205 875 570

Utredningens förslag innebär att avgiften fastställs till 100 kronor

En patientavgift på 200 kronor innebär en ökning i intäkter i flera landsting. En ökning i intäkter innebär alltså att patienter betalar mer. Eftersom patientavgiften ofta är lägre vid besök hos vårdcentral än exempelvis sjukhusets akutmottagning just med syftet att styra patienter till den vårdnivå som i de allra flesta fall är den rätta nivån, framstår en ökning i avgift för att besöka vårdcentral inte som rätt väg eftersom en höjning innebär ett steg närmre akutmottagningsavgiften.

Utredningen ser att den mest lämpliga nivån är att lägga avgiften på 100 kronor. Detta eftersom det inte innebär en höjning för majoriteten av landstingen. Nivån ligger även i linje med vad lands-

tingen och SKL har enats om vad gäller patientavgift för digitalt utomlänsbesök. Nivån är även den som flera landsting har för övriga besök i primärvården.

Osäkerhet i beräkningarna och dynamiska effekter

Det totala intäktsbortfallet blir då cirka 740 miljoner kronor. Förslag till finansiering redovisas i avsnitt 19.4.4. Det finns några aspekter som talar för att denna beräkning är i överkant. Beräkningarna tar inte heller hänsyn till högkostnadsskydd, vilket betyder att intäktsbortfallet för landstingen i scenario 0 och 100 antagligen är för högt beräknat.

Vid tidpunkten för denna analys hade inte ännu flera av de så kallade nätläkarbolagen flyttat sin verksamhet till Region Sörmland. I beräkningarna tas alltså ingen hänsyn till att många av de besöken i dagsläget har en patientavgift på noll kronor och med detta förslag skulle få en avgift om 100 kronor, vilket är linje med den avgift som landstingen och SKL har enats om. Vad gäller majoriteten av de digitala utomlänsbesöken innebär alltså detta förslag en minskning i landstingens kostnader.

Å andra sidan finns annat som talar för att den totala kostnadsökningen för landstingen kan bli större än vad beräkningen visar. I beräkningarna ovan har ingen hänsyn tagits till dynamiska effekter, t.ex. om efterfrågan på vård ökar om avgiften sänks. Det finns anledning att tro att en sänkt patientavgift kan ha en liten inverkan på efterfrågan (SOU 2012:2), men priskänsligheten tycks vara relativt låg och det tycks främst vara andra aspekter som styr efterfrågan på vård. Dessutom dämpar högkostnadsskyddet avgifternas inverkan på efterfrågan. Nedan ges en grov uppskattning av en eventuell ökning i efterfrågan.

Dynamiska effekter av lägre patientavgift

En ändrad patientavgift kan ha en påverkan på efterfrågan på vård, och därmed på landstingets kostnader. De dynamiska effekterna av en ändrad patientavgift är dock sammantaget mycket svåra att förutse. Det finns även mycket som talar emot att landstingens totala kostnader skulle öka av det förslag utredningen lägger.

Uppskattad kostnad vid ökat antal besök

Utredningen har gjort en enkel uppskattning, baserad på många antaganden, vad en eventuell ökad efterfrågan på vård kan tänkas leda till i form av kostnadsökningar för landstingen.

Vi har utgått från antal besök per 1 000 invånare i Vården i siffror (2018). Besöken har med invånarantal (SCB 2019) räknats om till faktiskt antal besök.

Patientavgift för läkarbesök i primärvården 2019 kommer från SKL (2019c). Patientavgift för övriga besök kommer från 1177 Vårdguidens sida för respektive landsting. Uppgift för Gotland saknades vilket medför att de saknas i beräkningen.

Vad gäller landstingens kostnad för besök har många antaganden gjorts. Landstingens ersättning per besök till läkare i primärvården kommer från SKL:s siffror för 2017. Utredningen har inte haft tillgång till ersättning för andra yrkesgrupper och har därför utgått från samma kostnad för andra yrkesgrupper. Detta innebär troligtvis att kostnaden är överskattad.

Utredningen har vidare utgått från att patientavgift erläggs vid varje besök, trots att vi vet att så inte är fallet. Detta innebär att kostnaden kan vara underskattad (men se även nedan resonemang om avgiftsfrihet). Utredningen utgår från att landstingens kostnader per besök ökar om patientavgiften minskar, utifrån antagandet om att landstingen kompenserar utförare.

De landsting som har en patientavgift om 100 eller lägre antogs inte ha någon ökning i antal besök. För övriga har samma scenarier beräknats, oavsett om sänkningen är 40 kronor eller 200 kronor. Utredningen har inte heller beräknat ett eventuellt minskat antal besök i de landsting där avgiften höjs.

Tabell 19.6 Sammantagen ökning av landstingens kostnader

Ökad andel besök	Kostnadsökning läkarbesök i primärvården	Kostnadsökning övriga besök i primärvården	Total kostnadsökning
10 %	273 992 107	203 358 261	477 350 369
5 %	136 996 053	101 679 131	238 675 185
2 %	54 798 422	40 622 489	95 420 910

- Slutsats 1: om en avgift om 100 kronor för både läkarbesök och övriga besök i primärvården, allt annat lika, leder till en ökning i besök om 10 procent i de landsting där 100 kronor innebär en sänkning, skulle landstingens kostnader öka med 477 miljoner kronor.
- Slutsats 2: om en avgift om 100 kronor för både läkarbesök och övriga besök i primärvården, allt annat lika, leder till en ökning i besök om 5 procent i de landsting där 100 kronor innebär en sänkning, skulle landstingens kostnader öka med 239 miljoner kronor.
- Slutsats 3: om en avgift om 100 kronor för både läkarbesök och övriga besök i primärvården, allt annat lika, leder till en ökning i besök om 2 procent i de landsting där 100 kronor innebär en sänkning, skulle landstingens kostnader öka med 95 miljoner kronor.

Ingen hänsyn tas till avgiftsbefriade patienter

En stor andel av befolkningen är avgiftsbefriad i vården. Antingen på grund av hög eller låg ålder, eller på grund av att de kommit upp i högkostnadsskyddet.

I den ovan gjorda beräkningen av kostnad för att sätta patientavgiften till 100 fick utredningen data från ett urval av landsting på deras intäkter från patientavgift. I de landsting hade ungefär hälften så många besök erlagts med patientavgift, jämfört med totalt antal besök.

Detta skulle alltså indikera att drygt hälften av alla besök varken påverkas åt ena eller andra hållet av en ändrad patientavgift

Ingen hänsyn tas till övriga dynamiska effekter i systemet

Ett besök i primärvården har en låg kostnad jämfört med ett besök på sjukhusets akutmottagning eller annan sjukhusvård. Utredningens samlade förslag syftar till att primärvården via den valda utföraren i vårdvalssystemet ska få en mer självklar roll dit patienten vänder sig. Vi vet att patienter i dag ofta i onödan vänder sig till sjukhusets akutmottagning. Vi vet också att kontinuitet i primärvården kan minska undvikbar slutenvård. Utredningen har inte haft möjlighet att beräkna minskade kostnader till följd av att patienter minskar sjukhusbesök som en följd av ökade besök till vårdvalsutföraren, men

det är möjligt att en sådan effekt kan ta ut den kostnad som har uppskattats ovan. Vidare har i forskning framkommit att patientavgiften har betydelse för i vilken utsträckning patienter avstår från att konsumera vård, där priskänsligheten är störst i socioekonomiskt svaga grupper (Johansson m.fl. 2019). De hälsovinster och på sikt samhällsekonomiska vinster som uppkommer genom att individer av ekonomiska skäl inte avstår från att söka vård eller söker vård i tid har inte varit möjliga att beräkna.

Sammantaget menar utredningen att man bör vara försiktig med hur man använder dessa siffror.

Minskad merkostnad utan parallella ersättningssystem

I dag tillämpar landstingen på flera olika sätt olika typer av besöksersättning till utförarna för besök som inte nödvändigtvis skiljer sig åt i innehåll. Som har beskrivits framför allt i kapitel 5–10 rör det sig om att utförare i flera landsting får en högre ersättning för om de tar emot en patient som *inte är listad* hos dem, jämfört med om patienten är listad. Landstingen har också enats om Riksavtalet för utomlänsvård vilket innebär att utförare i vissa landsting kan få flera gånger högre ersättning ifall de tar emot en *patient som inte är folkbokförd i länet*, jämfört med en patient som är folkbokförd i länet. Landstingen har också enats om att betala en högre ersättning för ett besök som sker *digitalt*, om *patienten också är folkbokförd i ett annat län*.

Skälen till att ersättningssystemen har riggats på detta sätt skiljer sig beroende på vilken ersättning det avser. Grundtanken som ersättningssystemen utgår ifrån är att vald utförare får en klumpsumma för att ta hand om en patient, och därefter i en del landsting en mindre ersättning för exempelvis ett läkarbesök. Eftersom besök som görs hos en vårdgivare där patienten inte är listad inte har föregåtts av att utföraren får en klumpsumma, har landstingen beslutat att sådana besök ska ersättas med en högre ersättning. Utredningens förslag syftar bl.a. till att utförare och patient ska knytas närmre varandra genom vårdalet, och att enskilda besök till annan vårdgivare än där man är listad ska bli ett undantagsfenomen. Detta syftar främst till att skapa bättre förutsättningar för en kontinuitetsbaserad och effektiv vård. Vad gäller effektivitet ser utredningen att det på det stora hela bör innebära en merkostnad för landstingen att betala ut

kapiteringsersättning till en vårdgivare, och därefter en högre besöksersättning när den listade patienten besöker en annan vårdgivare. Här skulle man alltså kunna välja mellan att antingen gå mot att kapiteringssystemet tas bort, och varje besök därefter ersätts per styck. Eller så tar man bort det parallella besökssystemet och fortsätter med den kapiteringsersättning som de flesta landsting framför allt använder.

Utredningen menar att det mest effektiva förslaget är det sistnämnda, att valet ska ske genom listning, och att besök inte ska ersättas olika beroende på de skäl som beskrivs ovan. Därför gör vi här en beräkning för att illustrera att landstingens kostnader bör kunna minska om ersättningen inte längre är högre för isolerade besök.

För att beräkna detta tar vi den typ av besök som ökar i störst utsträckning, och där vi har tillräckliga data för att beräkna, dvs. ersättningen för digitala utomlänsbesök. En svaghet med resultatet, i form av landstingens minskade kostnader, är att vi inte har haft möjlighet att ta hänsyn till kostnadsansvar. I de fall landstingen tillämpar kostnadsansvar gentemot en utförare vars listade patient uppsöker digital utomlänsvård, blir det inte nödvändigtvis en merkostnad för landstinget att ”betala ut” ersättningen för det digitala utomlänsbesöket.

Uppskattad merkostnad för digitalt utomlänsbesök jämfört med besök hos vårdvalsutförare i patientens hemlandsting

Digitala utomlänsbesök ersätts i dag enligt en ersättning som löper parallellt med de ordinarie ersättningssystemen inom vårdvalssystemen. En konsekvens av utredningens förslag och rekommendationer är att denna särskilda ersättning inte längre ska utbetalas. Samtliga besök oavsett kontaktform ska ersättas inom ramen för vårdvalssystemen och därmed följa varje landstings ersättning för ett besök. Med antagandet om att ersättningssystemen i övrigt är desamma kan utredningen därmed beräkna minskade kostnader för landstingen, eftersom besök som ersätts som digital utomlänsvård innebär en merkostnad jämfört med om besöken hade ersatts som en distanskontakt inom landstinget.

I denna beräkning görs varken någon analys eller något antagande av värdet av de olika besöken. Det vi är intresserade av är att se är den merkostnad som uppstår *på grund av parallella ersättningssystem,*

inte att särskilt peka ut att digitala utomlänsbesök skulle vara dyra i förhållande till vad de ger. För metodbeskrivning se bilaga 5.

Majoriteten av de digitala utomlänsbesöken görs till läkare. Psykologkontakter och övriga kontakter är volymmässigt i relation till läkarkontakterna små, men inom Region Sörmland uppvisar de större volymer för övriga kontakter (framför allt sjuksköterskekontakter) än för läkare och psykologer. Merkostnaden undersöks både i relation till hur varje landsting ersätter utföraren om besöket hade ersatts så som ett besök inom varje landsting ersätts för besök av *listad patient*, och i relation till hur varje landsting ersätter utföraren för besök av en *icke-listad patient*.

Om en digital kontakt, i stället för att ersättas enligt ersättningen om digitalt utomlänsbesök, ersattes som ett digitalt inomlänsbesök som görs av en patient som *inte* är listad vid vårdcentralen skulle kostnaden totalt gå ner med 207 miljoner kronor, givet de besöksvolymer som gällde under 2018. Denna jämförelse är relevant för scenariot att dagens vårdvalssystem fortsatt gäller, men med skillnaden att de digitala utförarna har minst ett avtal i varje landsting, vilket gör att alla besök ersätts som inomlänsbesök på distans. Dessa resultat redovisas i bilaga 5.

Om en digital kontakt i stället för att ersättas enligt ersättningen om digitalt utomlänsbesök ersätts som ett inomlänsbesök på distans som görs av en patient som *är* listad vid vårdcentralen skulle kostnaden totalt gå ner med 275 miljoner kronor. Denna jämförelse är relevant givet de förslag utredningen lägger, som innebär att patientens val framöver görs genom att lista sig, och därmed bör besöken framför allt också ersättas i enlighet med den ersättning som utgår för listad patient som gör ett besök. I tabellen nedan redovisas denna jämförelse. Notera att det skiljer sig mellan landsting och profession. Här bör återigen påpekas att kostnadsansvar inte har tagits med i beräkningarna, dvs. det är inte givet att det är landstinget som står för hela kostnaden, och därmed inte säkert att det för varje besök uppstår en merkostnad.

Beräkningarna är gjorda baserade på den ersättning som gäller i dag. Denna ersättning har sänkts två gånger tidigare och SKL har beslutat om en rekommendation om en ny sänkning. Detta betyder att ersättningarna närmar sig varandra. Syftet med utredningens förslag är dock inte främst att minska landstingens utgifter, eller att sikta in sig på att just vård i digital form ska ersättas lägre. Syftet med

förslagen är främst att patienter inte längre ska behöva vända sig till flera olika aktörer för att få sina vårdbehov tillgodosedda och att de ska slippa riskera att delta i vårdmöten där deras information inte finns tillgänglig, samt att främja resurseffektivitet genom att ta bort parallella ersättningssystem.

Beräkningarna bygger på antagandet att besöken fortsätter att ske i samma antal, men att de ersätts till samma nivå som motsvarande besök ersätts inom ett landsting. Det finns en risk att tillgängligheten minskar om ersättningen blir lägre. Detta hänger också ihop med frågan om den fastställda patientavgiften. Eftersom majoriteten av de digitala aktörerna nu har flyttat till Region Sörmland, innebär det att den fastställda patientavgiften leder till en högre patientavgift för just digitala besök. Det här är en stor skillnad jämfört med när analysen påbörjades och en majoritet av bolagen hade sin bas i Region Jönköping och därmed en patientavgift på 250 kronor. Avgiften om 100 kronor är i linje med den avgift som landstingen och SKL har enats om vad gäller digitala besök.

Ett annat scenario är att med minskad besöksersättning för en viss typ av besök kan tillgängligheten till just den typen av besök minska. Landstingen kan i sådana fall behöva öka besöksersättningen för att uppmuntra högre tillgänglighet hos utförarna. Som tidigare påpekats är inte syftet med detta förslag att minska landstingens *totala* kostnader. Tanken är att med ett ersättningssystem i stället för flera parallella kan landstingen prioritera mer. De kostnadsminskningar som sparas in med att ta bort det parallella ersättningssystemet kanske ska användas för att öka just besöksersättningen (lika för alla utförare).

Landsting uppfattar vidare att relativt stora resurser konsumeras i den nuvarande administrativa hanteringen av utomlänsvården, genom fakturering och hantering av betalningsströmmar. Både patientens hem- och vårdlandsting och (ofta) utförare i båda landstingen påverkas av ett utomlänbesök. Även omfattningen av patientadministrationen påverkas, vilket innebär en kostnad, Jönköping hanterar t.ex. enligt uppgift över 1 miljon patienter i sitt patientadministrativa system, trots att befolkningen i länet endast uppgår till cirka 350 000. Utredningen har inte kunnat få beräkningar på hur stora dessa kostnader är men den administrativa hanteringen kan sammantaget bedömas minska i det mer stabila system som utredningen föreslår.

Tabell 19.7 Landstingens beräknade merkostnad med särskild ersättning för digital utomlänsvård vid läkarbesök jämfört med om vården hade ersatts som inomlänsvård för listad patient

Landsting	Merkostnad för hemlandstinget (läkare)		Merkostnad för hemlandstinget (psykolog)		Merkostnad för hemlandstinget (övrigt besök)	
	Procent	Summa	Procent	Summa	Procent	Summa
Stockholm	150 %	85 351 110	131 %	1 902 980	15 %	786 440
Västra Götaland		54 871 700		1 455 600		3 030 600
Skåne		44 515 900		1 151 400		3 065 100
Uppsala	150 %	7 561 710	131 %	258 060	15 %	144 920
Östergötland	225 %	8 026 650	200 %	236 000	50 %	239 500
Jönköping		334 750		13 800		346 800
Värmland		7 996 300		231 000		443 100
Halland	225 %	5 554 350	200 %	117 600	50 %	118 500
Sörmland	191 %	3 924 300	163 %	105 600	-75 %	-299 300
Västmanland	491 %	4 912 920	445 %	146 510	173 %	268 090
Örebro		5 839 600		186 000		441 600
Dalarna		5 099 250		158 400		362 700
Gävleborg	225 %	3 366 900	200 %	138 800	50 %	131 800
Väster- norrland	225 %	2 634 750	200 %	98 800	50 %	100 000
Kalmar		3 677 700		161 400		253 800
Västerbotten		3 651 700		150 000		264 600
Norrbottnen	225 %	2 485 350	200 %	107 200	50 %	79 800
Kronoberg		3 351 400		124 800		232 200
Blekinge		2 518 750		70 800		162 300
Jämtland Härjedalen	117 %	1 123 150	100 %	39 600	0 %	0
Gotland	713 %	1 187 310	650 %	44 200	275 %	53 240
Totalsumma	340 %	257 985 550	321 %	6 898 550	126 %	10 225 790

Kapiteringsersättningen kvarstår oförändrad i majoriteten av landstingen

Utredningen antar att landstingen i princip inte får ökade kostnader för kapiteringsersättning, eftersom alla landsting utom Stockholm redan tillämpar ickevalsalternativ, dvs. alla medborgare är listade någonstans.

Bättre upphandlingar av bemanningstjänster

Region Skåne nytt ramavtal etc. sedan 2016 och arbetssättet sparar dem 30–35 miljoner kronor årligen. Det är dock inte givet att denna siffra kan skalas upp på samma sätt i alla landsting givet att landstingen har olika förutsättningar. Region Skåne har exempelvis ett universitetssjukhus, ytterst lite glesbygd och en relativt stor befolkningsökning.

Samtidigt bör det också påpekas att utredningens förslag endast i ett sekundärt (eller ännu mer avlägset) skede kan förväntas leda till minskade kostnader för landstingen. Förslagen handlar om att ta fram stöd och vägledning till regionerna, därefter är det upp till dem att rigga upphandlingarna. Därefter kan det förhoppningsvis uppstå minskade kostnader.

19.4.3 Kostnader eller intäkter för företag eller andra enskilda

Utförare inom primärvården kan komma att påverkas på olika sätt av förslagen om reformerat vårdvalssystem.

Dagens vårdvalsutförare

Dagens vårdvalsutförare kan komma att påverkas på olika sätt. För de utförare som verkar inom ett landsting som utkräver kostnadsansvar för att patienter gör enskilda besök hos annan vårdgivare blir förslagen positiva ur ett kostnadsperspektiv.

Små vårdvalsutförare

För små utförare kan det vara svårare att konkurrera både vad gäller tillgänglighet och med ekonomiska förutsättningar att köpa in exempelvis plattformar, jämfört med utförare som driver flera vårdcentraler. Vad gäller plattformar gör utredningen bedömningen att landstingen gemensamt, via SKL eller Inera kan tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan abonnera på. En sådan upphandling har gjorts inom Västra Götalandsregionen där landstinget har upphandlat en plattform för digitala vårdmöten. Avtalet rymmer ett erbjudande till privata vårdgivare som kan välja att ansluta sig till regionens app och använda den för att ta emot sina patienter. Utföraren får då stå för utbildning av personal, en löpande månadskostnad samt en månatlig licenskostnad per användare. Det andra alternativet är att de via samma leverantör kan få utforma sin egen app. Samma kostnader som ovan plus en lite större engångskostnad för att rigga appen.

Genom denna typ av stöd i digitaliseringen bör små vårdvalsutförare kunna hänga med i digitaliseringen och ta del av de effektiviseringar det kan ge.

Mindre utförare är i dagsläget troligtvis mer drabbade vad gäller kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök. När vårdval inte längre görs via besök utan via listning bör denna börda lätta.

Större vårdvalsutförare

Utöver frågan om kostnadsansvar ser inte utredningen att de större vårdvalsutförarna som arbetar i dag kommer att ha några särskilda kostnader eller intäkter.

Övriga utförare

Digitalt profilerade aktörer, eller så kallade nätläkare, kommer också att påverkas av förslagen eftersom de inte alltid i dag är vårdvalsutförare och patienter enbart kommer att kunna lista sig hos en vårdvalsutförare i det reformerade vårdvalssystemet.

Under 14.2.1 beräknade utredningen den minskning i kostnad som landstingen skulle få om digitala utomlänsbesök framöver och i enlighet med utredningens förslag ersätts som besök inom vårdvals-

systemen. Den siffran ligger något för högt för att motsvara nät-läkarbolagens intäkter från ersättningen för digital utomlänsvård, men ger en fingervisning om hur deras intäkter ser ut i dag.

Som vi ser det finns det två vägar för utförare som primärt bedriver vården i digital form (s.k. nätläkare) att fortsätta sina verksamheter i det reformerade vårdvals-systemet.

- Som vårdvalsutförare kommer de att ersättas på samma sätt som övriga vårdvalsutförare, dvs. kapiteringsersättning per listad patient och därefter besöksersättning vid besök. För att kunna bli vårdvalsutförare måste de kunna erbjuda fysisk tillgänglighet också. Det finns olika modeller för hur de kan göra, exempelvis genom att starta egna vårdcentraler, eller genom att ha vårdcentraler som underleverantörer.
- Som underleverantörer till vårdvalsutförare. Här sätts ersättningen mellan vårdvalsutföraren och underleverantören. Rimligtvis kommer ersättning sättas till en nivå som är gynnsam för båda. Man kan tänka sig olika typer av avtal, dels att den digitala leverantören ska ha tillgänglighet hela dygnet, eller exempelvis kvällstid och helg när vårdcentralen är stängd.

Företag inom bemanningsbranschen

Utredningen lägger ett antal förslag som rör området inhyrd personal, eller mer generellt hög omsättning av personal, i vården. Exempelvis syftar ett förslag till att ge landstingen stöd i att göra bättre upphandlingar av bemanningstjänster, bl.a. med syftet att få ner kostnaderna. Utredningen ser dock att dessa förslag främst på ett indirekt eller sekundärt plan har en inverkan på företagen inom bemanningsbranschen, själva förslagen tar främst syfte på att påverka landstingen beteende. Utredningen gör därmed ingen ekonomisk konsekvensanalys av hur företag inom bemanningsbranschen påverkas av utredningens förslag.

19.4.4 Förslag till finansiering

Utredningen bedömer att de förslag som utredningen lämnar utan undantag ryms inom ändamålen för anslaget 1:6 inom utgiftsområde 9 samt inom ramen för de insatser som anges i den nyligen beslutade överenskommelsen om omställning till en god och nära vård.

För anslaget 1:6 *Bidrag till hälso- och sjukvård* inom utgiftsområde 9 *Hälsovård, sjukvård och social omsorg* anges att anslaget får användas för utgifter för bidrag och statsbidrag för att genom riktade insatser arbeta för att säkerställa att hälso- och sjukvården håller en *god tillgänglighet och kvalitet*, baseras på kunskap, är *behovsanpassad och effektiv*, samt stärker patientens delaktighet i vården. Anslaget får även användas för bidrag och statsbidrag för att förbättra förutsättningarna för *ökad bemanning* inom vården, för professionen att utföra sitt arbete och för att hälso- och sjukvårdens resultat följs upp på ett öppet och jämförbart sätt. Därtill får anslaget användas för att förbättra förutsättningarna för att kunskap och erfarenheter tas tillvara för att förbättra hälso- och sjukvården liksom för en god och *mer jämlik vård*.

Regeringen och SKL har i juni 2019 träffat överenskommelsen *God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården* (Socialdepartementet 2019). Överenskommelsen för 2019 omfattar totalt 2 430 000 000 kronor för insatser som ska bidra till:

- omställningen till en god och nära vård,
- förbättra tillgängligheten i primärvården, samt
- bidra till införandet av sammanhållna vårdplaner bl.a. genom patientkontrakt.

Överenskommelsen avser 2019 men samtidigt aviseras en fortsatt överenskommelse för 2020. Överenskommelsen finansieras genom det ovan nämnda anslaget 1:6.

När det gäller insatser som stödjer *omställningen* till en god och nära vård ska landstingen genomföra:

Insatser som stödjer omställningen till god och nära vård med särskilt fokus på primärvård. Det kan t.ex. handla om insatser som bidrar till att utveckla samordning inom eller mellan vårdgivare, kontinuitet och relationsbyggande, tillgänglighet, delaktighet för patienter och närstående, en säkrad kompetensförsörjning i den nära vården, anpassa vårdinsatserna till de målgrupper som i hög grad besöker vården, t.ex. patien-

ter med psykisk ohälsa. Det kan även handla om utveckling av ersättningssystem, utveckling av hälsofrämjande och förebyggande insatser samt proaktiva arbetssätt, utveckling av arbetssätt med stöd av digital teknik samt att hantera utmaningar som finns i glesbefolkade områden med stora geografiska avstånd och de möjligheter som digitalisering bär med sig där t.ex. via digitala vårdgivare m.m.

När det gäller att förbättra och utveckla *tillgängligheten* i primärvården omfattas:

insatser som syftar till att stärka arbetet med den förstärkta vårdgarantin. På detta sätt ska patienten snabbare få rätt vård genom förbättrad tillgänglighet. Medel i överenskommelsen kan exempelvis användas till **nya och utvecklade arbetssätt**, till att säkra kompetensförsörjningen med åtgärder för att attrahera och behålla **personal, digitala kontaktvägar** (t.ex. via digitala vårdgivare) för patienterna utifrån deras behov, förändrad väntetidsuppföljning, utökade öppettider och liknande åtgärder som ger patienten en snabbare vård än med tidigare vårdgaranti.

Den nu föreliggande utredningen ställer sig helt bakom de intentioner som kommer till uttryck i överenskommelsen, bl.a. i form av en fortsatt satsning på primärvården och en mer renodlad styrning på hälso- och sjukvårdens område. I avsnitt 17.1.9 rekommenderar vi staten och landstingen att utveckla och förstärka överenskommelsen med ekonomiska åtaganden från både staten och landstingen.

Finansieringen av utredningens förslag bedömer vi samtliga rymt inom anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård inom utgiftsområde 9 samt inom ändamålen och insatserna enligt den ovan nämnda överenskommelsen. I tabellen nedan specificeras finansieringen av de kostnader som anges i avsnitt 19.4.1 och 19.4.2.

Den nationellt reglerade patientavgiften för besök i primärvården inom vårdvalssystemet kommer att kräva en permanent finansiering. Utredningen bedömer att detta bör regleras vid ett tillfälle, i samband med ikraftträdandet, genom en omfördelning från det ovan nämnda anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård till anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* inom Utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*.

Tabell 19.8 Samlad redovisning av finansieringskällor för utredningens förslag:

Förslag	Mnkr	Finansieringskälla	Typ av kostnad
Utredning om prioriterings-ordningen	4 (8)	Regeringskansliets kommittébudget	Engångskostnad under 2 år
Utredning om infrastruktur och informationshantering	4 (8)	Regeringskansliets kommittébudget	Engångskostnad under 2 år
Utredning om välfärd i glesbygd	0	Kommittébudget för välfärdskommissionen	–
Stöd för upphandling av bemanningstjänster inom vården	1	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Kartläggning av ansvarsfördelning	1	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Uppdaterad vägledning för prövning enligt LOV och LOU	1	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Checklista för patientsäkerhet vid personalomsättning	1	Inom förvaltningsanslag	Engångskostnad under 1 år
Kunskap om vård i glesbygd	2	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 1 år
Uppföljning av världsreformerna	2 (6)	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad under 3 år
Nationellt reglerad patientavgift	740	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Permanent överföring
Listningstjänst	–	Anslaget 1:6 Bidrag till hälso- och sjukvård	Engångskostnad för införande

19.5 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Några av utredningens förslag bedöms ha viss påverkan på den kommunala självstyrelsen. I samtliga fall bedömer utredningen vid en proportionalitetsbedömning att intrånget är motiverat.

Avvägningar kring kommunala självstyrelsen genomför arbetet

Ett grundläggande övervägande i utredningens arbete (liksom för alla statliga utredningar som utreder hälso- och sjukvården) är hänsynen till den kommunala självstyrelsen och att det på grund av denna

inte är möjligt att göra förslag av allt utredningen ser bör hända framöver. Av det skälet har utredningen valt att i stora delar lämna rekommendationer till huvudmännen och därmed överlämna till dem att närmare utforma t.ex. styrningen. Utredningen ser också att förutsättningarna att uppnå goda resultat är större om landstingen ges utrymme att inom en tydlig nationell ram anpassa styrningen utifrån regionala och lokala förutsättningar. I något fall ges landstingen dessutom ett ökat utrymme för självstyrelsen, t.ex. genom förslaget att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

Reformerat vårdvalssystem och patientens val av utförare i annat landsting

I avsnitt 17.1.2 föreslår utredningen ett nytt system, där patientens val av utförare i primärvården ska ske genom listning. Detta innebär en justering av den nuvarande definitionen av vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § HSL. Enligt utredningens bedömning innebär *införandet av vårdvalssystem* ett tydligt intrång i självstyret (se även prop. 2008/09:74), vilket balanserades av att landstingen fortsatt bedömdes ha beslutanderätt över styrningen av vårdvalssystemen. Den nu föreslagna justeringen av vårdvalssystemen påverkar inte dessa förhållanden och blir snarast till landstingens fördel ur ett självstyrelseperspektiv. I jämförelse med den hittillsvarande obegränsade valfriheten, som landstingen genom sin styrning på olika sätt försökt hantera konsekvenserna av, innebär utredningens förslag ett mer långsiktigt och förutsebart system. Detta kan väsentligen stärka landstingens förutsättningar att uppfylla ansvaret för att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i befolkningens behov av vård (7 kap. 2 § HSL). Vi bedömer således att förslaget inte innebär ett intrång i det kommunala självstyret.

Förslaget om tydliggörande i HSL om att landstingen får dela in landstinget geografiskt i flera vårdvalsområden stärker den kommunala självstyrelsen eftersom förslaget ger landstingen ökad tydlighet i vilka verktyg de har till sitt förfogande.

Listningstjänst

I avsnitt 17.1.3 föreslår utredningen att det i hälso- och sjukvårdslagen ska införas en ny skyldighet för landstingen att tillhandahålla en öppen listningstjänst. Listningstjänsten ska möjliggöra patientens val, innehålla information om samtliga listningsbara utförare samt om deras tillgänglighet för listning. Införandet av en skyldighet att upprätthålla en sådan tjänst innebär att landstingens självbestämmande minskar i den frågan. Samtidigt kan konstateras att samtliga landsting redan i dag har system för att administrera listning, vilket är en central del i ersättningsystemen för primärvården. I den delen uppstår i praktiken ingen skillnad för landstingen.

En skillnad mot nuvarande situation är att tjänsten ska användas av patienten för att göra valet genom listning och att landstingen inom tjänsten öppet ska redovisa eventuell kö hos utförarna. En sådan transparens bedömer utredningen är motiverad av både rätts-säkerhets- och likvärdighetsskäl och utgör därför ett motiverat intrång i självstyret.

En annan skillnad mot nuvarande situation är att tjänsten ska kunna utbyta information mellan landstingen i syfte att hantera en nationell listning. Landstingen har under flera år bedrivit ett utvecklingsarbete i syfte att skapa just en sådan tjänst, utifrån målsättningen att skapa likvärdighet. Utredningen bedömer därmed att intrånget i självstyret är motiverat.

En inskränkning i den kommunala självstyrelsen bör inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet som har föranlett den (14 kap. 3 § Regeringsformen). Utredningen har vid utformningen av förslaget utgått från att landstingen till stor del redan har och använder liknande tjänster och att ett utvecklingsarbete pågår i linje med vad utredningen föreslår. Till stor del är utredningens förslag därmed en kodifiering av vedertagna arbetssätt. Vid en proportionalitetsbedömning konstaterar utredningen att förslaget inte går utöver syftet som föranlett det.

Införande av listningsbegränsningar

I avsnitt 17.1.6 föreslår utredningen att landstinget får besluta att begränsa det antal patienter som får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.

Förslaget innebär en kodifiering av hur utredningen och ett antal landsting tolkar rättsläget, dvs. att det är möjligt att begränsa åtagandet för utförare (och att de därmed inte kan väljas av patienten) om det finns skäl till det. Med hänsyn till bl.a. den kommunala självstyrelsen har förslaget utformats som en fakultativ regel som ger landstingen *möjlighet* att fatta beslut. Någon inskränkning av den kommunala självstyrelsen föreligger således inte i den delen.

Däremot ska ett beslut föregås av samråd mellan landsting och utförare. Detta kan ses som ett mindre intrång i självstyrelsen. Samtidigt kan det uppfattas som en självklarhet att upprätthålla en dialog med dem som på landstingets uppdrag utför verksamheten, oavsett om det handlar om utförare i egen regi eller utförare som kontrakterats. Det gäller i synnerhet frågor som avser verksamhetens uppfyllelse av åligganden enligt lag, t.ex. patientsäkerhet och arbetsmiljöfrågor, vilket också är exempel på sådant som kan motivera att införa en listningsbegränsning (se avsnitt 17.1.6). Vid en proportionalitetsbedömning framstår intrånget som välmotiverat.

Nationellt reglerad patientavgift i primärvården

I avsnitt 17.4.2 föreslår utredningen att det i hälso- och sjukvårdsförordningen införs en ny paragraf som innebär att avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystemet ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Förslaget innebär ett tydligt intrång i landstingens nuvarande självbestämmande över patientavgifter i primärvården. Förslaget innebär dessutom minskade intäkter totalt sett från patientavgifter i primärvården, vilket närmare beskrivits i avsnitt 19.4.2. Utredningen har i avsnitt 17.4.2 gjort bedömningen att starka rättviseskäl motiverar att ensa patientavgifterna över landet, bl.a. mot bakgrund av att individer med lägre socioekonomi i högre grad avstår från att söka vård av ekonomiska skäl. Utredningen bedömer att det inte ska ha betydelse var i landet man bor för viljan att söka vård. Intrånget i självstyret är därmed motiverat av likvärdighetsskäl.

Utredningen har i kapitel 5 och 6 konstaterat att den förhoppning som fanns om att införandet av en ”regional vårdvalsmodell” skulle leda till enhetlighet och likvärdighet mellan landstingen inte

har realiserats. Det mindre ingripande alternativet att låta landstingen själva ensa patientavgifterna kan således sägas ha prövats under en längre tid och utredningen bedömer att förslaget inte går utöver syftet med det.

19.6 Konsekvenser för enskilda och små företag

År 2017 var det 264 olika privata vårdgivare som drev vårdcentraler. Av dessa drev 189 av vårdgivarna en enda vårdcentral (Vårdföretagarna 2018a). För små utförare kan det vara svårt att finansiera exempelvis inköp av en plattform. Utredningens bedömning är att landstingen eller Inera bör tillhandahålla en plattform för de utförare som vill abonnera.

Med tanke på underkapaciteten är det svårt att bedöma de dynamiska effekterna, och det beror också på hur företag väljer att agera. Men en del i våra förslag är att det ska vara tydligare villkor, tydligare åtagande, ökad stabilitet med möjlighet till rimligt åtagande vilket kan ha stor betydelse för arbetsmiljö.

För små utförare kan det vara svårare att konkurrera både vad gäller tillgänglighet och med ekonomiska förutsättningar att köpa in exempelvis plattformar, jämfört med utförare som driver flera vårdcentraler. Vad gäller plattformar gör utredningen bedömningen att landstingen gemensamt, via SKL eller Inera kan tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan abonnera på. En sådan upphandling har gjorts inom Västra Götalandsregionen där landstinget har upphandlat en plattform för digitala vårdmöten. Avtalet rymmer ett erbjudande till privata vårdgivare som kan välja att ansluta sig till regionens app och använda den för att ta emot sina patienter. Utföraren får då stå för utbildning av personal, en löpande månadskostnad samt en månatlig licenskostnad per användare. Det andra alternativet är att de via samma leverantör kan få utforma sin egen app. Samma kostnader som ovan plus en lite större engångskostnad för att rigga appen.

Utredningen ser också ett annat alternativ som innebär att en utförare kan undersöka möjligheten att ha en annan vårdgivare som underleverantör för att erbjuda digital tillgänglighet till sina listade patienter. Ersättningen dem emellan sköter då de två parterna.

Mindre utförare är i dagsläget troligtvis mer drabbade vad gäller kostnadsansvar för digitala utomlänsbesök. När vårdval inte längre görs via besök utan via listning bör denna börda lätta.

Det finns samtidigt en risk att mindre utförare får svårare att klara sig i konkurrens med exempelvis en digitalt profilerad leverantör som går in i vårdvalet. Denna risk torde vara störst för små leverantörer som är belägna på orter där användandet av vårdappar är som störst i dag, dvs. i storstadsområdena. Det som då kan ske är att de förlorar listade patienter till förmån för en annan utförare och därmed förlorar kapiteringsinkomst. Sådana framtida patientströmmar är svåra att bedöma men baserat på erfarenheterna av vårdvalet hittills kan konstateras att det verkar vara ytterst få utförare som slagits ut i konkurrensen med andra, vilket vi bedömer bl.a. beror på den bristande matchningen mellan utbud och behov, se kapitel 6.

Företag som agerar inom digitala utomlänsersättningen

Nästan samtliga så kallade nätläkarbolag räknas som små företag beräknat på omsättning. Ofta har de dock fler anställda än vad ett vanligt småföretag har.

Om en fysisk vårdcentral klarar sig på valda ersättningsnivåer så torde även en digital vårdgivare kunna klara sig vid samma ersättningsnivåer. Den digitala vårdgivaren torde även ha utökade möjligheter att undvika väntetider mellan patienter med stöd av de digitala verktygen, vilket i sin tur resulterar i en högre besöksfrekvens och därmed ökade intäkter per tidsenhet (allt annat lika). Viktigt att komma ihåg är att det även finns nackdelar, som ökade kostnader till följd för teknisk utrustning, utveckling av tekniska lösningar (dock redan utvecklade av de etablerade aktörerna) med mera.

19.7 Konsekvenser för jämställdhet, de integrationspolitiska målen samt för barn och unga

Utredningen ser inte att de förslag som läggs har någon särskild påverkan på jämställdhet, integrationspolitiska mål eller för barn och unga.

Det finns en viss relevans inom de områden som utredningen har utrett, så som att det är fler kvinnor som arbetar inom primärvården, och det är fler med utländsk bakgrund som arbetar som anställd av bemanningsföretag, jämfört med arbetsmarknaden i övrigt. Generellt borde en satsning på primärvården kunna innebära möjligheter för ökad sysselsättning av personer med utländsk bakgrund.

Kvinnor som arbetar i vården har en hög sjukfrånvaro, inte minst på grund av psykisk ohälsa. Det är också känt att den typen av frånvaro kan ha koppling till brister i arbetsmiljön. Flera av de förslag som utredningen lämnar syftar till att förbättra arbetsmiljön och borde därmed ha potential att minska sjukfrånvaron, framför allt hos kvinnor.

Som visats i utredningens delrapport har kvinnor högre vårdkonsumtion än män. Det är också känt att det fortfarande finns individer som avstår från vård av ekonomiska skäl. Utredningens förslag om sänkt vårdavgift inom primärvården borde därmed kunna gynna kvinnor. Dessutom är det känt att ensamstående kvinnor ofta har en låg pension, i en ålder där behovet av vård är som störst. Utredningen förslag bedöms ha potential att gynna denna grupp.

19.8 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Utredningen ser att frågor som rör långsiktig kompetensförsörjning bör vara högt prioriterade av staten och huvudmännen och att staten bör ta sitt ansvar som övergripande systemansvarig. Utredningen lägger inga förslag om statens roll eftersom det redan finns många förslag under beredning.

Utredningen rekommenderar landstingen att fortsatt driva digitaliseringen i vården och att främja att alla vårdvalsutförare arbetar digitalt. Utredningen ser att det skapar goda förutsättningar för att

skapa en minskad arbetsbörda och att skapa flexiblare arbetsätt i primärvården. Detta ser utredningen kan bidra till att fler stannar i vårdyrket, och att fler söker sig till vårdens yrken.

Utredningen föreslår också ett förtydligande om att landstingen får besluta om begränsning av lista hos vårdgivare samt att utförare får begära samråd om att begränsa lista. Utredningen ser detta som nödvändigt för patientsäkerheten men också för arbetsmiljön. Också detta kan bidra till vårdyrkenas attraktivitet.

19.9 Konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Utredningen ser inte att utredningens förslag kommer att ha en påverkan vad gäller brottsligheten eller för det brottsförebyggande arbetet.

19.10 Konsekvenser för miljön

Utredningen ser inte att utredningens förslag har några konsekvenser för miljön.

19.11 Konsekvenser för EU-rätten

Utredningen ser inte att utredningens förslag påverkar EU-rätten.

20 Författningskommentar

20.1 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ, vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,

2. *möjligheten att få välja fast läkarkontakt hos den utförare där patienten är listad,*

3. *den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten,*

4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,

5. vårdgarantin, och

6. möjligheten att hos försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.1.2. och 17.1.3.

Utredningen föreslår som del i en reform av vårdsystemet att definitionen av vårdvalssystem ändras i 7 kap. 3 § HSL (se nedan). Det innebär enligt utredningens förslag att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan *välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster genom att lista sig hos utföraren, samt hos denne få tillgång till och välja en fast läkarkontakt* (vårdvalssystem).

Utredningen föreslår därför att det av en *ny andra punkt* i paragrafen framgår att patienten ska få information om att det är där patienten är listad som denne kan få välja fast läkarkontakt.

I en ny tredje punkt föreslås att patienten ska få information om den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten. Listningstjänsten behandlas i kommentaren till den föreslagna 7 kap. 3 § HSL (se nedan).

6 kap.

3 §

Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare inom primärvården, där patienten är listad.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.1.2.

Den ändring som föreslås är tänkt att stärka patientens redan befintliga möjlighet till val av fast läkarkontakt inom primärvården. I och med det föreslagna tillägget att den fasta läkarkontakten ska erbjudas av den utförare som patienten har valt att lista sig hos, förtydligas patientens förutsättningar att få veta var valmöjligheten till den fasta läkarkontakten kan/ska tillhandahållas. Eftersom patienten gör sitt val av utförare genom listning som därmed utgör en följdändring med anledning av förslaget till ändring i 7 kap. 3 § HSL med samma innebörd, skapas bättre förutsättningar för en relationell och kontinuitetsbaserad primärvård med förväntad ökad patientsäkerhet som följd där patienten kan känna att denne ”hör hemma”. Detta i sin tur innebär att utföraren, med ett tydligare och mer synkroniserat regelverk med administration och styrning, ges bättre planeringsförutsättningar för att kunna tillhandahålla en god och säker vård till patienterna genom fast läkarkontakt. Utföraren ska härigenom inte längre behöva planera, administrera och tillhandahålla fast läkarkontakt till alla patienter som genom enstaka besök kommer i kontakt med utföraren, utan i första hand tillgodose behovet av fast läkarkontakt för de ”egna” listade patienterna, dvs. de som är listade hos utföraren.

9 kap.

2 §

Patientens val av utförare inom primärvården, ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren. Listning kan ske hos utförare i landstingets egna regi eller hos utförare som är godkänd och har ett kontrakt enligt 1 kap. 1 § andra stycket lagen (2008:962) om valfritetssystem eller därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitten 17.1.2 samt 17.3.1.

Paragrafens första mening utgör en följdreglering av förslaget till ändring i 7 kap. 3 § HSL, vari regleras att möjligheten att välja utförare ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren. Det föreslagna listningskravet avgränsar sig till enbart listningsbara primärvårdsutförare och är således inte tänkt att omfatta övriga offentligt finansierade utförare inom öppenvården enligt 9 kap. 1 § PL, såsom exempelvis utförare som bedriver vård enligt lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Så kallad utomlänsvård som är av omedelbar karaktär och som regleras i 8 kap. 4 § HSL, är inte heller tänkt att omfattas av förslaget krav på listning. Förutsättningarna däri är således alltjämt oförändrade.

Den utförare som enligt förslaget till andra meningen är godkänd och har ett kontrakt enligt LOV eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt LOU, blir därmed också en listningsbar utförare. Rekvisiten utgörs således av att det rör sig om hälso- och sjukvård som ges av utförare (leverantör) som

- bedriver hälso- och sjukvårdstjänster,
- inom primärvården,
- med landstinget som huvudman,
- i form av privat vårdgivare som är godkänd och har ett vårdavskrift enligt LOV alternativt har ett vårdkontrakt enligt LOU, eller
- utgörs av landstingets egna regi inom ramen för vårdavskriftssystemet.

Utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som inte utgörs av egenregiverksamhet eller har ett eget kontrakt med landstinget utgör därmed inte listningsbara utförare enligt förslaget. Vård som exempelvis erbjuds genom en underleverantör till utföraren, ska även fort-

sättningsvis kunna väljas av och ersättas inom ramen för fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag, dock under förutsättning att patienten är listad hos huvudleverantören och underleverantören i tillräcklig utsträckning medverkar till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag. Om underleverantören däremot erbjuder hälso- och sjukvårdstjänster till egna eller andra utförarens patienter som inte är listade hos huvudleverantören kan, enligt förslaget, sådan vård inte fortsatt vara valbar inom ramen för det aktuella vårdvalsavtalet, utan underleverantören behöver då vara huvudleverantör för ett eget vårdvals- eller vårdavtal för att patienter ska kunna välja dennes tjänster och därmed lista sig hos densamme, alternativt vara underleverantör och bistå andra huvudleverantörer.

9 kap.

3 §

Omlistning får ske två gånger under ett år, om det inte finns skäl för annat.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 17.1.5.

Paragrafen utgör en viktig del i det föreslagna reformerade vårdvalssystemet. Den syftar till att stärka banden och relationerna mellan patient och utförare och till att upprätthålla ett stabilare, kontinuitetsbaserat och mer effektivt system, vilket i sin tur ger en mer patientsäker vård. Valfriheten som princip ska fortsatt gälla, men utredningen ser behov av justeringar i densamma för att mer långsiktigt styra mot vård efter behov och samtidigt till viss del hindra utvecklingen mot fler och fler tillfälliga besök, obegränsade omlistningar, och konsumtion av vård som styrs av efterfrågan och inte behov. Utredningen föreslår därför att patienten kan utöva sin valfrihet genom att lista om sig om sådant behov finns, men som huvudregel endast två gånger under ett år, dvs under en löpande 12-månadersperiod.

Patienten kan dock ha skäl till att önska byta utförare fler än två gånger under året. Enligt förslaget ska därför patienten kunna lista om sig under återopande av skäl för detta. Exempel på sådana skäl kan vara att patienten flyttar och byter adress flera gånger under året t.ex. vid studier. Patienter kan också ha en fast läkar- eller annan

vårdkontakt som byter arbetsplats och som patienten önskar följa med. Det kan också röra sig om andra, såväl medicinska som mer personliga skäl, som exempelvis hot eller jävssituationer som kan föranleda behov av fler omlistningar under ett år.

Utredningen bedömer att en prövning bör göras av landstinget, men där utredningen tills vidare förordar en pragmatisk hållning med hänsyn till syftet med förslagen i denna del samt i avvaktan på eventuella riktlinjer och/eller föreskrifter avseende hur frågan ska hanteras i den föreslagna listningstjänsten (se förslag till 7 kap. 3 § HSL. Patienten ska också kunna vända sig till Patientnämnden, vilken inom ramen för sitt uppdrag enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården, bör vara patienten behjälplig i situationer där landstingets prövning av patientens skäl skulle gå patienten emot.

20.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap.

3 §

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster *genom att lista sig hos utföraren*, samt *hos denne* få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). *Landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska tillhandahålla en listningstjänst för patientens val av utförare. Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om listningstjänstens innehåll.

Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. *Landstinget får besluta om en begränsning av det antal patienter som enligt första stycket får lista sig hos en utförare. En begränsning ska föregås av samråd mellan landstinget och utföraren.*

När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Paragrafen behandlas i avsnitten 17.1.2, 17.1.3, 17.1.6 och 17.3.4

I paragrafens första stycke omdefinieras vårdvalssystemet. Patientens val av utförare inom primärvården avgränsas till att ske genom listning. På så sätt skapas en större kongruens mellan lagstiftning och administration av vårdvalssystemet. Av detta följer också att den fasta läkarkontakten som patienten i dag har rätt att få tillgång till och välja, också avgränsas till att ske hos den utförare där patienten har valt att lista sig. Detta skapar bättre förutsättningar för en mer jämlik vård efter behov, kontinuitet och ett mer patientsäkert förhållande mellan patienter och utförare. Det ger också bättre planeringsförutsättningar och arbetsmiljö för utförare som inte längre ska ha beredskap för att potentiellt ta hand om och tillhandahålla fast läkarkontakt till hela landets befolkning, utan huvudsakligen till de listade patienterna. Utförarens ansvar för patienter med mer akuta behov omfattas inte av kravet på att val ska ske genom listning.

Motsvarande följdändringar när det gäller val genom listning samt tillgång till fast läkarkontakt regleras i förslaget till ändring i 6 kap. 3 § samt till ny 9 kap. 2 § PL.

I första stycket införs också en ny bestämmelse som förtydligar att landstingets geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. Förslaget innebär ett förtydligande av regleringen av vårdvalssystem genom HSL och LOV. Förslaget innebär att det geografiska område som landstinget har ansvar att organisera primärvården inom, *får* delas upp i två eller flera delar med olika uppdrag och olika villkor om landstinget ser ett sådant behov. Avsikten med förslaget är inte att en geografisk uppdelning måste ske eller att någon geografisk del av landstinget därmed får lämnas utanför den övergripande skyldigheten att organisera primärvården i form av vårdvalssystem. Nuvarande reglering, att landstinget inte får begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget, kvarstår.

Styckesindelningen i paragrafen ändras och ett nytt andra stycke införs. Av detta framgår att landstinget ska tillhandahålla en listningstjänst. I stycket ges också ett bemyndigande till regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om listningstjänstens innehåll. Närmare reglering av densamma föreslås i en ny bestämmelse, 7 kap. 3 § HSF. I förslaget till bestämmelsen i

HSF, regleras förutom övergripande innehåll i listningstjänsten, även ett bemyndigande för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter gällande den aktuella listningstjänsten (se avsnitt 17.1.3).

I tredje stycket införs en ny bestämmelse som innebär att landstinget får besluta att begränsa det antal patienter som enligt första stycket får lista sig hos en utförare. Begränsningar av antalet listade patienter hos en utförare ska införas efter samråd mellan utförare och landsting och på begäran av endera parten. Detta anses nödvändigt för att skapa förutsättningar för att tillhandahålla en kontinuitetsbaserad, god och nära vård till patienterna där såväl dialog som styrning är mer transparent. Utförarna får därmed bättre förutsättningar för att skapa en mer rimlig och patientsäker arbetsmiljö som är till gagn både för dem som arbetar hos utföraren som för patienterna.

17 kap.

1 a §

Avgiften för besök i primärvård inom vårdvalssystem enligt 7 kap. 3 § ska fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 17.4.2.

I förslaget regleras en enhetlig nationell patientavgift inom vårdvalssystemen i primärvården som beräknas på liknande sätt som avgiftsnivån per vård dygn för slutenvården (se 17 kap. 2 § HSL). I 17 kap. 1 § regleras bl.a. att vårdavgifter får tas ut enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer. Patienter som omfattas av ett landstings eller en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1–3 §§ respektive 12 kap. 1 och 2 §§ och 14 kap. 1 § ska behandlas lika. Enligt bestämmelsens andra stycke gäller inte första stycket om annat är särskilt föreskrivet. Utredningen bedömer att det finns skäl att särskilt reglera den föreslagna ändringen, varvid en ny 1 a § föreslås i 17 kapitlet. Enligt förslaget ska den enhetliga patientavgiften för primärvård fastställas till 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor. Avgränsningen till besök innebär att den mångfald av kontaktformer som för närvarande växer fram inom hälso- och sjuk-

vården inte behöver avgiftsbeläggas. I många fall kan sådana kontakter, t.ex. asynkrona digitala kontakter genom chat-funktioner, antas förbli avgiftsfria för patienten. Avgränsningen till vårdvalssystemen i primärvården innebär att det är i samband med besök till den utförare där patienten är listad som den enhetliga patientavgiften gäller. Vid andra besök får avgift tas ut enligt huvudregeln i 17 kap. 1 §, dvs. enligt de grunder som landstinget bestämmer.

20.3 Förslag till förordning om ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:30)

6 kap.

1 §

Vårdgarantin enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska innehålla en försäkran om att den enskilde får

1. kontakt med primärvården samma dag som den enskilde söker kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti),

2. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar från det att den enskilde har sökt kontakt med primärvården, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt (bedömningsgaranti inom primärvården),

3. besöka den specialiserade vården inom 90 dagar från det att remiss har utfärdats eller, om någon remiss inte är nödvändig, från det att den enskilde har sökt kontakt med den specialiserade vården (besöksgaranti inom den specialiserade vården), och

4. planerad vård inom 90 dagar från det att vårdgivaren har beslutat att den enskilde ska få den aktuella vården (behandlingsgaranti).

Vårdgarantin enligt 1 § 1 och 2 gäller, med undantag för vad som sägs i 8 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), där patienten är listad.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.1.7.

Ett nytt andra stycke införs i paragrafen som reglerar att vårdgarantin gäller där patienten är listad. Detta innebär en inskränkning i tillhandahållandet av vårdgarantin inom primärvården. Eftersom

patienten också kan lista sig i annat landsting, skulle av detta följa att även vårdgarantin gäller i annat landsting. I 8 kap. 3 § HSL, den s.k. utomlansbestämmelsen, regleras att en patient som omfattas ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska ges vård på samma villkor som gäller för de egna invånarna, fränsett vårdgarantin, som uttryckligen inte gäller för en sådan patient. Hänvisning till detta undantag görs därmed i det föreslagna sista stycket.

7 kap.

3 §

Listningstjänsten i 7 kap. 3 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska utgöra en tjänst som för patienten möjliggör genomförande av listning samt informerar patienten om samtliga listningsbara utförare och deras tillgänglighet för listning.

Socialstyrelsen får meddela närmare föreskrifter om drift och administration av denna listningstjänst.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 17.1.3

Paragrafen utgör en följdreglering av förslaget om en listningstjänst och om möjligheten till begränsning av en utförarens patientlista (se 7 kap. 3 § HSL samt avsnitten 17.1.2, 17.1.3 och 17.1.6). I paragrafen regleras att den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten ska innehålla information om samtliga listningsbara utförare (se rekvisiten för listningsbarhet i förslag till ny 9 kap. 2 § PL samt avsnitt 17.3.1) och om utförarnas tillgänglighet för listning.

En grundläggande förutsättning för ett listningssystem där det finns möjlighet till begränsning av utförarens lista är att patienten kan se hur många personer som står i kö för att lista sig hos utföraren. På detta sätt kan patienten skapa sig en bild av eventuell väntetid på att få lista sig hos den önskade utföraren. Den föreslagna listningstjänsten är avsedd att utföra ett enkelt, transparent och likvärdigt nationellt listningssystem där patienten kan lista sig, lista om sig, ställa sig i kö hos utförare samt få relevant och uppdaterad information om samtliga dessa delar. Utredningen bedömer att ett system som på ett transparent och sammanhållet sätt uppvisar utbudet och som ger en bild av behovet eller efterfrågan kan få betydelse för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet och där det tydligare

framgår om utbudet matchar behoven, vilket i sin tur kan ge bättre underlag för prioriteringar.

I paragrafens andra stycke bemyndigas Socialstyrelsen att meddela föreskrifter med anledning av listningstjänsten.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av experten Eva Domanders

1. Inledning

Utredningen ”Styrning för en mer jämlik vård” har bl.a. haft i uppdrag att *”Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.”* Det är vällovligt att regeringen tar sitt ansvar för den kommande vårdutmaningen genom att tillsätta denna utredning. Dessvärre anser jag dock att utredningens ingångsvärden rörande vårdbemanning präglas av en politisk värdegrund där språk, formuleringar och ordval har en negativ inställning till bemanning i allmänhet och vårdbemanning i synnerhet. Utredningen har vidare inte i tillräckligt hög utsträckning redovisat den egentliga anledningen till varför regioner har en kommande utmaning med kompetensförsörjning. Det handlar främst om stora brister i den egna organisationen vilket ställer krav på bättre arbetsvillkor och arbetsmiljö. Det är ett av skälen till varför sjukvårdspersonal väljer andra former för att utöva sitt yrke. Anonyma personer uttalar sig kritiskt till ”problematiken” med vårdbemanning medan positiva röster saknas. Jag hade önskat en mer saklig och neutral ton.

Detta särskilda yttrande fokuserar på de kapitel som beskriver branschen, och då framför allt valda delar av kapitel 13–17.

2. Invändningar

Beskrivning av branschen

Betänkandets beskrivning av inhyrd personal på den svenska arbetsmarknaden brister i stringens och kvalitet och saknar i vissa stycken väl underbyggda fakta. Som exempel kan nämnas att uttrycket ”*överrepresenterade*” nyttjas för att beskriva fördelningen av ålder och etnicitet i branschen. Det tyder snarare på fördomar och förutfattade meningar om branschen. Det stämmer att branschen har fler unga och utlandsfödda, men det beror främst på att vi är bryggan in på arbetsmarknaden för dem som ligger långt ifrån densamma.

Vidare dras felaktiga slutsatser kring löneutvecklingen inom branschen då man hänvisar till gamla källor. Konsulter har inte lägre löner än andra på arbetsmarknaden generellt om man tar hänsyn till bl.a. ålder och erfarenhet. Bemanning återfinns i samtliga yrken och är branschöverskridande, men vårdbemanning står för en förhållandevis liten del av den totala bemanningsbranschen. Upplysningsvis kan nämnas att på arbetarområdet så beräknas lönen för den inhyrde utifrån genomsnittslönen på arbetsplatsen. Att lönerna ökat i branschen som helhet beror på att branschen organiserade sig och tecknade kollektivavtal.

Källor och data

Betänkandets beskrivning av kompetensbranschen är baserad på gamla rapporter (Andersson, Joonas och Wadensjö 2010) med faktafel som leder till missförstånd. Branschen är under ständig utveckling varför den data som refereras till från 1998, 2005 och 2010 troligen inte är relevant när man ska beskriva branschen i dag. Det är beklagligt att utredningen inte använder sig av tillgänglig senare statistik. Kompetensföretagens årsrapporter, kvartalsstatistik och övrigt faktamaterial finns tillgängligt på kompetensforetagen.se. På några ställen i betänkandet hänvisas till ”chefläkare” vilket inte i sig skulle kunna anses vara en tillförlitlig, statistiskt säkerställd källa. Sådana uttalanden borde få stöd av någon annan tillförlitlig källa.

Definition av kostnader

Utredningen gör ett antal kostnadsuträkningar där det saknas en tydlig definition av vad som avses med kostnader. Typiskt vid inhyring är att kunden endast betalar för faktiskt arbete. Sjukdom, semester, föräldraledighet och annan frånvaro står vårdbemänningsföretaget för. Därutöver betalar kompetensföretaget för pensionsavsättning och andra premier för avtalsförsäkringar. Utredningen redogör inte för huruvida dessa kostnader eller kostnader för administration och annan tid som inte läggs på det faktiska arbetet, ingår eller inte. Som exempel kan nämnas att enligt Kompetensföretagens egna beräkningar träffar inhyrda läkare upp till dubbelt så många patienter, än en regionanställd läkare. Vi menar att oavsett vilken arbetsgivare en läkare har så utgår alltid en kostnad för utförande av arbetet.

Upphandling

Vad gäller utredningens förslag på upphandlingsområdet finns en del synpunkter att ge. I och för sig ser jag inte att branschen skulle ha några egentliga synpunkter på att upphandlingarna sker mer samordnade men grunden måste ändå vara en marknadsmässig bedömning. En samordning kan innebära färre aktörer på den offentliga marknaden med minskad konkurrens som följd. Däremot är det positivt om upphandlande myndigheter samarbetar för att ge marknaden bättre förutsättningar för sunda affärsvillkor, exempelvis genom att ta fram bättre uppföljningsverktyg.

Kompetensföretagen anser att auktorisation ska ses som en kvalitetsstämpel och vill se att landstingen använder det som viktning när de upphandlar. Utredningen konstaterar att regionerna inte kan ställa krav på auktorisation eftersom företag måste vara medlemmar i Kompetensföretagen för att kunna bli auktoriserade. Kompetensföretagen menar dock att auktorisationen kan ge mervärdespoäng i en upphandling. Flera upphandlingar har genomförts på sådant sätt och prövats i domstol varför det sålunda är förenligt med LOU. Kompetensföretagens auktorisation tillkom för cirka 15 år sedan i samband med införlivandet av Bemänningsdirektivet. Lagstiftarens tankar kring en statlig ”certifiering” ledde till att branschen beslutade om en självreglering i form av en auktorisation, vilken beskrivs i utredningen.

Utredningen har vid kontakter med tjänstemän inom en region erfarit att egenföretagare sällan själva lämnar anbud vid ramavtalsupphandling. Det beror på att det inte är möjligt med hänsyn tagen till kraven vid upphandling. Denna typ av missuppfattningar kring förutsättningarna vid upphandling är beklagligt.

Utredningen konstaterar att Upphandlingsmyndigheten arbetar med att stödja och att bidra till strategiskt arbete på områden som rör upphandling. Myndigheten har också tagit fram stödmaterial för just upphandling enligt LOU varför utredningen föreslår att myndigheten därmed är en lämplig aktör för att gå ett steg längre. Enligt Kompetensföretagen brister upphandlingar främst i dialog, uppföljning och förståelse för kostnadsdrivande avtalskrav hos leverantörerna. Vi vet att det finns en rad andra effektiva insatser som utredningen inte nämner såsom affärsmannaskap, ledarskap, verktyg, uppföljning, upphandlings- och leverantörsdialog.

Utredningen anser att landsting och utförare i vården ska fortsätta arbetet med att främja att göra det attraktivt att arbeta som anställd eller som ambulerande inom en intern bemanningspool. Branschen har sedan länge konkurrerat ut de många gånger ineffektiva och dyra bemanningspoolerna och inlemmat lösningen i sitt erbjudande.

3. Avslutande synpunkter

Slutligen kan jag konstatera att det inte går att åtgärda bristande kontinuitet och kompetensförsörjning genom att endast begränsa vårdbemanning. Regionerna behöver arbeta långsiktig med sin egen organisation och arbetsmiljö för att bli en attraktiv arbetsgivare, snare än att på olika sätt försvåra och reglera användandet av inhyrda medarbetare. Det är ofta tack vare de inhyrda medarbetarna som patienter får tillgång till säker vård, framför allt i glesbygd. Samtidigt avlastas, de hårt belastade ordinarie medarbetarna. På så sätt är vårdbemanning en del av lösningen för att lösa bristen på kompetens och kontinuitet.

Utredningen nämner alternativa förslag som har övervägts, men inte fullt ut analyserats, som till exempel någon form av begränsning eller reglering av utbudet, exempelvis bestämmelse om att legitimerade professioner inte får hyras ut och införande av en statlig auktorisation av bemanningsföretag. Vad gäller det förstnämnda ifrågasätter

jag möjligheten och till och med lagligheten av ett sådant förslag utifrån Bemanningsdirektivets uttryckliga förbud mot begränsning av bemanningsmarknaden.

Branschen är naturligtvis även framgent intresserad av att ha en fortsatt dialog med beslutande instanser för att förbättra, förenkla och förtydliga branschens villkor till gagn för, och garanterandet av, en patientsäker och effektiv vård.

Eva Domanders,
Styrelseordförande Kompetensföretagen

Särskilt yttrande av experten Karin Liljeblad

Som expert i utredningen ställer jag mig i allt väsentligt bakom utredarens förslag. Utredningens uppdrag och betänkande ger dock anledning till några påpekanden ur den privat drivna sjukvårdens perspektiv

Underfinansiering orsaken till bristerna i primärvården – inte vårdvalet

Utredningen har haft i uppdrag att se över vårdvalet (enligt LOV) och överväga hur systemen kan förändras och utvecklas. I utredningens analys dras slutsatser om att vårdvalet inte har bidragit till en mer jämlik vård eller till mer kontinuitet i vården, att tillgängligheten brister och att patientnöjdheten i primärvården inte har ökat. Vårdföretagarna vill understryka att primärvårdens problem i allt väsentligt inte handlar om vårdval som styrsystem, utan om mångårig underdimensionering och underfinansiering av primärvården. Vårdföretagarna har i kartläggningar visat att regionernas egenregi-verksamhet drivs med underskott i de flesta regioner och att det i ett antal av dem har skett varje år sedan vårdvalets start. Mångåriga brister även i kompetensförsörjningen gör att både regiondrivna och privat drivna vårdcentraler har svårt att rekrytera specialistläkare i allmänmedicin och annan kvalificerad vårdpersonal till sina vårdcentraler, även om läget i den privat drivna primärvården tycks något bättre. När ersättningarna i vårdvalen inte räknas upp med kostnadsökningarna och uppdrag och ersättningar inte längre hänger ihop uppstår problem som påverkar verksamheternas möjligheter till tillgänglighet och att möta patienter behov av kontinuitet. Det måste skapas en rimligare koppling mellan finansiering, uppdrag, arbetsmiljö och kompetensförsörjning om primärvården ska fungera väl. Vårdföretagarna vill därför peka på det politiska ansvaret hos huvudmännen att vårda vårdvalssystemen.

Olyckligt att konkurrensneutralitetsproblemen inte adresseras

En grundprincip i vårdvals-/LOV-systemen är konkurrensneutralitet mellan verksamhet i olika driftsformer. Utredningen redovisade i sitt delbetänkande sin avsikt att till slutbetänkandet göra en fördjupad analys av konkurrensneutraliteten i LOV: ”Hur säkerställs lika villkor mellan offentliga och privata vårdgivare och vad bör avses med lika villkor givet de olika krav som lagstiftningen ställer på offentliga och privata verksamheter?” (SOU 2018:55)

Likvärdiga villkor oavsett driftsform är en central styrningsfråga för såväl huvudmän som vårdgivare. Vårdföretagarna har i upprepade kartläggningar visat att de ekonomiska villkoren mellan offentlig och privat regi är synnerligen olika i många regioners vårdval, då den regiondrivna primärvården har gått och går med stora underskott. Den landstingsdrivna primärvården gick med underskott i 20 av 21 landsting år 2017. Det totala underskottet i landstingens egenregi i primärvården uppgick till nästan 740 miljoner kronor. Det är det största samlade underskottet på de landstingsdrivna vårdcentralerna ett enskilt år sedan vårdvalet infördes. I vissa regioner är problemet bestående och har växt över tid. Förutom att underskotten indikerar underfinansiering av primärvården resulterar de också i att de ekonomiska förutsättningarna mellan privat och offentlig drift inte blir likvärdiga.

Förutom de rent ekonomiska förutsättningarna finns det andra områden där privata vårdgivare upplever att villkoren är olika för privata och offentliga vårdgivare, t.ex. när det gäller möjligheten att ta del av statliga satsningar eller informationsöverföring till vårdgivarna.

Konkurrensverket fattade 2013 ett vägledande beslut i ett ärende rörande vårdval i Jämtland, som innebär att landstinget (eller kommunens) egenregi inte är att betrakta som leverantör i ett LOV-system. Det gör att Konkurrensverket som tillsynsmyndighet för konkurrensfrågor inte agerar i ärenden som rör just de konkurrensproblem som vårdföretag upplever i förhållande till den offentligt drivna verksamheten. I de flesta kommuner och regioner är den offentligt drivna verksamheten dominerande och därmed den mindre privata vård- eller omsorgsgivarens huvudsakliga konkurrent. Mot bakgrund av att kommunen eller regionen i dessa fall dessutom är både huvudman och utförare är risken för särbehandling av den egna verksamheten stor. Konkurrensverkets tolkning av lagen öppnar möjligheter för kommuner och regioner att göra särskilda lösningar för

den offentligt drivna verksamheten i en rad olika sammanhang. Förvaltningsrätten i Härnösand har i en dom angående konkurrensneutralitet i vårdvalet i Region Västernorrland ett liknande synsätt. Domen fick olyckligt nog inte prövningstillstånd i högre rättslig instans. Domen togs dock till intäkt av regioner att slopa regelverk om konkurrensneutralitet, trots att det enbart är en dom från lägsta instans. Dessa ställningstaganden förstärker behovet av skarpare lagstiftning som säkrar konkurrensneutraliteten mellan privat och offentligt driven verksamhet i vårdval/LOV.

Den centrala frågan om konkurrensneutralitet låg i linje med utredningens uppdrag. Vi kan vidare konstatera att Januariöverenskommelsen mellan regeringen och dess samarbetspartier Centerpartiet och Liberalerna i punkt 63 slår fast att "... Konkurrensneutralitet ska råda mellan offentliga och fristående vårdgivare, såväl vad gäller ekonomiska villkor, en fungerande tillståndsgivning, som kvalitetskrav." Det är därför en besvikelse att sittande utredning inte fick tilläggsdirektiv av regeringen att lägga skarpa förslag för att åtgärda bristerna i konkurrensneutraliteten genom lagändringar. Nu riskerar dessa problem att bestå i ytterligare år framåt.

Behov av nationella principer för vårdvalen i primärvården

Som utredningen förtjänstfullt redovisat så spretar regelverken för vårdvalen mellan regionerna. I praktiken har vi 21 olika regelverk. Vårdföretagarna vill understryka att vi delar utredningens bedömning att vårdvalssystemen behöver ensas. Vår bedömning är att det hade varit önskvärt om utredningen hade lagt skarpare förslag om gemensamma nationella principer

Stimulanser för att främja nyetableringar i vårdvalen

En viktig fråga för utvecklingen av primärvården är möjligheterna till nytillträde för nya vårdgivare. Vid vårdvalssystemets start öppnade många nya vårdcentraler, men under senare år har nyetableringarna varit få. En viktig fråga är hur nyetableringar ska främjas i ett vårdvalssystem som, på goda grunder, baseras på listning och kapitering. Då etableringströsklarna är höga behövs stimulanser i vårdvalssystemen för att främja nyetableringar.

Utveckling av valfrihetsinformation

Som utredningen konstaterar har patienten i dag liten vägledning när det gäller att jämföra kvalitetsinformation mellan olika verksamheter. Det begränsade information som trots allt tidigare fanns på 1177 i funktionen ”hitta och jämför vård”, med tillgänglighetsdata och patientnöjdhet (från nationella patientenkäten), finns inte längre kvar på sajten sedan designen gjordes om. Utvecklingen har med andra ord gått åt fel håll. Vårdföretagarna bedömer det som ett mycket angeläget nationellt utvecklingsområde att utveckla möjligheterna för patienten att jämföra vårdcentraler och andra verksamheter i sjukvården, också avseende kvalitetsdata.

Lagändring för att undanröja vårdmomsens effekter

I kapiteln och förslagen om inhyrd personal i vården behandlar utredningen översiktligt vårdmomsen. Förändringar av momslagstiftningen ligger utanför utredningens direktiv, men då Skatteverkets nya tolkning av momsreglerna (efter en dom i HFD) får stora effekter på kompetensförsörjningen i den privat drivna vården måste problemet adresseras. Skatteverkets tolkning gör att inte bara inhyrning av legitimerad vårdpersonal från bemanningsföretag nu har blivit momsbelagd, utan också vårdtjänster från läkare och annan legitimerad vårdpersonal som verkar som konsulter hos andra vårdgivare. Många underentreprenörlösningar i vård och omsorg har det också blivit moms på. Detta trots att vården och omsorgen ska vara momsfri.

Vårdmomsen slår direkt mot möjligheterna att bemanna vården, särskilt i landsbygden. Effekterna blir särskilt stora i den privat drivna vården och omsorgen, då kommuner och regioner får ersättning från staten för sina momskostnader. Vårdföretagarna föreslår att regeringen nu snabbt kompletterar momsagen för att inte äventyra en stor del av sjukvårdens och omsorgens möjligheter att bemanna sina verksamheter.

Karin Liljeblad,
Vårdföretagarna

Särskilt yttrande av experten Sven Söderberg

Svensk primärvård lider av dålig tillgänglighet och bristande kontinuitet. Det bästa sättet – av empiri och internationella erfarenheter att döma – att uppnå en god kontinuitet för patienten är genom ett listningsförfarande på enskild läkare. Utöver listning på enskild läkare behövs givetvis flera andra reformer för primärvården och övrig hälso- och sjukvård. Men listning för hela befolkningen på läkare är av central betydelse för att säkra en god kontinuitet och en bättre tillgänglighet.

I det avseende delar Sveriges läkarförbund ej utredningens slutsatser och förslag i sitt slutbetänkande.

Det är mycket välkommet att utredningen framhåller vikten av kontinuitet och tillgänglighet i primärvården. Som utredningen konstaterar är det listningen som är det begrepp som är det vanligt gällande, såväl i flera andra länder som i Sverige. Det är också lika bra som nödvändigt att utredaren öppnar för någon form av listningsbegränsning som en nödvändighet både för patientsäkerhet, vårdkvalitet och arbetsmiljö för personalen.

Men där utredarens tydliga argumentation om vikten av kontinuitet borde resultera i listning på läkare tar det stopp. I stället blir förslaget listning på utförare. Möjligheten ska därefter hos utföraren finnas att lista på läkare, på annan profession eller på vårdteam.

Enligt min och Läkarförbundets bestämda bedömning innebär detta i praktiken inte den genomgripande förändring som behövs för att öka rekryteringen av läkare till primärvården och patienternas tillit till densamma. Listning på utförare är redan i dag det vanliga och måste ses som ett av grundfelen som kraftigt bidrar till de stora problem som finns i dagens primärvård där patienterna saknar kontinuitet och trygghet och där det är svårt att rekrytera läkare.

En formalisering av listning på utförare kommer inte att öka kontinuiteten för den enskilde patienten. En utförare är fortfarande ett hus – en vårdcentral. Ett team är inte en personlig relationell kontakt och en annan profession än läkare är inte en läkare som är den som bäst i kraft av sin kompetens sköta vidarelussningen till andra professioner. Det är inte exempelvis en fysioterapeut som är bäst lämpad att ta hand om en allergiker eller en multisjuk äldre. Tvärtom är det först när en läkare har ställt diagnos som patienten kan hänvisas till en fysioterapeut för sina besvär. Det är läkaren som

allra oftast är bäst lämpad att slussa patienten vidare. Så fungerar det i dem av utredningen ofta nämnda goda exemplen Danmark och Norge. Där är det den läkare som patienten är listad på som slussar patienten vidare till rätt nivå och profession vid behov.

Ska vi uppnå en tydlighet i kontinuitet för patienten är det fortfarande listning på läkare som är den naturliga slutstationen för argumenteringen i utredningen. Det är också först med ett tydligt ansvar för den enskilde läkaren och annan personal som förutsättningar för en god arbetsmiljö skapas, både för läkare och övrig personal.

Vi konstaterar också här att vi inte delar utredarens resonemang och slutsats kring patientansvarig läkare.

Den enskilt viktigaste förklaringen till att det inte finns fler specialister i allmänmedicin är att det inte förekommer listning på läkare i Sverige. Förutom ett par år i början av 1990-talet – Husläkarlagen – har Sverige inte haft något försök att med nationell lagstiftning säkra befolkningens behov av en egen läkare i primärvården.

Inför Husläkarlagens införande saknades det specialister i allmänmedicin. Men det var uppenbarligen inget hinder för Husläkarlagens införande. Under de tre åren 1991–1994 ökade antalet tillgängliga allmänläkare från cirka 2 450 till nästan 3 900, alltså en ökning med drygt 1 400 läkare, nästan 60 procent. Det motsvarade en ökning med cirka 40/månad. Enligt en slutrapport från Husläkardelegationen sommaren 1994 skulle det dåvarande målet med en husläkare per 2 000 invånare i praktiken ha uppnåtts. Under de följande fyra åren efter Husläkarlagens avskaffande ökade enligt Socialstyrelsen antalet med cirka 60 stycken eller med drygt en i månaden!

Erfarenheterna från Norge är också tydlig. 2001 när fastläkarreformen infördes saknades cirka 800 allmänläkare i Norge. Men redan efter fyra år, 2005, var bristen nästan åtgärdad och alla patienter som ville hade listat sig på en egen läkare.

Reformer som innebär listning på läkare som en bärande del i en nationell primärvårdsreform verkar per se vara ett kraftfullt incitament för att antalet fastläkare och specialister i allmänmedicin ökar.

Dessutom behövs det en förstärkning av antalet specialister i allmänmedicin. Det är något som Läkarförbundet har lyft i olika sammanhang och preciserat vilka andra specialiteter som bör komma i fråga för att få verka som läkare i primärvården som befolkningen kan lista sig hos. Förslag om detta återfinns också i Anna Nergårdhs utredning, vilka Läkarförbundet i den delen ställer sig bakom, även

om vi vill kompletterar dem med fler specialiteter, främst från det internmedicinska området.

I de länder (ex. Danmark och Norge) som länge har haft listning på läkare sker i dag en utveckling mot mer samarbete mellan små läkarenheter i större team, och liknande. Men det sker utan att listningen på läkare ifrågasätts. Vårdteamets arbete har nämligen inget att göra med listning på läkare för befolkningen. Däremot underlättar listning på läkare ett gott teamarbete genom att det för teamet tydliggörs att det är läkaren som är den ytterst medicinskt ansvarige för patienten. Att vårdteam skulle kunna fungera bra utan fasta läkare är ett uppenbart felslut. För att teamen ska fungera bra krävs att alla yrkeskategorier finns med och att läkare leder teamen.

Listning på läkare innebär att varje person i befolkningen vet vem som är dess läkare och som kan deras sjukdomshistoria och som känner dem. Behöver de gå till sin diabetessjuksköterska kan de göra det även fortsättningsvis. Vill de träffa en psykolog kan de göra det även fortsättningsvis och behöver de besöka akuten eller den öppna specialistvården kan de också göra det. Men deras egen läkare som de är listad hos är navet i deras vård; hen vet om var i vården de varit och kan deras sjukdomshistoria. Det är listningen på en fast läkare som ger kontinuiteten och tryggheten. Den påstådda motsättningen mellan listning på läkare och teamarbetet i vården är uteslutande en konstruerad motsättning.

Inte heller finns en koppling mellan listning på läkare och läkares anställningsform. Även anställda läkare kan givetvis vara "listbärare" och ta samma ansvar som en egenföretagare. Så fungerar det i Norge och så fungerade det i Sverige under Husläkarreformen.

Att lista på hus eller team ger varken bättre kontinuitet eller "personlig kontakt" – tvärt om. Listar man på utförare blir det inte färre patienter per läkare – tvärt om. Läkarna på dessa "överlistade" enheter blir inte flera på grund av detta. Däremot maskerar man problemen ett tag. I praktiken blir det ingen garanti för ökad kontinuitet i primärvården. Risken är även stor att allmänläkararbetet utarmas och inte blir attraktivt för yngre läkare varför rekryteringen ytterligare försvåras i en redan underbemannad primärvård. Uteblir en reform om listning på läkare blir det svårt för Läkarförbundet att rekommendera nya yngre läkare att söka sig till primärvården.

Sverige har sedan 1980-talet ett världsunikt system med vårdcentraler där teamet betonas. Det har inte fungerat på över 30 år och

det måste anses entydigt bevisat att det inte fungerar. Vi måste nu inse att vård utan personligt ansvar inte är framtiden utan se till att svenskarna får samma läkarkontinuitet som befolkningen har i våra närmaste grannländer.

Sven Söderberg,
Sveriges Läkarförbund

Referenser

Utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1948:14: *Den öppna läkarvården i riket*. Utredning och förslag av Medicinalstyrelsen.
- SOU 1994:126: *Husläkarreformens första halvår*: Delbetänkande av husläkardelegationen.
- SOU 1995:5: *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
- SOU 1997:58: *Personaluthyrning*. Slutbetänkande av Kommittén för utvärdering av avregleringen av arbetsförmedlingsmonopolet.
- SOU 2008:15: *LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem*. Betänkande av Frittvalutredningen.
- SOU 2008:37: *Vårdval i Sverige*. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt.
- SOU 2012:2: *Framtidens högkostnadsskydd i vården*. Betänkande av Vårdavgiftsutredningen.
- SOU 2013:2: *Patientlag*. Delbetänkande av Patientmaktsutredningen.
- SOU 2013:15: *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning*. Betänkande av Läkarutbildningsutredningen.
- SOU 2014:19: *Yrkeskvalifikationsdirektivet – ett samlat genomförande*. Betänkande av Utredningen om genomförande av det moderniserade yrkeskvalifikationsdirektivet.
- SOU 2014:23: *Rätt information på rätt plats i rätt tid*. Slutbetänkande av Utredningen om rätt information i vård och omsorg.
- SOU 2014:55: *Inhyrning och företrädesrätt till återanställning*. Betänkande av Utredningen om inhyrning och företrädesrätt till återanställning.

- SOU 2015:7: *Krav på privata aktörer i välfärden*. Slutbetänkande av Ägarprövningsutredningen.
- SOU 2015:32: *Nästa fas i e-hälsoarbetet*. Betänkande av E-hälsokommittén.
- SOU 2015:66: *En förvaltning som håller ihop*. Slutbetänkande av E-delegationen.
- SOU 2016:2: *Effektiv vård*. Slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden*. Delbetänkande av Valfärdsutredningen.
- SOU 2017:1: *För Sveriges landsbygder – en sammanhållen politik för arbete, hållbar tillväxt och välfärd*. Slutbetänkande av Parlamentariska landsbygdskommittén.
- SOU 2017:15: *Kvalitet och säkerhet på apoteksmarknaden*. Delbetänkande av Nya apoteksmarknadsutredningen.
- SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.
- SOU 2017:48: *Kunskapsbaserad och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:56: *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Delbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU 2018:39: *God och nära vård – en primärvårdsreform*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2018:47: *Med tillit växer handlingsutrymmet – tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn*. Huvudbetänkande av Tillitsdelegationen.
- SOU 2018:55: *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning*. Delbetänkande av utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

- SOU 2018:77: *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*. Utredningen om specialistsjuksköterskeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar.
- SOU 2019:20: *Stärkt kompetens i vård och omsorg*. Utredningen Reglering av yrket undersköterska föreslår en skyddad yrkestitel för undersköterskor.
- SOU 2019:29: *God och nära vård – Vård i samverkan*. Delbetänkande av Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- SOU 2019:31: *F-skattesystemet – en översyn*. Slutbetänkande av F-skatteutredningen.
- Socialutskottets betänkande 2001/02:SoU13 Hälso- och sjukvårdsfrågor m.m.

Propositioner

- Prop. 1970:166: *Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring i lagen (1935:113) med vissa bestämmelser om arbetsförmedling*.
- Prop. 1981/82:97: *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.*
- Prop. 1989/90:81: *Om ledningsansvaret inom den offentliga hälso- och sjukvården, m.m.*
- Prop. 1989/90:111: *Om reformerad mervärdesskatt m.m.*
- Prop. 1992/93:160: *Om husläkare m.m.*
- Prop. 1993/94:75: *Arvodet till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*
- Prop. 1994/95:195: *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- Prop. 1995/96:176: *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården*.
- Prop. 1996/97:60: *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
- Prop. 1999/2000:149: *Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*.
- Prop. 2008/09:29: *Lag om valfrihetssystem*.
- Prop. 2008/09:62: *F-skatt åt fler*.
- Prop. 2008/09:74: *Vårdval i primärvården*.
- Prop. 2009/10:210: *Patientsäkerhet och tillsyn*.

- Prop. 2012/13:1: *Budgetproposition för 2013.*
- Prop. 2013/14:106: *Patientlag.*
- Prop. 2014/15:15: *Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården.*
- Prop. 2015/16:1: *Budgetproposition för 2016.*
- Prop. 2017/18:1: *Budgetpropositionen för 2018.*
- Prop. 2017/18:83: *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti.*
- Prop. 2017/18:158: *Ökade tillståndskrav och särskilda regler för upphandling inom välfärden.*
- Prop. 2017/18:159: *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.*

Rapporter och litteratur

- Anderrson Joona, Pernilla & Wadensjö, Eskil. *Bemanningsbranschen 1998–2005: En bransch i förändring?* Working Paper 6/2010. Swedish Institute for Social Research (SOFI), Stockholm University.
- Anell, Anders; Dackehag, Margareta; Dietrichson, Jens (2018). *Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices?* BMC health services research vol. 18,1 179. 14 Mars 2018, doi:10.1186/s12913-018-2983-3.
- Arbetsmarknadsekonomiska rådet (2018). *Olika vägar till jobb.*
- Blix, Mårten; Levay, Charlotta (2018). *Operation digitalisering – en ESO-rapport om hälso- och sjukvården.* Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi 2018:6. Finansdepartementet, Stockholm 2018.
- Boodman, Sandra, G (2018). *Spurred By Convenience, Millennials Often Spurn The 'Family Doctor' Model.* Kaiser *Health News*, Kaiser Family Foundation 2018.
- Borgquist & Engström (2019). *Läkares personkännedom sparade liv och resurser.* *Läkartidningen* Volym 166, 2019.

- Burström, Bo; Burström, Kristina; Nilsson, Gunnar; Tomson, Göran; Whitehead, Margaret; och Winblad, Ulrika (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping Review. *International Journal for Equity in Health* (2017) 16:29.
- Campbell, John L.; Fletcher, Emily; Britten, Nicky; Green, Colin; Holt, Tim A.; Lattimer, Valerie; Richards, David A.; Richards, Suzanne H.; Salisbury, Chris; Calitri, Raff; Bowyer, Vicky; Chaplin, Katherine; Kandiyali, Rebecca; Murdoch, Jamie; Roscoe, Julia; Varley, Anna; Warren, Fiona C.; Taylor, Rod S. (2014). *Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a clusterrandomised controlled trial and cost-consequence analysis*. *Lancet* 2014; 384: 1859–68. August 2014, doi: 10.1016/S0140-6736(14)61058-8.
- Carlsson, Tobias (2018). *Primärvård, vinster och geografisk jämlikhet – driftsformens påverkan på vårdcentralernas etableringsmönster*, Uppsala universitet 2018.
- Clauwaert, Stefan (2000), Survey of legislation on temporary agency work Brussels, October 2000 Dépot Légal: D/2000/3163/10 ISBN: 2-930143-56-8
- Culyer, A J; Wagstaff, Adam (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*. Volume 12, Issue 4, December 1993, s. 431–457.
- DO – Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport*. Stockholm 2012.
- Ekman, Björn; Thulesius, Hans; Wilkens, Jens; Lindgren, Anna; Cronberg, Olof & Arvidsson Eva. (2019) Utilization of digital primary care in Sweden: Descriptive analysis of claims data on demographics, socioeconomic, and diagnoses. *International Journal of Medical Informatics* 127 (2019) 134–140.
- Enfeldt, Johan (2019). *Hyrsköterskor i vården Hur det gick till när politikerna tappade kontrollen och hur beroendet av hyrsköterskor kan brytas*. Arena Idé. Författare Lisa Pelling. 2019. <https://arenaide.se/wp-content/uploads/sites/2/2019/04/rap-hyrskoterskor-ver2-compressed-1.pdf>

- Gabrielsson-Järhult, Felicia; Areskoug-Josefsson, Kristina; Kammerlind, Peter (2019). *Digitala vårdmöten med läkare – Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie*, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, School of Health Sciences, Jönköping University, 2019.
- Glenngård, Anna H. (2017). *Dialog och prestationsmätning – mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård*. KEFU – Institutet för ekonomisk forskning vid lunds universitet, skriftserie 2017:2, Lund 2017.
- Glenngård, Anna Häger (2015). *Primärvården efter vårdvalsreformen – valfrihet, kvalitet, produktivitet*. SNS förslag, Stockholm 2015.
- Helsedirektoratet (2018). *E-konsultation hos fastlege og legevakt*. Rapport till Helse- og omsorgsdepartementet 2018-11-30.
- Hammersmith and Fulham & NHS England (2019). *Evaluation of Babylon GP at hand – Final evaluation report*.
- Håkansson, Kristina & Isidorsson, Tommy (2010). *Användningen av inhyrd arbetskraft i Sverige*. Arbetsmarknad & Arbetsliv. Årg 22, nr 3/4, höst/vinter 2016. Studien är finansierad av Forte, dnr 2011-0386.
- Irving, G.; Neves, A.L., Dambha-Miller, H. m.fl. (2017). *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries*. BMJ Open, 2017:7.
- Isaksson, David; Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika (2016). *Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity*. BMC Health Services Research (2016) 16:28 Uppsala 2016.
- Johansson, Naimi; Jakobsson, Niklas; Svensson, Mikael (2019). *Effects of primary care cost-sharing among young adults: varying impact across income groups and gender*. European Journal of Health Economics. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01095-6>
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2016a). *Hyrläkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården*. Rapport 2016:43. Stockholm 2016.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2017). Bilaga 4 Uppföljning av åtgärdsbeslut. Oktober 2017.

- Jakobsson, Niklas (2016). *Copayments and physicians visits: A panel data study of Swedish regions 2003–2012*.
- Kammarkollegiet (2011). *Upphandling enligt LOV – en processbeskrivning. Vägledning*. Rapport 2011:03. Publicerad av Upphandlingsmyndigheten.
- Kommunal (2018). Odeberg, Elinor. *Ordning och reda i bemanningsbranschen – en rapport om hyrpersonal i vård och omsorg*. Art.nr 978 91 7479 701 5.
www.kommunal.se/sites/default/files/ordningochredaibemanningsbranschen.pdf
- Kompetensföretagen (2017). *Inhyrda medarbetare i vården*.
- Kompetensföretagen (2018a). *Kompetensrebellerna – entreprenörerna som utvecklar svenskt arbetsmarknad*.
www.almega.se/app/uploads/sites/5/2018/05/kompetensrebellerna_webb.pdf
- Kompetensföretagen (2018b). *Årsrapport 2018*. Almega.
- Konkurrensverket (2015a). *Hyrläkare i primärvården – en kartläggning av landstingens upphandlingar och kostnader*. Rapport 2015:10. Stockholm 2015.
- Konkurrensverket (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2. Stockholm 2014.
- Konkurrensverket (2010a). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar*. Rapport 2010:3. Stockholm 2010.
- Kringos, Dionne S.; Boerma, Wienke G.W.; Hutchinson, Allen; Saltman, Richard B. (2015). *Building Primary care in a changing Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Volume 1, 2015.
- Lindgren, Peter (2019). *Ersättningen och e-hälsan*. SNS förlag. Stockholm 2019.
- Mullin, Chris (2018). *NHS Agency Staffing and the Impact of Recent Interventions*. January 2018. Seminar Briefing 22. Office of Health Economics Research.

- Nordgren, Lars; Åhgren, Bengt (2010). *Val av primärvård: resultat från en brukarundersökning baserad på invånarepaneler*. Uppdragsforskningsrapport: 2010:3. Konkurrensverket, Stockholm 2010.
- OECD *Doctors' consultations*.
<https://data.oecd.org/healthcare/doctors-consultations.htm>, hämtad den 3 september 2019.
- Pereira Gray, Denis J.; Sidaway-Lee, Kate; White, Eleanor; Thorne, Angus; Evans, Philip H (2018). *Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality*. BMJ Open 2018;8:e021161. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021161.
- Region Örebro län (2017). Oberoende av inhyrd personal. Handlingsplan Region Örebro län. Datum: 2017-06-05.
- Riksrevisionen (2014a). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* Rapport 2014:22. Stockholm 2014.
- Rognes, Jon; Winberg, Hans; Tyrstrup, Mats; Krohwinkel, Anna (2016). *Målgruppsanpassad vård – ett analysramverk*. LHC Working Paper 2016-01. Stiftelsen Leading Health Care. Stockholm 2016.
- Savage, Carl; Bjessmo, Staffan; Borisenko, Oleg; Larsson, Henrik; Karlsson, Jacob; Mazzocato, Pamela (2019). *Translating 'See-and-Treat' to primary care: opening the gates does not cause a flood*. International Journal for Quality in Health Care, 2019, 1–7, doi: 10.1093/intqhc/mzy244.
- Skatteverket (2013). Rapport om effekterna av den ändrade ordalydelsen i 13 kap. 1 § inkomstskattelagen (1999:1229). Datum 2013-10-07 Dnr 131-165148-13/113.
- Skog, Rolf (2015). Om betydelsen av vinstsyftet i aktiebolagslagen. *Svensk juristtidning*, 2015 s. 11.
- SLF (2019). Fortbildningsenkät 2018 Fortbildning hos Sveriges läkarförbunds medlemmar.
- Socialdepartementet (2010). *Den ljusnande framtid är vård – delresultat från LEV-projektet*. Stockholm 2010.
- Socialstyrelsen (2018a). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Rapport 2018-2-16. Stockholm 2018.

- Socialstyrelsen (2016). *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Artikelnummer 2016-3-2. Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2016. Stockholm 2016.
- Socialstyrelsen (2012a). *Nationell datainsamling i primärvården – Förslag till utökning av patientregistret*. Rapport 2012-3-36. Stockholm 2012.
- Socialstyrelsen (2007). *Lägesrapport 2006, Hälso- och sjukvård – primärvård*. Stockholm 2007.
- Socialstyrelsen (2005). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*. Stockholm 2005.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2012a). *Vårdval i Primärvården – Jämförelse av uppdrag, ersättningsprinciper och kostnadsansvar*. Stockholm 2012.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). *Rekommendation om en för alla landsting och regioner lägsta nivå för patientavgift vid digitala vårdkontakter i primärvården*. Meddelande från styrelsen nr 5/2018.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019a). *Primärvårds-kvalitet – ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården*. <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/primarvardskvalitetuppfoljning.5977.html> [hämtad 2019-01-16].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019b). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018 – Befolkningen attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*. Edmonton 2017.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019c). *Enkät till landstingen om ersättningsmodeller och nivåer*. Stockholm 2019.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019d). *Rekommendation om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården m.m.* Meddelande från styrelsen nr 8/2019.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019e). *Projekt – Oberoende av inhyrd personal – Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016–2018*. Stockholm 2019-05-02.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2019f). *Sammanfattning av planerade insatser 2019 i nationella programområden och nationella samverkansgrupper*. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälsa- och sjukvård. Sveriges regioner i samverkan. Stockholm 2019.
- UKÄ – Universitetskanslersämbetet (2018). *Universitet och högskolor årsrapport 2018*. Rapport 2018:5.
- Vetenskapsrådet (2018). ALF i siffror. www.vr.se/analys-och-uppdrag/klinisk-forskning-i-sverige/alf-i-siffror.html den 3 september 2019.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018a). *Allmän tillgång – Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård*. Rapport 2018:5. Stockholm 2018.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018b). *Förnuft och känsla – Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport 2018:4. Stockholm 2018.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2018c). *Möten med mening – En analys av patienters erfarenheter av vårdmöten*. Rapport 2018:12. Stockholm 2018.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a). *En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum*. Rapport 2017:3. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Löftesfri garanti? En uppföljning av den nationella vårdgarantin*. Rapport 2017:6. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Lag utan genomslag – utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017d). *Primärvården i Europa – En översikt av finansiering, struktur och måluppfyllelse*. PM 2017:4. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017e). *För säkerhets skull – Befolkningens inställning till nytta och risker med digitala hälsouppgifter*. Rapport 2017:10. Stockholm 2017.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a). *Vården ur befolkningens perspektiv 2016*. PM 2016:5. Stockholm 2016.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a). *VIP i vården? – Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Rapport 2014:2. Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b). *En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande*. Rapport 2014:7. Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a). *Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation*. Rapport 2013:4. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b). *Vem har vårddvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårddvalets införande i primärvården*. Rapport 2013:1. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013c). *Ur led är tiden*. Rapport 2013:9. Stockholm 2013.
- Vårdföretagarna (2019). *Privat vårdfakta*. Almega.
- Vårdföretagarna (2015). *Partners i hälso- och sjukvården? Så fungerar dialogen mellan landsting och privata vårdgivare*. Rapport 2015.
- Västerbottens läns landsting (2016). *Kartläggning av vård på distans i Västerbottens läns landsting – Analys av nuläge, förutsättningar och förbättringsområden*. Februari 2016.
- Wenell, Adam (2019). *Momsplikt driver fram ny bemanningsidé*. *Dagens Medicin*. 2019-03-27.
- Winblad, Ulrika; Isaksson, David; Bergman, Patrik (2012). *Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget*. Rapport 2012:2, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Stockholm 2013.

Pressmeddelanden och webbpublikationer

Regeringen (2016)

www.regeringen.se/pressmeddelanden/2016/07/samverkan-for-vardens-kompetensforsorjning/

Regeringen (2019). Pressmeddelande från Finansdepartementet
Regeringen inrättar en välfärdskommission för att stärka
välfärden. Publicerad 5 juli 2019.

www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/07/regeringen-inrattar-en-valfardskommission-for-att-starka-valfarden/
hämtad den 3 september 2019.

Skatteverket (2018). Skatteverkets pressmeddelande 2018-10-25
Moms ska betalas vid uthyrning av vårdpersonal.

www.skatteverket.se/omoss/press/pressmeddelanden/2018/2018/momsskabetalasviduthyrningavvardpersonal.5.22501d9e166a8cb399f15.html, hämtad den 3 september 2019.

Medietryck och debattartiklar

Alstadsaeter, Anette; Jacob, Martin (2012). Nya företagsregler har
ökat skatteplanering. *Svenska dagbladet* 2012-06-07.

www.svd.se/nya-foretagsregler-har-okat-skatteplanering

Andersson, Klas (2010). Uthyrd personal ser vändning. *Svenska Dagbladet*. 2010-01-17. www.svd.se/uthyrd-personal-ser-vandning.

Apel Röstlund, Johan (2017). Över 500 läkare i upprop mot arbetsmiljö i Skåne. *Arbetaren* 2017-04-28.

www.arbetaren.se/2017/04/28/over-500-lakare-i-upprop-mot-arbetsmiljo-i-skane/

Arvidsson, Joel (2018). Personalbrist ger miljarder för bemanningsbolag. *Svenska Dagbladet*, 2018-11-26

Berglund, Gunnar (2018). Läkarna slits ut i Stockholms primärvård. *Svenska Dagbladet* 2018-10-19. www.svd.se/lakarna-slits-ut-i-stockholms-primarvard

Domanders, Eva & Eidfelt, Patrik (2019). Vården klarar sig inte utan hyrläkare. *Dagens samhälle*. 10 januari 2019.

www.dagenssamhalle.se/debatt/varden-klarar-sig-inte-utan-hyrlakare-25620

- Mellgren; Fredrik (2019). Läkariliska: ”Väntetiderna kommer att öka”. *Svenska Dagbladet* 2019-02-26. www.svd.se/lakariliska-kan-bli-hur-manga-patienter-som-helst
- Olsson, Hans (2018). Socialdemokraterna vill lagstifta mot hyrpersonal inom vården. *Dagens Nyheter*, hämtad 2018-08-15. www.dn.se/nyheter/politik/socialdemokraterna-vill-lagstifta-mot-hyrpersonal-inom-varden/
- Ström, Marie (2018). Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård? *Läkartidningen*. www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2018/01/Kan-Borgholm-modellen-bli-losningen-for-framtidens-sjukvard/
- Trysell, Karin (2015). Myndighet ser oroväckande arbetsmiljö i primärvården. *Dagens Medicin* 2015-10-23. www.dagensmedicin.se/artiklar/2015/10/23/orovackande-arbetsmiljo-i-primarvarden/
- Wenell, Adam (2019). Momsplikt driver fram ny bemanningsidé. *Dagens Medicin* 2019-03-27. www.dagensmedicin.se/artiklar/2019/03/27/momsplikt-driver-fram-ny-bemanningside/
- Zaremba, Maciej (2013). Vad var det som dödade Herr B? Artikelserie i fyra delar i *Dagens Nyheter* 2013-02-17.

Kommittédirektiv 2017:128

Ordning och reda i vården

Sammanfattning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vinst som incitament kan motverka intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. En särskild utredare ges i uppdrag att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen ska också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Det är angeläget att regeringen får en samlad bild av hur skattemedel kan användas på ett bättre sätt för att utveckla hälso- och sjukvården. Det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal.

Utredaren ska göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

Hälso- och sjukvården i Sverige

Utredningens uppdrag omfattar hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna utgör hälso- och sjukvård enligt lagen (2 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård delas in i sluten och öppen vård. Slutens vård ges till patienter under intagning i vårdinrättning, dvs. vanligtvis sjukhus, medan öppen vård definieras som annan hälso- och sjukvård, dvs. vård som inte ges under intagning (2 kap. 4 och 5 §§ HSL). Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). Vad som anses vara primärvård varierar geografiskt och över tid.

Ansvar för hälso- och sjukvården

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL).

Ansvar för hälso- och sjukvården delas mellan staten, landstingen och kommunerna. Det är dock landstingen som har det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Landstingens ansvar omfattar både primärvården, den öppna specialiserade vården och slutenvården. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. dem som är bosatta inom landstinget men även öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård om patienterna väljer vård i landstinget, 8 kap. 1–3 §§ HSL. Landstingets ansvar omfattar emellertid inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för (8 kap. 6 § HSL).

Kommunerna ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer och till dem som deltar i dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL). Alla landsting utom Stockholms läns landsting har dessutom, med stöd av 14 kap. 1 § HSL, lämnat över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård som ges i hemmet, s.k. hemsjukvård, till kommunerna. I kommunernas ansvar ingår inte hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap 3 § HSL).

Kommuner och landsting kan lämna över vården till privata utförare

Enligt 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900), förkortad KL, får kommuner och landsting, efter beslut i fullmäktige, lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. I 15 kap. 1 § HSL anges dessutom att landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen. Detta innebär att kommuner och landsting kan välja att antingen bedriva verksamheten i egen regi eller anlita en privat utförare. När det gäller primärvård så finns det emellertid särskilda regler som inskränker landstingens handlingsfrihet genom kravet i 7 kap 3 § HSL att arrangera vårdvalssystem i primärvården.

I de fall en kommun eller ett landsting överlämnar vården av en kommunal angelägenhet till en privat utförare är kommunen eller landstinget fortfarande huvudman för den kommunala angelägenheten. Huvudmannen har alltid det övergripande ansvaret för verksamheten och ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten (6 kap. 7 § KL). I ansvaret ingår att bestämma verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Huvudmannaskapet innebär även en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på ett sådant sätt att verksamheten hos de privata utförarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av kommunen eller landstinget önskade nivån. Kommunerna och landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata vårdgivarna. Kommunen respektive landstinget ska även, genom avtal med den privata utföraren, tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (3 kap. 19 a § KL).

Arbetsgivaren har ansvar för att rekrytera, behålla och utveckla sin personal.

Privata aktörer i hälso- och sjukvården

Landsting och kommuner kan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata utförare genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller genom att införa ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Sedan 2010 är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården (mer om detta i kommande avsnitt). Landstingen kan även sluta samverkansavtal med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Vid en upphandling och inom valfrihetssystem följer ersättningen av avtalet och bestäms därmed lokalt. När det gäller läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi så följer ersättningen av nationella taxor. Inom ett vårdvalssystem följer ersättningen patientens val. Under 2000-talet har andelen verksamhet som bedrivs i enskild regi ökat. Landstingens köp av hälso- och sjukvård av privata leverantörer ökade exempelvis från 10,2 procent av nettokostnaderna 2006 till 13,7 procent 2015. Motsvarande siffror för kommunernas köp av vård och omsorg från privata leverantörer var 11,6 respektive 17,4 procent. Andelen privata utförare varierar såväl mellan olika kommuner och landsting som mellan de olika verksamheterna.

Inom hälso- och sjukvården svarade de tre största privata aktörerna, Capio, Praktikertjänst och Aleris, för 51 procent av landstingens köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Inom hälso- och sjukvården finns det också många mindre privata aktörer, bl.a. de s.k. taxeläkarna. Enligt en rapport från Vårdföretagarna hade 2013 över 11 000 av företagen 0–19 anställda medan 59 stycken hade fler än 250 anställda. Inom den vård och omsorg som kommunerna köper av privata företag dominerade 2013 sju koncerner där de största var Attendo, Ambea och Humana. De tio största företagen stod för cirka 62 procent av kommunernas totala köp av omsorgstjänster 2013.

Kontroll av privata utförare – huvudmännens uppföljningsansvar

När vården av en kommunal angelägenhet har lämnats över till en privat utförare genom avtal ska kommunen respektive landstinget kontrollera och följa upp verksamheten (3 kap. 19 § KL). För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste kommunerna och landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns på området samt övriga krav som följer av det avtal som slutits med den privata utföraren. Den exakta omfattningen av denna kontroll kan variera mellan olika områden, men huvudmannaskapet innebär att kommunen eller landstinget alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

Kontroll av privata utförare – tillståndskrav

Det krävs som huvudregel inte tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Tillstånd krävs emellertid för blodverksamhet, inrättningar som utför aborter, vävnadsinrättningar och verksamhet för sprututbyte. Såväl offentliga som privata utförare ska anmäla sin verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO ska föra register över de aktörer som har anmält att de ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 1 och 4 §§ patientsäkerhetslagen [2010:659]).

Krav på tillstånd är vanligt inom välfärden

Krav på tillstånd för att vara aktiv inom välfärdsområdet är vanliga inom flera andra delar av välfärdssektorn. Vad som krävs för ett tillstånd skiljer sig åt mellan de olika sektorerna. Inom socialtjänstområdet ställs krav på tillstånd för att bedriva viss typ av verksamhet, t.ex. hem för vård eller boende (HVB). För exempelvis hemtjänst råder idag ingen tillståndsplikt. Sedan 15 april 2017 råder tillståndsplikt för entreprenader och konsulentstöd till familje- och jourhem i socialtjänsten. För stora delar av den verksamhet som bedrivs enligt LSS ställs krav i en tillståndsprövning.

Krav på tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut

Frågan om tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut: Ägarprövningsutredningen (Krav på privata aktörer i välfärden, SOU 2015:7) konstaterade att när det gäller utförare av hälso- och sjukvård fanns det vid den tidpunkten inte tillräckliga skäl att föreslå en tillståndsplikt. Inom hälso- och sjukvården finns reglerade yrken och mer självständiga professioner med ett personligt ansvar, som på ett annat sätt kan förväntas säkra kvaliteten än inom exempelvis hemtjänsten, konstaterar utredningen. Landstingen har dessutom bl.a. på grund av sin storlek generellt sett bättre förutsättningar att skapa en väl fungerande upphandlings- och uppföljningsorganisation än vad som kan vara fallet för exempelvis mindre kommuner. Att samtliga utförare inom hälso- och sjukvården ska anmäla sig till IVO innebär att det även finns förutsättningar för statlig tillsyn inom hälso- och sjukvården. Ägarprövningsutredningen lyfter därmed fram flera skäl till att inte föreslå en tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården. Samtidigt framhåller utredningen att hälso- och sjukvård i flera länder omfattas av tillståndsplikt, och att det kan finnas skäl att överväga ett krav på tillstånd även i Sverige om behov uppstår.

Vårdvalsreform

Landstingen fick 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen om valfrihetssystem, förkortad LOV. Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010. I 7 kap. 3 § HSL anges att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas.

LOV fastställer bl.a. den upphandlande myndighetens informationsansvar: Den upphandlande myndigheten ska till enskilda lämna information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat

kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. För den enskilde som inte väljer leverantör ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett ickevalsalternativ (9 kap. 1 och 2 §§ LOV).

Villkoren enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav fritt får etablera sig. Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras.

Andra utredningar och insatser inom hälso- och sjukvårdssektorn

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården överlämnade 2016 betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) till Socialdepartementet. Utredaren pekade bl.a. på att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen beslutade i mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:01) och lämnade sitt första delbetänkande i juni 2017 (SOU 2017:53). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2019.

I juni 2017 tog regeringen även emot betänkandet *Kunskapsbaserad och jämlik vård* (SOU 2017:48). I betänkandet har *Kunskapsstödsutredningen* (S 2015:07) lämnat förslag som bl.a. syftar till att stärka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat arbete i vården.

Den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård träder i kraft den 1 januari 2018. Lagen syftar bl.a. till att möjliggöra för fler patienter att snabbare komma hem efter sin sjukhusvistelse. Den nya lagen kan därigenom även bidra till att skapa plats för väntande patienter i behov av sjukhusvård.

Utgångspunkter för utredningen

Vård efter behov och tillitsbaserad styrning

Utgångspunkten för svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges utifrån patientens behov. Det gäller såväl privata som offentliga aktörer. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är en prioriterad fråga för regeringen att förbättra styrningen i den offentliga sektorn i syfte att skapa mer effektiva verksamheter och större nytta för medborgarna. Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna, som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Detta gäller både statens styrning av kommuner och landsting och de senares egen styrning av verksamheten. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheter utvecklas på ett rättssäkert sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna. För att belysa frågor i sammanhanget liksom främjandet av ändamålsenliga regelverk tillsatte regeringen Välfärdsutredningen (Fi 2015:01). Som ett led i arbetet med att utveckla styrningen i den offentliga sektorn har regeringen även inrättat en Tillitsdelegation (Fi 2016:03).

Ersättningsmodeller utgör en del av styrningen av offentlig sektor

Vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller bör ses som en del av den totala styrningen av offentlig sektor. Detta framhålls även i det delbetänkande om ersättningsmodeller som Tillitsdelegationen lämnade till regeringen i juni 2017. Ersättningsmodellens betydelse bör inte överdrivas. Samtidigt kan ersättningsmodeller få oavsiktliga negativa effekter i verksamheterna och vid utformningen av ersättningsmodeller bör dessa övervägas noggrant.

Riksrevisionen granskade 2014 hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolk-

ningen (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22). Riksrevisionen konstaterar att vårdvalsreformen har inneburit att makt förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt.

Landstingen har dock, enligt Riksrevisionen, inte utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård har ökat. Det finns fortfarande skillnader mellan landstingen när det gäller både uppdrag och ersättningsvillkor. Det är svårt att se att skillnaderna är motiverade av regionala skillnader mellan landets olika delar. Fokus på tillgänglighet och ökad detaljstyrning riskerar att missgynna patienter med stora vårdbehov.

Landstingen ska utforma ersättningsystem som styr beteenden hos vårdgivarna. Krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp. Riksrevisionen konstaterar dock att det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten, menar Riksrevisionen.

Riksrevisionen lyfter vidare fram att diagnossättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting. Detta faktum kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser och att patientsäkerheten riskeras. Detta kan i sin tur påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Riksrevisionen menar att inget landsting än så länge tycks ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Myndigheten konstaterar vidare att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad.

Tillgång till information och vårdutnyttjande kan variera med socioekonomiska skillnader

Sedan 2010 gäller som tidigare nämnts en skyldighet för landstingen att införa vårdvalssystem, som innebär att den enskilda patienten har rätt att själv välja utförare i primärvården. En förutsättning för att ett sådant system ska få positiva effekter på kvalitet, patientinfly-

tande och kostnadseffektivitet är att det finns en reell möjlighet att välja utförare. För att människor ska ha likvärdiga valmöjligheter krävs i sin tur tillgänglig information som stöder ett informerat val. Tidigare studier, gjorda av bl.a. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, visar att olika grupper i befolkningen känner till och utnyttjar valmöjligheterna i vården i olika stor utsträckning.

Riksrevisionen konstaterar (2014) att reformerna har gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser. De positiva effekterna förefaller dock i högre utsträckning ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del. Nedläggning av vårdcentraler, däremot, har enligt Riksrevisionen främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas vara större. Riksrevisionen finner även att tillgänglighetsreformerna har fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

Bättre läkarbemannning i socioekonomiskt starka områden med lägre vårdbehov

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. I primärvården ska kontinuiteten säkerställas genom att patienterna får tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Vidare är det verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet genom att utse en fast vårdkontakt till de patienter som behöver eller själva begär att få en sådan.

Regeringen konstaterar att många verksamheter inom hälso- och sjukvården har svårt att rekrytera rätt kompetens. Det har lett till att ett system med s.k. stafettläkare har utvecklats. Många landsting klarar därför inte av att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och att alla patienter ska ha tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården.

Riksrevisionen konstaterar i sin granskning 2014 (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22) att primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig vård varierar starkt mellan landets vårdcentraler och att dessa skill-

nader delvis hänger samman med områdets socioekonomiska status. Vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks exempelvis ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård än vårdcentraler i socioekonomiskt starka områden. Läkarbemanningen är mer instabil i glesbygd och i socioekonomiskt svagare områden med mer vårdkrävande patienter.

Det finns för- och nackdelar med en tillståndsprövning

Ett sätt att säkerställa att medel används till det de är avsedda för inom offentlig sektor kan vara att inom ramen för en tillståndsprövning ställa krav på utföraren som bl.a. begränsar möjligheterna till vinstutdelning.

En fördel med att ställa krav inom en tillståndsprocess är att det därigenom är möjligt att göra en allsidig och likvärdig prövning av hur den aktuella aktören uppfyller kraven. En tillståndsprocess som kompletteras med en möjlighet till överklagande bidrar också till en rättssäker process. De krav som ställts i en tillståndsprövning kan dessutom löpande följas upp inom ramen för en tillsynsprocess. Visar det sig då att kraven inte längre uppfylls kan detta utgöra grund för att återkalla tillståndet.

En nackdel med att införa ett tillståndskrav är att detta innebär en ökad administration och att myndigheter inom området kommer att behöva avsätta resurser för att göra denna prövning. De privata aktörerna måste också avsätta resurser för att ansöka om tillstånd.

Regeringen avser att under mandatperioden lämna förslag om krav på tillstånd att ta emot offentliga medel med utgångspunkt i de förslag som lämnats av Valfärdsutredningen (SOU 2016:78, Ordning och reda i välfärden). Hälso- och sjukvården ingår inte i regeringens förslag om tillstånd att ta emot offentliga medel. Regeringen beslutar i stället genom dessa direktiv att låta frågan om ett effektivt utnyttjande av skattemedel inom hälso- och sjukvårdssektorn utgöra grunden för en separat utredning. Regeringen ser behov av ett differentierat angreppssätt som kan säkerställa att skattemedel används effektivt och till det de är avsedda för inom vårdens olika verksamheter. Det är viktigt att styrsystemen inte har negativ påverkan på förutsättningar för exempelvis forskning och utveckling i hälso- och sjukvården.

Uppdraget

Utredaren ska, mot den bakgrund som beskrivits ovan göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande

eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag.

Konsekvenserna ska anges enligt 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Genomförande och redovisning av uppdraget

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:14

Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården (S 2017:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 1 mars 2018

Tilläggsuppdrag

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiven Ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven ska uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Av direktiven framgår bl.a. att utredaren ska lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. I direktiven lyfter regeringen fram vikten av att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I det som utredaren ska göra ingår bl.a. att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utredaren får i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2018:40

Tilläggsdirektiv till utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)

Beslut vid regeringssammanträde den 17 maj 2018

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiven Ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven skulle uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Av direktiven framgår bl.a. att utredaren ska lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. I direktiven lyfter regeringen fram vikten av att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I det som utredaren ska göra ingår bl.a. att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utredaren fick den 1 mars 2018 i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård (dir. 2018:14).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 juni 2019.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2019:28

Tilläggsdirektiv till utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)

Beslut vid regeringsammansammanträde den 5 juni 2019

Förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiv om ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven skulle uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018. Utredningstiden förlängdes den 17 maj 2018 till den 30 juni 2019 (dir. 2018:40).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 augusti 2019.

(Socialdepartementet)

Metodbeskrivning

Här beskriver utredningen hur de beräkningar vars resultat redovisas i kapitel 19 konsekvensanalyser har gjorts. Konsultfirman Helseplan har samlat in data och gjort beräkningarna på utredningens uppdrag.

Påverkan på landstingens intäkter av en enhetlig patientavgift

Utredningen gjorde en beräkning för tre olika scenarier, ett där patientavgiften fastställs till 0 kronor, ett där den fastställs till 100 kronor och ett där den fastställs till 200 kronor. De olika antaganden som har gjorts vid de olika beräkningarna beskrivs nedan.

Datakällor och avgränsningar

I dessa beräkningar tas ingen hänsyn till eventuella dynamiska effekter såsom huruvida en höjning eller sänkning i patientavgift jämfört med dagens nivå leder till minskad eller ökad efterfråga på vård.

I beräkningarna som görs på de olika patientavgiftsscenarier tas ingen hänsyn till högkostnadsskydd eftersom utredningen inte har haft tillgång till data på individnivå. Detta innebär att beräkningen av förlorade intäkter för scenario 100 antagligen är överskattat jämfört med det verkliga intäktsbortfallet, eftersom våra beräkningar antar att varje besök i dagsläget innebär att patienten står för en del, vilket de inte gör om de kommit upp i högkostnadsskyddet. För scenario 200 kan i stället antas att den verkliga ökningen i intäkter jämfört med dagsläget antagligen är något lägre.

Beräkningarna för utfallet av patientgift 100 kronor och 200 kronor har baserats på ett urval regioner. Detta beskrivs nedan. Beräkningar

är baserade på tillgängliga data för angivna tidsperioder. Eventuella skillnader och förändringar sedan dess ej har tagits i beaktande.

Patientavgift 0 kronor

Data kommer från Ersättningsmodeller primärvård 2019, en kartläggning gjord av SKL, där de via en enkät har kartlagt landstingens intäkter från patientavgifter 2018.

För de landsting som inte har kunnat redovisa fullständiga data för patientavgifter från privata aktörer har andelen vårdcentraler i privat regi räknats upp i förhållande till intäkter från vårdcentraler i offentlig regi. Beräkningen har genomförts av SKL. Antagande har gjorts att uteblivna intäkter från patientavgifter behöver kompenseras, dvs. att landstingen kommer att behöva ersätta vårdvalsutförarna med motsvarande summa som de mister i intäkt i de fall att landstinget i dagsläget tar ut en patientavgift (vilket alla landsting utom Sörmland gör i dag).

Det som därefter har beräknats är dagens utgångsläge jämfört med om inga patientavgifter tas ut. Uppskattningen för scenario 0 är alltså baserad på faktiska uppgifter från några landsting, om hur mycket de får in i "intäkt" av patientavgiften i dag.

Tabell 1 Patientavgift läkarbesök, vårdcentral eller dylikt, 2018

Landsting	Patientavgift
Blekinge	150
Dalarna	200
Gotland	200
Gävleborg	200
Halland	150
Jämtland Härjedalen	300
Jönköping	250
Kalmar	200
Kronoberg	150
Norrbottnen	200
Skåne	200
Stockholm	200
Sörmland	0
Uppsala	150
Värmland	200
Västerbotten	200
Västernorrland	200
Västmanland	140
Västra Götaland	100/300*
Örebro	150
Östergötland	200

Källa: SKL 2019c. *Västra Götaland tillämpar en patientavgift för listade (100) och en för olistade (300).

Patientavgift 100 och 200 kronor

För dessa två scenarier har samma datakällor som ovan använts. Dessutom har två andra källor använts, SKL har bidragit med uppgifter om patientavgifter 2018 och befolkningsstatistik har hämtats från Statistiska centralbyrån (SCB).

Samma antaganden som ovan har gjorts angående privata aktörer samt att uteblivna intäkter kompenseras. För dessa två scenarier har ytterligare antaganden och beräkningar gjorts för att kunna göra den slutgiltiga beräkningen. Beräkningar har baserats på ett urval av landsting som har haft fullständiga uppgifter för att kunna genomföra samtliga beräkningar. Urvalet består av Stockholm, Uppsala, Jönköping, Kronoberg, Skåne, Halland, Västmanland och Västernorrland. Övriga landstings intäkter från patientavgifter har uppskattats baserat på urvalets genomsnitt. Ett antagande kopplat till detta är att urvalet är representativt för riket som helhet.

SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018” är fördelat på de två kategorierna läkare respektive övriga yrkeskategorier. Till följd av detta har beräkningar kunnat genomföras på läkare, samtidigt som övriga yrkeskategorier har behövts uppskattats med stöd av beräkningen för läkare. För övriga yrkeskategorier har ett antagande därför gjorts om att det procentuella intäktstappet för övriga yrkeskategorier är detsamma som för läkare.

I Västra Götalandsregionen (som har olika patientavgifter för läkare vid besök på vald vårdcentral [100 kronor] respektive annan vårdcentral [300 kronor]) har en genomsnittlig patientavgift beräknats baserat på andelen besök utanför den valda vårdcentralen inom regionen. Genomsnittlig patientavgift vid läkarbesök inom VGR är beräknad till 128,7 kronor.

Beräkningar

Patientavgifter för läkarbesök har för vårt urval av landsting angetts till faktiskt siffra enligt SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018”. För övriga landsting har en beräkning skett i förhållande till urvalets genomsnitt i relation till befolkningsmängd och faktiskt patientavgift för läkarbesök. För Västra Götalandsregionen VGR (som har olika patientavgifter för läkare vid besök på vald vårdcentral [100 kronor] respektive annan vårdcentral [300 kronor]) har en genomsnittlig patientavgift beräknats baserat på andelen besök vid annan vårdcentral än där man är listad inom regionen. Genomsnittlig patientavgift vid läkarbesök inom Västra Götalandsregionen VGR är beräknad till 128,7 kronor. Läkares patientavgifter har därefter räknats om baserat på att patientavgiften för läkare sätts till 100 kronor respektive 200 kronor. Övriga yrkeskategoriers patientavgifter för ett urval av regioner har angetts till faktiskt siffra enligt SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018”. För övriga regioner har en beräkning skett i förhållande till urvalets genomsnitt i relation till befolkningsmängd och relativa intäktstapp för yrkeskategorin läkare för respektive region.

Tabell 2 Scenarioanalys för landstingens intäkter för tre olika patientavgifter, jämfört med i dag

	Läkare	Övriga yrkesgrupper	Totalt
Scenario 0	Cirka -1 150 miljoner kronor	Cirka -540 miljoner kronor	Cirka -1 690 miljoner kronor
Scenario 100	Cirka -500 miljoner kronor	Cirka -240 miljoner kronor	Cirka -740 miljoner kronor
Scenario 200	Cirka 150 miljoner kronor	Cirka 55 miljoner kronor	Cirka 205 miljoner kronor

Intäktstapp för övriga yrkeskategorier har för ett urval av åtta landsting angetts till faktiskt siffra enligt SKL:s underlag ”Intäkter från patientavgifter 2018”. För övriga regioner har en beräkning skett i förhållande till urvalets genomsnitt i relation till befolkningens mängd och relativa intäktstapp för yrkeskategorin läkare för respektive region.

Tabell 3 Scenarioanalys för landstingens intäkter för tre olika patientavgifter, jämfört med i dag

Landsting	Scenario 0 kronor	Scenario 100 kronor	Scenario 200 kronor
Stockholm	-244 300 000	-122 150 000	0
Uppsala	-62 000 000	-20 666 667	20 666 667
Sörmland	0	24 858 238	49 716 476
Östergötland	-82 976 040	-41 488 020	0
Jönköping	-164 711 667	-98 827 000	-32 942 333
Kronoberg	-50 211 550	-16 737 183	16 737 183
Kalmar	-64 000 000	-32 000 000	0
Gotland	-10 416 667	-5 208 333	0
Blekinge	-20 704 225	-6 901 408	6 901 409
Skåne	-237 300 000	-118 650 000	0
Halland	-48 300 000	-16 100 000	16 100 000
Västra Götaland	-203 000 000	-45 247 763	112 504 474
Värmland	-62 625 000	-31 312 500	0
Örebro	-38 400 000	-12 800 000	12 800 000
Västmanland	-42 100 000	-12 028 571	18 042 857
Dalarna	-54 770 000	-27 385 000	0
Gävleborg	-73 154 362	-36 577 181	0
Västernorrland	-50 700 000	-25 350 000	0
Jämtland Härjedalen	-43 953 488	-29 302 326	-14 651 163
Västerbotten	-72 470 588	-36 235 294	0
Norrbotten	-59 785 148	-29 892 574	0
Summa	-1 685 878 736	-740 001 584	205 875 570

Besök som ersätts som digitala utomlänsbesök

Digitala utomlänsbesök ersätts i dag enligt en ersättning som löper parallellt med de ordinarie ersättningssystemen inom vårdvalssystemen. En konsekvens av utredningens förslag och rekommendationer är att denna särskilda ersättning inte längre ska utbetalas. Samtliga besök oavsett kontaktform ska ersättas inom ramen för vårdvalssystemen och därmed följa varje landstings ersättning för ett besök. Med antagandet om att ersättningssystemen i övrigt är desamma kan utredningen därmed beräkna minskade kostnader för landstingen, eftersom besök som ersätts som digital utomlänsvård innebär en merkostnad jämfört med om besöken hade ersatts som en distanskontakt inom landstinget.

I denna beräkning görs varken någon analys eller något antagande av värdet av de olika besöken. Det vi är intresserade av är att se den merkostnad som uppstår *på grund av parallella ersättningssystem*, inte att särskilt peka ut att digitala utomlänsbesök skulle vara dyra i förhållande till vad de ger.

De flesta digitala utomlänsbesök som genomförs hos de privata digitala vårdgivarna är läkarkontakter. Psykologkontakter och övriga kontakter är volymmässigt i relation till läkarkontakterna små, men inom Region Sörmland uppvisar de större volymer för övriga kontakter (framför allt sjuksköterskekontakter) än för läkare och psykologer. Vi går nedan igenom kostnaderna profession för profession. Merkostnaden undersöks både i relation till hur varje landsting ersätter utföraren om besöket hade ersatts så som ett besök inom varje landsting ersätts för besök av *listad patient*, och i relation till hur varje landsting ersätter utföraren för besök av en *icke-listad patient*.

Hur stor andel av det belopp som Region Jönköping och Region Sörmland fakturerar patientens hemlandsting som går till den digitala privata vårdgivaren beror dels på hur avtalen ser ut med respektive vårdgivare, dels på vilka regler som gäller för besöksersättning till vårdcentralen, dels vem patientavgiften tillfaller. Patientavgiften har inte tagits med i beräkningen och alla besök har betraktats som vuxna, icke-subventionerade besök.

Tabell 4 Sammanfattande bild av merkostnader vid parallella ersättningsystem

	Antal digitala kontakter	Digital utomläns-ersättning	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Merkostnad jämfört med digital utomläns-ersättning	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Merkostnad jämfört med digital utomläns-ersättning
Distansbesök läkare	527 525	333 917 350	75 931 800	257 985 550	141 711 040	192 206 310
Distansbesök psykolog	15 646	9 044 400	2 145 850	6 898 550	3 818 410	5 225 714
Distansbesök övriga	63 871	18 336 900	8 111 100	10 225 790	8 413 200	9 923 700
Totalt				275 109 890		207 000 000

Om en digital kontakt i stället för att ersättas enligt ersättningen för digitalt utomlänsbesök ersätts som ett digitalt inomlänsbesök som görs av en patient som *inte* är listad vid vårdcentralen skulle kostnaden totalt gå ner med 207 miljoner kronor, givet de besöksvolymerna som gällde under 2018. Denna jämförelse är relevant för scenariot att dagens vårdvalssystem fortsatt gäller, men med skillnaden att de digitala utförarna har minst ett avtal i varje landsting, vilket gör att alla besök ersätts som inomlänsbesök på distans.

Om en digital kontakt i stället för att ersättas enligt ersättningen för digitalt utomlänsbesök ersätts som ett inomlänsbesök på distans som görs av en patient som *är listad* vid vårdcentralen skulle kostnaden totalt gå ner med 275 miljoner kronor. Denna jämförelse är relevant givet de förslag utredningen lägger, som innebär att patientens val framöver görs genom att lista sig, och därmed bör besöken framför allt också ersättas i enlighet med den ersättning som utgår för listad patient som gör ett besök.

Samtliga jämförelser görs med de ersättningar som gällde under 2018. Särskilt för psykologbesök och övriga besök görs flera antaganden. Dessa beskrivs nedan.

Beräkning av ersättning för läkarbesök

Utomlänspatientersättningen för läkarbesök varierar mellan landstingen. Underlaget nedan är hämtat från "Primärvårdens ersättningsmodeller 2019" (SKL 2019c) och avser läkarbesök. Den av SKL

rekommenderade utomlänserättningen för digitala vårdkontakter för läkarbesök på 650 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. Både Region Jönköping och Region Sörmland har beslutat att inte delge hela beloppet till den privata vårdgivaren utan ersättningen ligger på 98 procent respektive 95 procent av det belopp som har överenskommits i avtal mellan respektive landsting och patientens hemlandsting. Beräkningarna görs på den summa som Jönköping eller Sörmland fakturerar patientens hemlandsting. Nedan tabell avser kontakter som privata digitala aktörer med bas i Jönköping och Sörmland tillhandahåller utomläns.

Notera att de landsting vars ersättning för distansbesök inomläns är noll kronor inte kan beräknas procentuellt. Totalt 7 av 13 landsting betalar mer än dubbelt så mycket för distanskontakter som sker utomläns jämfört med olistad inomlänspatient. Totalt 3 landsting (Östergötland, Halland och Jönköping) har en dyrare avgift för olistad patient distanskontakt som sker inomläns och där är det alltså fördelaktigt att kontakten sker utomläns med Jönköping eller Sörmland.

Sammanfattningsvis, om ersättningen för utomlänsbesök likställs med ett digitalt inomlänsbesök som görs av en olistad patient, skulle minskningen i den utbetalade ersättningen uppgå till cirka 192 206 310 kronor för läkarkontakter baserat på priser som gäller 2018.

Ersättningen för listad patient distanskontakt läkare gällde första halvåret 2019 och det är oklart om patientavgiften ingår. När jämförelsen görs med ersättningen för listad patient är det inget landsting som betalar mer för den listade patientens digitala inomlänsbesök jämfört med digital utomlänskontakt.

Sammanfattningsvis, om ersättningen för utomlänsbesök likställs med ett digitalt besök för en listad patient, skulle minskningen i den utbetalade ersättningen uppgå till cirka 257 985 550 kronor för läkar-kontakter baserat på priser som gällde 2018.

Tabell 5 Merkostnad för digitala utomlänsbesök till läkare jämfört med om de ersatts som digitala inomlänsbesök

Regioner som via en digital privat aktör betalar för köpt vård i Jönköping eller Sörmland	Totalt antal digitala utomläns-kontakter	Total kostnad (kr)	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök (kr)	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (olistad)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olistad) (kr)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök (kr)	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (listad)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (listad) (kr)
Stockholm	218 849	142 251 850	56 900 740	150 %	85 351 110	56 900 740	150 %	85 351 110
Västra Götaland	84 418	54 871 700	21 104 500	160 %	33 767 200	–	–	54 871 700
Skåne	68 486	44 515 900	13 697 200	225 %	30 818 700	–	–	44 515 900
Uppsala	19 389	12 602 850	10 082 280	25 %	2 520 570	5 041 140	150 %	7 561 710
Östergötland	17 837	11 594 050	12 485 900	-7 %	-891 850	3 567 400	225 %	8 026 650
Jönköping	13 256	334 750	334 750	0	0	–	–	334 750
Värmland	12 302	7 996 300	6 151 000	30 %	1 845 300	–	–	7 996 300
Halland	12 343	8 022 950	8 022 950	0 %	0	2 468 600	225 %	5 554 350
Sörmland	10 259	5 976 100	0	0 %	5 976 100	2 051 800	191 %	3 924 300
Västmanland	9 098	5 913 700	5 458 800	8 %	454 900	1 000 780	491 %	4 912 920
Örebro	8 984	5 839 600	0	0 %	5 839 600	–	–	5 839 600
Dalarna	7 845	5 099 250	0	0 %	5 099 250	–	–	5 099 250
Gävleborg	7 482	4 863 300	1 496 400	225 %	3 366 900	1 496 400	225 %	3 366 900
Västernorrland	5 855	3 805 750	1 171 000	225 %	2 634 750	1 171 000	225 %	2 634 750
Kalmar	5 658	3 677 700	0	0 %	3 677 700	–	–	3 677 700
Västerbotten	5 618	3 651 700	0	0 %	3 651 700	–	–	3 651 700
Norrbottnen	5 523	3 589 950	0	0 %	3 589 950	1 104 600	225 %	2 485 350
Kronoberg	5 156	3 351 400	3 067 820	9 %	283 580	–	–	3 351 400
Blekinge	3 875	2 518 750	775 000	225 %	1 743 750	–	–	2 518 750
Jämtland Härjedalen	3 209	2 085 850	962 700	117 %	1 123 150	962 700	117 %	1 123 150
Gotland	2 083	1 353 950	0	0 %	1 353 950	166 640	713 %	1 187 310
Totalsumma	527 525	333 917 350	141 711 040	136 %	192 206 310	75 931 800	340 %	257 985 550

Beräkning av ersättning för psykologbesök

Jämförelsen görs för digitala psykologkontakter som ersattes som utomlänkskontakter under 2018. Dessa beräkningar bygger på antaganden. Den av SKL rekommenderade utomlänrsättningen för digitala vårdkontakter för psykologer på 600 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. SKL har ingen aktuell statistik för vilka avgifter de enskilda regionerna faktiskt tar. Ersättningen inklusive patientavgift för digitalt psykologbesök som görs av en olistad patient grundar sig därför på den ersättning som är beslutat i respektive region för ett läkarbesök på distans. Baserat på skillnaden i SKL:s rekommendationer för utomlänstdistansbesök för läkare respektive psykologer har sedan läkarersättningen justerats. Denna beräkning syftar till att ge en grov uppskattning av kostnaderna men behöver inte nödvändigtvis vara korrekt för varje region.

Nedan tabell avser summor som patientens hemlandsting blir fakturerade när patient har gjort ett digitalt utomlänksbesök i Jönköping och Sörmland. Notera att de regioner som har en avgift om 0 kronor inte kan beräknas procentuellt. Eftersom beräkningen baserar sig på antaganden är det svårt att dra något annat än övergripande slutsatser. Det bör finnas ett antal regioner som betalar markant mer för distanskontakter utomlän än om samma vård hade getts distanskontakt inomlän. I uppskattningen nedan är det två regioner som betalar mindre (Östergötland och Halland) och en region (Jönköping) som har nästan samma nivå på ersättningen.

Volymerna för denna typ av besök är också beroende av vilket uppdrag som primärvården har när det gäller psykiatrisk vård och behandling. Redan i dag finns det ett flertal behandlingar som sker digitalt, bl.a. genom olika mobilapplikationer eller genom iKBT, och som erbjuds av specialistpsykiatrin. I ett tänkbart scenario kan bedömning och behandling för ett urval av diagnoser göras på primärvårdsenheterna, vilket kan innebära ett ökat uppdrag och ett större incitament för att utveckla digitala lösningar även inom den offentligt drivna primärvården.

- De minskade kostnaderna för landstingen, om ersättningen för digitalt utomlänsbesök hos psykolog likställs med digitalt inomlänsbesök till psykolog som görs av en olistad patient och om de antaganden som ställts är korrekta, uppgå till cirka 5 225 714 kronor för psykologkontakter baserat på priser som gäller 2018.

Vad gäller jämförelse med digitalt besök hos psykolog som görs av en listad patient görs återigen antagandet att ersättningen bör ligga i linje med ersättningen för samma typ av besök med läkare. Den antagna ersättningen för digitalt besök hos psykolog som görs av en listad patient gällde första halvåret 2019 och det är oklart om patientavgiften ingår. Eftersom beräkningen baserar sig på antaganden är det svårt att dra något annat än övergripande slutsatser.

- De minskade kostnaderna för landstingen, om ersättningen för digitalt utomlänsbesök hos psykolog likställs med digitalt inomlänsbesök till psykolog som görs av en listad patient uppgår till cirka 6 898 550 kronor baserat på ersättning som gällde 2018 (och första halvåret 2019).

Tabell 6 Merkostnad för digitala utomlänsbesök till psykolog jämfört med om de ersatts som inomlänsbesök

Regioner som via en digital privat aktör betalar för köpt vård i lönsköpning eller Sörmland	Totalt antal digitala utomläns-kontakter	Total kostnad	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (olista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olista)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (lista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (lista)
Stockholm	5 597	3 358 200	1 343 280	150 %	2 014 920	1 455 220	131 %	1 902 980
Västra Götaland	2 426	1 455 600	559 846	160 %	895 754	0		1 455 600
Skåne	1 919	1 151 400	354 277	225 %	797 123	0		1 151 400
Uppsala	759	455 400	364 320	25 %	91 080	197 340	131 %	258 060
Östergötland	590	354 000	381 231	-7 %	-27 231	118 000	200 %	236 000
Jönköping	555	13 800	13 800		0	0		13 800
Värmland	385	231 000	177 692	30 %	53 308	0		231 000
Halland	294	176 400	176 400	0 %	0	58 800	200 %	117 600
Sörmland	324	170 400	0		170 400	64 800	163 %	105 600
Västmanland	299	179 400	165 600	8 %	13 800	32 890	445 %	146 510
Örebro	310	186 000	0		186 000	0		186 000
Dalarna	264	158 400	0		158 400	0		158 400
Gävleborg	347	208 200	64 062	225 %	144 139	69 400	200 %	138 800
Västernorrland	247	148 200	45 600	225 %	102 600	49 400	200 %	98 800
Kalmar	269	161 400	0		161 400	0		161 400
Västerbotten	250	150 000	0		150 000	0		150 000
Norrbottnen	268	160 800	0		160 800	53 600	200 %	107 200
Kronoberg	208	124 800	114 240	9 %	10 560	0		124 800
Blekinge	118	70 800	21 785	225 %	49 015	0		70 800
Jämtland Härjedalen	132	79 200	36 554	117 %	42 646	39 600	100 %	39 600
Gotland	85	51 000	0		51 000	6 800	650 %	44 200
Totalsumma	15 646	9 044 400	3 818 686	137 %	5 225 714	2 145 850	321 %	6 898 550

Beräkning av ersättning för övriga besök

En övrig kontakt har enligt underlaget utförts av en barnmorska, sjukgymnast, sjuksköterska, kurator, fotvårdsspecialist eller psykoterapeut. Dataunderlaget för Region Jönköping och Region Sörmland avser antal övriga distanskontakter utomläns 2018.

Dessa tabeller bygger på antaganden. Den av SKL rekommenderade utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter för övriga besök på 300 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. SKL har ingen aktuell statistik för vilka avgifter de enskilda regionerna faktiskt tar. Uppskattningen av ersättningen för annan inomlänsbesök till dessa professioner grundar sig därför på den ersättningen som är beslutat i respektive region för en läkare. Baserat på skillnaden i SKL:s rekommendationer för utomlänsdistansbesök för läkare respektive övriga besök har sedan läkarersättningen justerats. Denna beräkning syftar till att ge en grov uppskattning av kostnaderna men behöver inte nödvändigtvis vara korrekt för varje region.

Nedan tabell avser kontakter som privata digitala aktörer med bas i Jönköping och Sörmland tillhandahåller. Notera att de regioner som har en avgift om 0 kronor inte kan beräknas procentuellt. Eftersom beräkningen baserar sig på antaganden är det svårt att dra något annat än övergripande slutsatser. Det bör finnas ett antal regioner som betalar markant mer för distanskontakter utomläns än om samma vård hade getts distanskontakt inomläns. I uppskattningen nedan är det tre regioner (Östergötland, Jönköping och Halland) som betalar mindre.

- Minskning i utbetalad ersättning till utförare, om ersättningen för utomlänsbesök likställs med digitalt inomlänsbesök till annan profession, som görs av olistad patient och om de antaganden som ställts är korrekta, uppgår till cirka 9 923 700 kronor för övriga kontakter baserat på priser som gäller 2018.

Den av SKL rekommenderade utomlänsersättningen för digitala vårdkontakter för övriga yrkeskategorier på 300 kronor är beräknad brutto, inklusive patientavgift. Ett antagande görs att ersättningen för egenlistad patient distanskontakt för övriga yrkeskategorier bör ligga i linje med ersättningen för samma typ av besök med en läkare. Den

antagna ersättningen för listad patient digital inomlänskontakt övriga yrkeskategorier gällde första halvåret 2019 och det är oklart om patientavgiften ingår.

- Minskning i kostnad om ersättningen för utomlänsbesök likställs med ett digitalt inomlänsbesök för listad patient, uppgår till cirka 10 225 790 kronor för kontakter med övriga yrkeskategorier baserat på priser som gäller 2018 (och första halvåret 2019).

Tabell 7 Merkostnad för digitala utomlänsbesök övriga professioner jämfört med om de ersatts som inomlänsbesök

Regioner som via en digital privat aktör betalar för köpt vård i Jönköping eller Sörmland	Totalt antal digitala utomläns-kontakter	Total kostnad	Uppskattad kostnad om olistad patient hade gjort digitalt inom-länsbesök	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (olista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olista)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomläns-besök	Procentuell merkostnad för hem-landstinget (lista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (lista)
Stockholm	19 661	5 898 300	2 359 320	150 %	3 538 980	5 111 860	15 %	786 440
Västra Götaland	10 102	3 030 600	1 165 615	160 %	1 864 985	0		3 030 600
Skåne	10 217	3 065 100	943 108	225 %	2 121 992	0		3 065 100
Uppsala	3 623	1 086 900	869 520	25 %	217 380	941 980	15 %	144 920
Östergötland	2 395	718 500	773 769	-7 %	-55 269	479 000	50 %	239 500
Jönköping	2 240	346 800	672 000		-325 200	0		346 800
Värmland	1 477	443 100	340 846	30 %	102 253	0		443 100
Halland	1 185	355 500	355 500	0 %	0	237 000	50 %	118 500
Sörmland	1 999	100 500	0		100 500	399 800	-75 %	-299 300
Västmanland	1 411	423 300	350 739	8 %	32 562	155 210	173 %	268 090
Örebro	1 472	441 600	0		441 600	0		441 600
Dalarna	1 209	362 700	0		362 700	0		362 700
Gävleborg	1 318	395 400	121 662	225 %	273 739	263 600	50 %	131 800
Västernorrland	1 000	300 000	92 308	225 %	207 692	200 000	50 %	100 000
Kalmar	846	253 800	0		253 800	0		253 800
Västerbotten	882	264 600	0		264 600	0		264 600
Norrboten	798	239 400	0		239 400	159 600	50 %	79 800
Kronoberg	774	232 200	212 552	9 %	19 648	0		232 200
Blekinge	541	162 300	49 939	225 %	112 362	0		162 300
Jämtland Härjedalen	479	143 700	66 323	117 %	77 377	143 700	0 %	0
Gotland	242	72 600	0		72 600	19 360	275 %	53 240
Totalsumma	63 871	18 336 900	8 413 200	118 %	9 923 700	8 111 110	126 %	10 225 790

Kostnad för ökning av besök vid minskad patientavgift

Tillvägagångssättet för att beräkna detta har beskrivits i kapitel 19. Här redovisas vilka patientavgifter och besöksersättningar vi har räknat med.

Patientavgift för läkarbesök i primärvården 2019 kommer från SKL (2019c). Patientavgift för övriga besök kommer från 1177 Vårdguidens sida för respektive landsting. Uppgift för Gotland saknades vilket medför att de saknas i beräkningen.

Landstingens ersättning per besök till läkare i primärvården kommer från SKL:s siffror för 2017. Utredningen har inte haft tillgång till ersättning för andra yrkesgrupper och har därför utgått från samma besöksersättning för andra yrkesgrupper.

Utredningen utgår ifrån att utförarna fortsatt får samma ersättning totalt (från huvudman och patient) och att landstingens kostnad därmed går upp per besök om patientavgiften innebär en sänkning. Detta beräknas nedan.

Tabell 8 Patientavgift och besöksersättning från landsting

Landsting	Patientavgift		Patientavgift 100 kr jämfört med dagens avgift		Landstingets ersättning till utförare (exkl. patientavgift)	
	Läkarbesök primärvård 2019	Annat besök primärvård 2019	Läkarbesök (listad)	Annat besök (listad)	Faktiskt ersättning för läkarbesök i primärvården 2017	Uppskattat utgående ersättning från landsting till utförare om patientavgiften sänks (läkarbesök)
Blekinge	150	100	Minskning	Oförändrat	150	200
Dalarna	200	150	Minskning	Minskning	100	200
Gotland	200		Minskning	N/a	80	180
Gävleborg	200	200	Minskning	Minskning	200	300
Halland	200	100	Minskning	Oförändrat	150	250
Jämtland Härjedalen	300	300	Minskning	Minskning	300	500
Jönköping	250	250	Minskning	Minskning	150	300
Kalmar	200	200	Minskning	Minskning	0	100
Kronoberg	150	100	Minskning	Oförändrat	0	50
Norrbottnen	200	200	Minskning	Minskning	200	300
Skåne	200	0	Minskning	Ökning	0	100
Stockholm	200	100	Minskning	Oförändrat	250	350
Sörmland	0	0	Ökning	Ökning	200	
Uppsala	150	150	Minskning	Minskning	313	363
Värmland	200	200	Minskning	Minskning	0	100
Västerbotten	200	200	Minskning	Minskning	200	300
Västernorrland	200	200	Minskning	Minskning	N/A	
Västmanland	140	140	Minskning	Minskning	110	150
Västra Götaland	100	50	Oförändrat	Ökning	N/A	
Örebro	150	100	Minskning	Oförändrat	114,8	164,8
Östergötland	200	200	Minskning	Minskning	200	300

Tabell 1a Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Halland, Blekinge, Sörmland, Norrbotten, Stockholm, Jönköping och Västra Götaland

Specifik frågeställning	Sammanfattning*		Halland		Blekinge		Sörmland		Norrbotten		Stockholm		Jönköping		Västra Götaland			
	Månadsvis	90 %	Ålder och kön	Ålder	Månadsvis	90 %	Ålder	Månadsvis	59 %	Ålder	Månadsvis	66 %	Ålder	Månadsvis	61 %	Ålder	Månadsvis	80 %
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?																		
Kapiterings andel av total ersättning																		
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	17 av 21		Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Lämedelsersättning	14 av 21		Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	13 av 21		Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	20 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	10 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Målbaserad ersättning	14 av 21		Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Viten vid oupplådda mål	6 av 21		Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Glesbygdstillägg	13 av 21		Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	7 av 21		Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	18 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	17 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Grundläggande krav på god vård i FFU	19 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att följa vårdgarantin	18 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	21 av 21		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	18 av 21		Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Specifik frågeställning	Sammanfattning*	Halland	Blekinge	Sörmland	Norrhotten	Stockholm	Jönköping	Västra Götaland
Krav på öppettider	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Specifika krav på öppettider (klockslag)	11 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Konkreta mål av s. tillgänglig vård	13 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Krav på fast vårdkontakt	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål på kontinuitet i patientmötet	8 av 21**	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Krav på samverkan	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att använda SIP	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på legtimering och/eller kompetens	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fler yrkeskategorier än läkare och ssk	17 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Konkreta mål av s. jämlik vård	9 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Konkreta krav/mål av s. individanpassad vård	12 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Konkreta krav/mål av s. effektiv vård	14 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål av s. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Konkreta mål av s. säker vård	9 av 21	Nej	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Krav på vissa journal- eller it-system	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej

*Sammanfattningen omfattar samtliga landsting och anger antalet landsting som svarat "ja", om inget annat anges.

**Varav 3 landsting med konkreta målvärden.

Tabell 1b Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Dalarna, Gävleborg, Jämtland-Härjedalen, Kalmar, Kronoberg, Skåne och Uppsala

Specifik frågeställning	Sammanfattning*						Uppsala
	Dalarna	Gävleborg	Jämtland Härjedalen	Kalmar	Kronoberg	Skåne	
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis
Kapiteringens andel av total ersättning	71 %	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	17 av 21	Ålder	Ålder	Nej	Ålder	Nej	Ålder
Läkemedelsersättning	14 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	13 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	10 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Målbaserad ersättning	14 av 21	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Viten vid öppnådda mål	6 av 21	Nej	Nej***	Nej	Nej	Nej	Ja
Glesbygdstillägg	13 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	7 av 21	Nej	Ja	Nej	nej	Nej	Ja
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	18 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	17 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Grundläggande krav på god vård i FFU	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att följa vårdgarantin	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysisk)	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

Specifik frågeställning	Sammanfattning*	Dalarna	Gävleborg	Jämtland Härjedalen	Kalmar	Kronoberg	Skåne	Uppsala
Krav på öppettider	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har regionen specifika krav på öppettider (klockslag)?	11 av 21	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Konkreta mål avs. tillgänglig vård	13 av 21	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fast vårdkontakt	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Konkreta krav/mål på kontinuitet i patientmötet	8 av 21**	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Krav på samverkan	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att använda SIP	19 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på legitimering och/eller kompetens	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fler yrkeskategorier än läkare och ssk	17 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Konkreta mål avs. jämlik vård	9 av 21	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. individanpassad vård	12 av 21	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej
Finns konkreta krav/mål avseende effektiv vård?	14 av 21	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Konkreta mål avs. säker vård	9 av 21	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Krav på vissa journal- eller it-system	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*Sammanfattningen omfattar samtliga landsting och anger antalet landsting som svarat "ja", om inget annat anges.

**Varav 3 landsting med konkreta målvärden.

***Viten vid oacceptabel lägstänivå.

Tabell 1c Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Örebro, Gotland och Östergötland

Specifik frågeställning	Sammanfattning*					Östergötland
	Värmland	Västerbotten	Väster-norrland	Västmanland	Örebro	
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?	i.u.	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis
Kapiteringens andel av total ersättning	i.u.	ca 87 %	84 %	80 %	i.u.	i.u.
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	17 av 21	Ålder och kön	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder**
Läkemedelsersättning	14 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	13 av 21	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	20 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	10 av 21	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Målbaserad ersättning	14 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Viten vid ouppnådda mål	6 av 21	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Glesbygdstillägg	13 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	7 av 21	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	17 av 21	Ja	Ja	Ja	VC kan an-söka om stöd	Ja
Grundläggande krav på god vård i FFU	19 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Krav på att följa vårdgarantin	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	18 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej

Specifik frågeställning	Sammanfattning*	Värmland	Västerbotten	Väster-norrland	Västmanland	Örebro	Gotland	Östergötland
Krav på öppettider	20 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Har regionen specifika krav på öppettider (klockslag)?	11 av 21	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Konkreta mål avs. tillgänglig vård	13 av 21	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fast vårdkontakt	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål på kontinuitet i patientmötet	8 av 21**	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Krav på samverkan	21 av 21	ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att använda SIP	19 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på legitimering och/eller kompetens	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på fler yrkeskategorier än läkare och ssk	17 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta mål avs. jämlik vård	9 av 21	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Konkreta krav/mål avs. individanpassad vård	12 av 21	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. effektiv vård	14 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja
Konkreta krav/mål avs. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja
Konkreta mål avs. säker vård	9 av 21	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Krav på vissa journal- eller it-system	19 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

*Sammanfattningen omfattar samtliga landsting och anger antalet landsting som svarat "ja", om inget annat anges.

**Varav 3 landsting med konkreta målvärden.

Statens offentliga utredningar 2019

Kronologisk förteckning

1. Santiagokonventionen mot organhandel. S.
2. Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. S.
3. Effektivt, tydligt och träffsäkert – det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. A.
4. Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. U.
5. Tid för trygghet. A.
6. En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. U.
7. Skogsbränderna sommaren 2018. Ju.
8. Kamerabevakning i kollektivtrafiken – ett enklare förfarande. Ju.
9. Privat initiativrätt – planintressentens medverkan vid detaljplaneläggning. N.
10. Stöd för validering eller kompetensåtgärder i samband med korttidsarbete. Fi.
11. Biojet för flyget. M.
12. Nya befogenheter på konsumentskyddsområdet. Fi.
13. Agenda 2030 och Sverige: Världens utmaning – världens möjlighet. Fi.
14. Ett säkert statligt ID-kort – med e-legitimation. Ju.
15. Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. S.
16. Ny kärntekniklag – med förtydligt ansvar. M.
17. Bebyggelse- och transportplanering för hållbar stadsutveckling. N.
18. För flerspråkighet, kunskapsutveckling och inkludering. Modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. U.
19. Belastningsregisterkontroll i arbetslivet – behovet av utökad författningsstöd. A.
20. Stärkt kompetens i vård och omsorg. S.
21. Effektivt investeringsfrämjande för hela Sverige. UD.
22. Sveriges miljöövervakning – dess uppgift och organisation för en god miljöförvaltning. M.
23. Styrkraft i funktionshinderspolitiken. S.
24. Stärkt integritet i idrottens antidopningsarbete. Ku.
25. Genomförande av ändringar i utstationeringsdirektivet. A.
26. Organbevarande behandling för donation. S.
27. Rasistiska symboler. Praxisgenomgång och analys. Ju.
28. Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. S.
29. God och nära vård. Vård i samverkan. S.
30. Moderna tillståndprocesser för elnät. I.
31. F-skattesystemet – en översyn. Fi.
32. Straffrättsligt skydd för barn som bevittnar brott mellan närstående samt mot uppmaning och annan psykisk påverkan att begå självmord. Ju.
33. Ökad statlig närvaro i Härnösand. Fi.
34. Förbättrat skydd för totalförsvaret. Fö.
35. Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället.
+ Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället. Vägledning för handläggare. Ku.
36. Skattelättnad för arbetsresor. En avståndsberäknad och färdmedelsneutral skattereduktion för längre arbetsresor. Fi.
37. Kontroller vid högskoleprovet – ett lagförslag om åtgärder mot fusk. U.

38. Stora brottmål
– nya processrättsliga verktyg. Ju.
39. En moderniserad radio- och tv-lag
– genomförande av ändringar i AV-
direktivet. Ku.
40. Jämlikhet i möjligheter
och utfall i den svenska skolan. Fi.
41. Företagare i de sociala trygghets-
systemen. N.
42. Digifysiskt vårdval. Tillgänglig
primärvård baserad på behov
och kontinuitet. S.

Statens offentliga utredningar 2019

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Effektivt, tydligt och träffsäkert
– det statliga åtagandet för framtidens arbetsmarknad. [3]

Tid för trygghet. [5]

Belastningsregisterkontroll i arbetslivet
– behovet av utökat författningsstöd. [19]

Genomförande av ändringar i
utstationeringsdirektivet. [25]

Finansdepartementet

Stöd för validering eller kompetensåtgärder
i samband med korttidsarbete. [10]

Nya befogenheter på
konsumentskyddsområdet. [12]

Agenda 2030 och Sverige: Världens
utmaning – världens möjlighet. [13]

F-skattesystemet – en översyn. [31]

Ökad statlig närvaro i Härnösand. [33]

Skattelättnad för arbetsresor.
En avståndsberäknad och färdmedels-
neutral skattereduktion för längre
arbetsresor. [36]

Jämlikhet i möjligheter
och utfall i den svenska skolan. [40]

Försvarsdepartementet

Förbättrat skydd för totalförsvaret. [34]

Infrastrukturdepartementet

Moderna tillståndsprocesser för elnät. [30]

Justitiedepartementet

Skogsbränderna sommaren 2018. [7]

Kamerabevakning i kollektivtrafiken
– ett enklare förfarande. [8]

Ett säkert statligt ID-kort
– med e-legitimation. [14]

Rasistiska symboler. Praxisgenomgång
och analys. [27]

Straffrättsligt skydd för barn som
bevittnar brott mellan närstående
samt mot uppmaning och annan
psykisk påverkan att begå självmord.
[32]

Stora brottmål
– nya processrättsliga verktyg. [38]

Kulturdepartementet

Stärkt integritet i idrottens antidopnings-
arbete. [24]

Demokrativillkor för bidrag till civil-
samhället.
+ Demokrativillkor för bidrag till
civilsamhället. Vägledning för hand-
läggare. [35]

En moderniserad radio- och tv-lag
– genomförande av ändringar i AV-
direktivet. [39]

Miljö- och energidepartementet

Biojet för flyget. [11]

Ny kärntekniklag
– med förtydligt ansvar. [16]

Sveriges miljöövervakning
– dess uppgift och organisation
för en god miljöförvaltning. [22]

Näringsdepartementet

Privat initiativrätt – planintressentens
medverkan vid detaljplanläggning. [9]

Bebyggelse- och transportplanering för
hållbar stadsutveckling. [17]

Företagare i de sociala trygghetssystemen.
[41]

Socialdepartementet

Santiagokonventionen mot organhandel. [1]

Ingen regel utan undantag – en trygg sjukförsäkring med människan i centrum. [2]

Komplementär och alternativ medicin och vård – säkerhet, kunskap, dialog. [15]

Stärkt kompetens i vård och omsorg. [20]

Styrkraft i funktionshinderspolitiken. [23]

Organbevarande behandling för donation. [26]

Komplementär och alternativ medicin och vård – ny lagstiftning. [28]

God och nära vård. Vård i samverkan. [29]

Digifysiskt vårdval. Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. [42]

Utbildningsdepartementet

Framtidsval – karriärvägledning för individ och samhälle. [4]

En långsiktig, samordnad och dialogbaserad styrning av högskolan. [6]

För flerspråkighet, kunskapsutveckling och inkludering. Modersmålsundervisning och studiehandledning på modersmål. [18]

Kontroller vid högskoleprovet – ett lagförslag om åtgärder mot fusk. [37]

Utrikesdepartementet

Effektivt investeringsfrämjande för hela Sverige. [21]