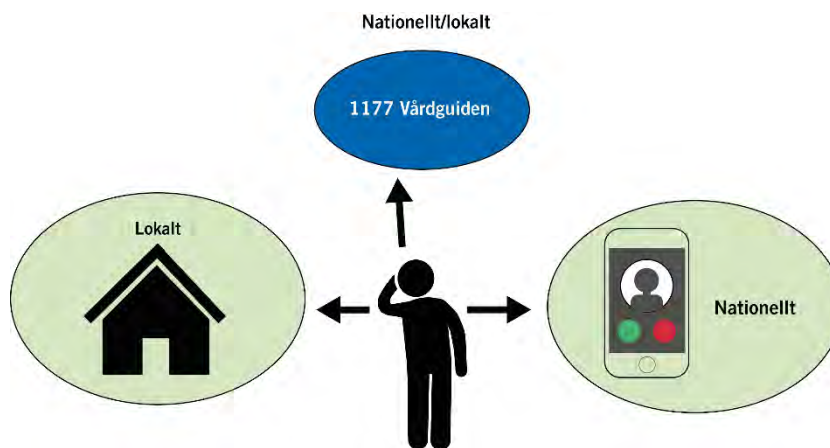


**Figur 10.1 Dagens vårdval och digital vård**

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.

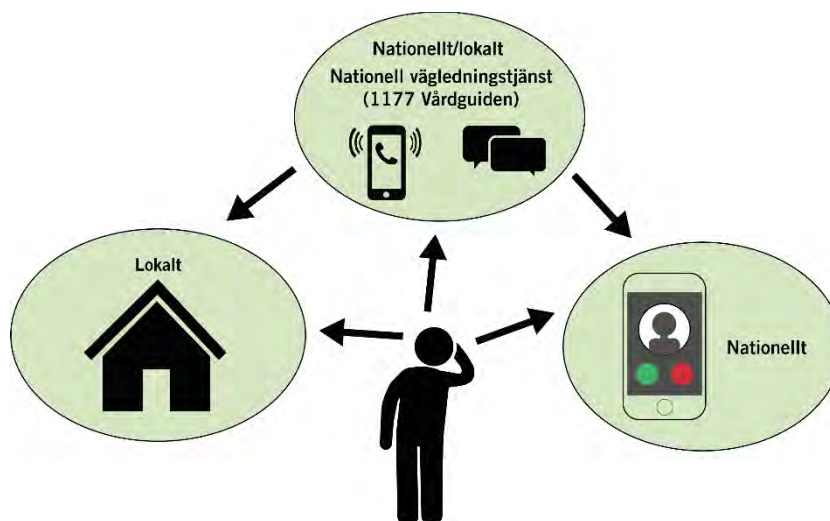
Bakom kulisserna delas information mellan olika journalsystem och landsting via NPÖ i den mån det är möjligt, och i den mån det finns tid. Patienter rör sig mellan olika system, men juridiken kring delning av information har inte utvecklats i samma riktning. Landstingen fakturerar varandra och ibland enskilda vårdcentraler. Vad som till vissa delar ser ut att vara ett nationellt system är alltså alltså 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 förslagets 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 grindvaktfunktion (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.

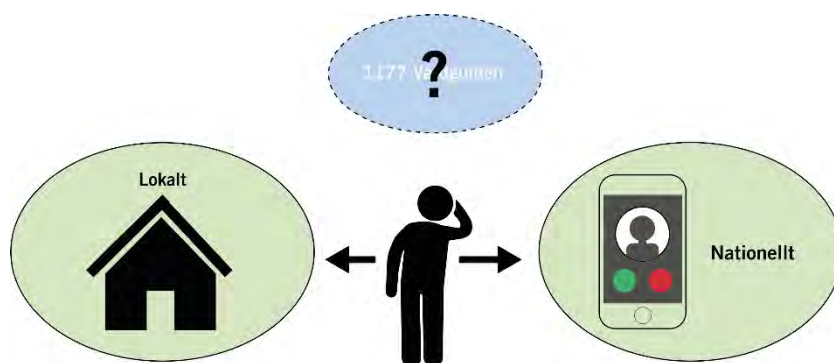
Tjänsten kan organiseras helt nationellt eller som 1177 är organiserat i dag, dvs. att varje landsting organiserar lokalt. Vägen in, alltså telefonnummer, app och internet, är samma för alla patienter.

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 kom- ponenter. 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 vårdvals- system med utförare i form av fysiska vårdcentraler.

### 3. Vårdval med digifysiska primärvårdsutförare

I detta alternativ integreras de parallella system som finns i dag. I vårdvalsförfrågningar för utförare inom vårdvalen ställs i detta alter- nativ krav på att alla organiserar sig så att de erbjuder möjlighet till digi- tala konsultationer och fysiska besök för den som behöver det. Ut- förare 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 platt- form 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 till- gänglighet. Genom att ändra vårdvalet så att patienten förväntas välja en utförare som tillgodoser både krav på digitala och fysiska kon- taktvägar medför detta nya krav på s.k. nätläkare. I detta system finns det ett antal olika tänkbara sätt för dem att fortsätta verka.

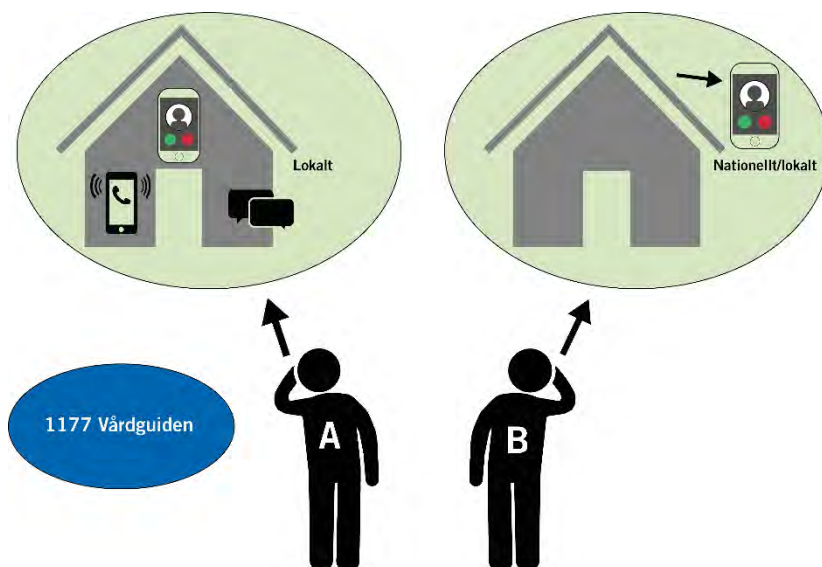
- De kan själva bli utförare inom vårdvalet. För att göra detta måste de alltså ha avtal med det eller de landsting där de vill verka, och på något sätt etablera fysiska vårdcentraler eller skaffa fysiska vårdcentraler som underleverantörer.
- De kan bli underleverantörer till fysiska vårdcentraler för 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 digifysisk 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 kontaktslag. 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 vårdvalsförare 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 offentlig-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 Ägarprovningsutredningen 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 tillståndsprövning ofta är administrativt tungrodd och resurskrävande för myndigheten. För verksamhetsföreträdaren kan tillståndsprövningen 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 prövningen, 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 anmälningssystem (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 patientsäkerhet 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 prøvotid om tre år i vissa fall beslutas för legitimerade yrkesutövare. Om det bedöms ha betydelse för patientsäkerheten 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 provningen avse den verkställande direktören och andra som genom en ledande ställning eller på annat sätt har ett bestämmande inflytande över verksamheten, styrelseledamöter och styrelsemedlemmar, 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 lämplighetsprovning 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 ledningsprovning 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 ledningsprovningen 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 lämplighetsprovningen. 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 lämplighetsprovningen 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 provning 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.<sup>1</sup>

### Provning 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 tillståndsprovning 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 provningen avse?

Lite beroende på vilken typ av provning 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

---

<sup>1</sup> 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.

### *Tillståndsprovning kan inte omfatta offentlig verksamhet*

Förutsättningarna för en provning 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 ledningsprovning 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 tillståndsprovning 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*

Provningen 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 trögrörigt 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 inhyrning

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 inhyring 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 inhyringen 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 inhyring 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 läkar-sekreterare 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 Jooa & Wadensjö 2010).

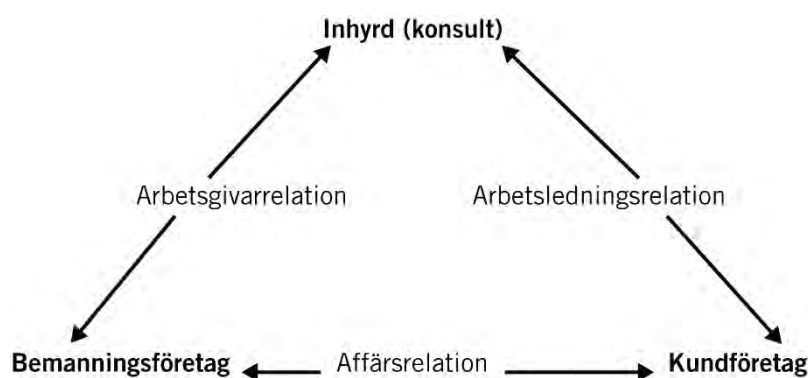
Det finns alltså anledning att tro att hälso- och sjukvårdens användning av inhyrd personal inte bör studeras som vilken bransch som helst, utan utifrån de specifika karakteristiska som råder för branschen.

### 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 forskningssammanställning 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 patientsäkerhet 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 veckopendlning. 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.

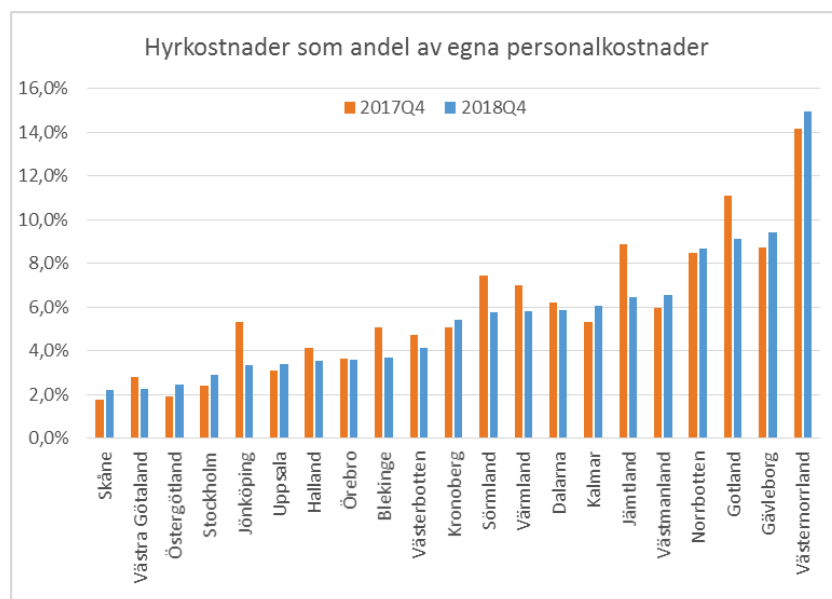
### 14.2.1 Landstingens kostnader

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.

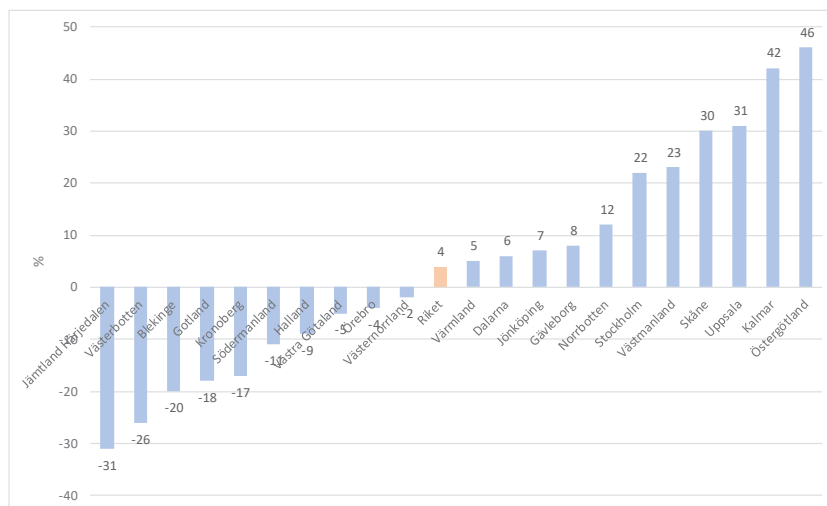
Figur 14.1 Hyrkostnader som andel av egna personalkostnader



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 glesbygdslän, medan några av landsting med universitetssjukhus har sett rejäla öknings.

**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

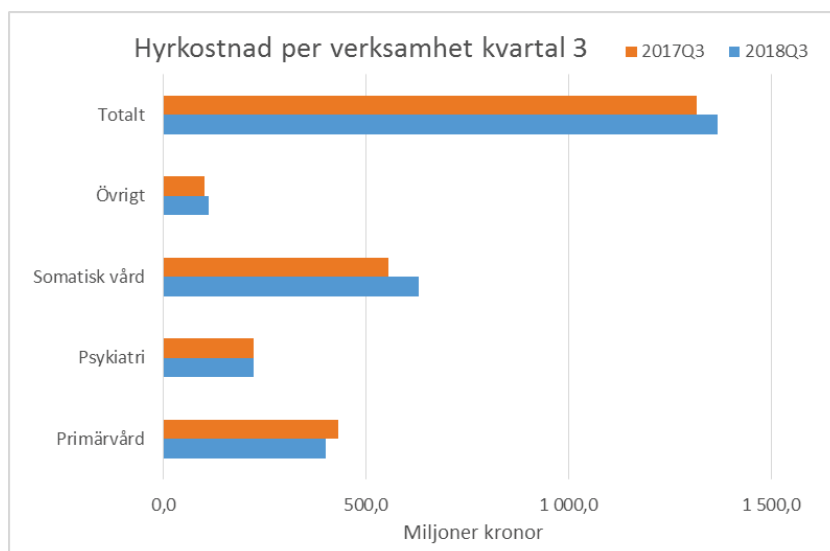
Inhyrning av läkare har varit i fokus länge. Utvecklingen senaste åren har varit att det som tidigare har varit en fråga om så kallade hyrläkare nu har utökats till att gälla fler yrkesgrupper, främst sjuksköterskor. Flera landsting beskriver en liknande utveckling där inhyrning av läkare är ett gammalt 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



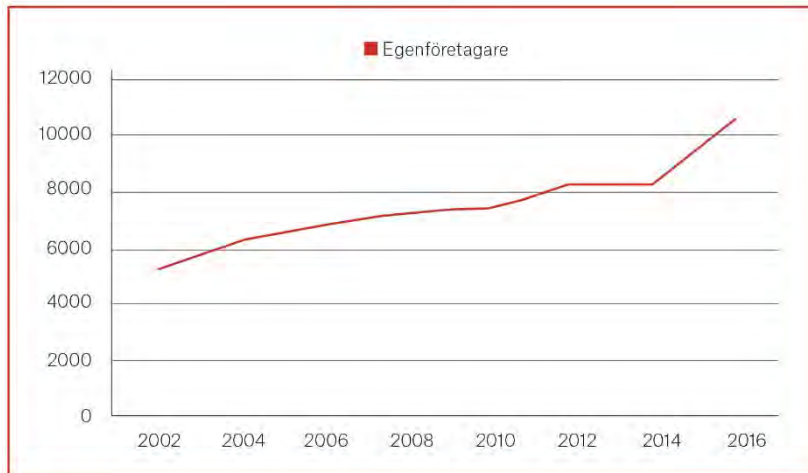
rapport om effekter av dessa ändringar uppger Sveriges läkarförbund att de har märkt av en förändring på så sätt att färre medlemmar hör av sig till dem på grund av att de upplevt problem med att Skatteverket betraktar dem som anställda (Skatteverket 2013).

#### *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



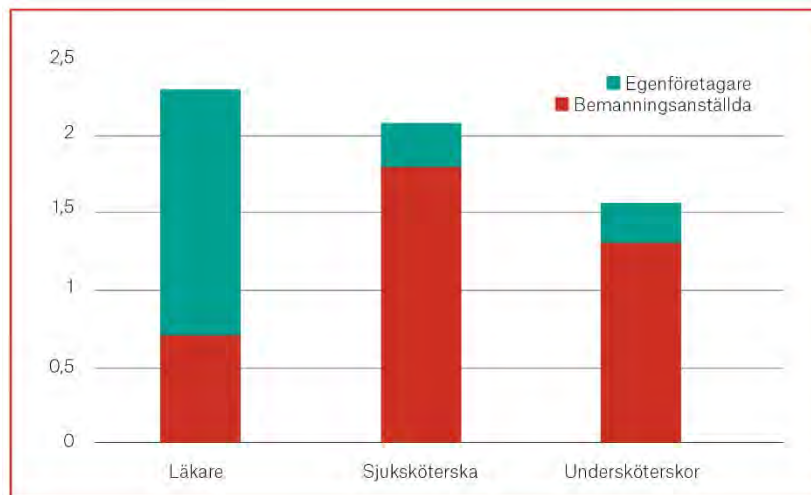
Källa: SCB AKU.

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 landsting 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. Auktorisation 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 uppmärksammade 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 beroendesituation 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 provas 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 avtalstroheten 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.

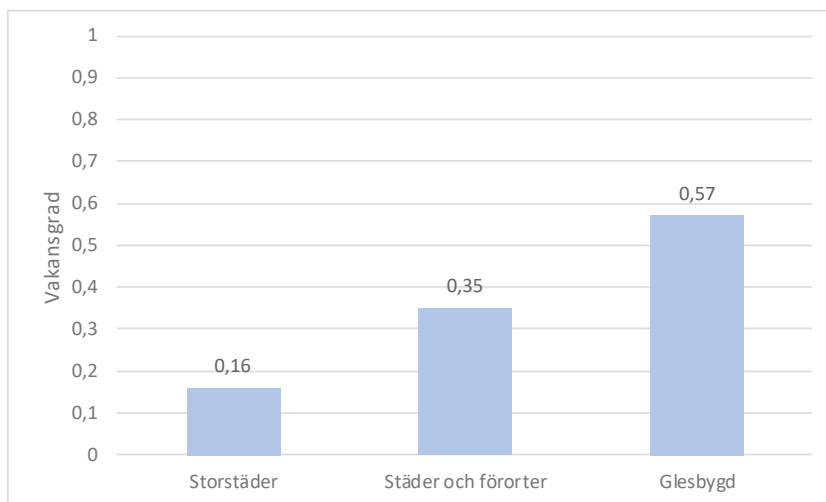


## 14.6 Vårdcentraler i glesbygd har större problem att fylla läkarvakanser

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.

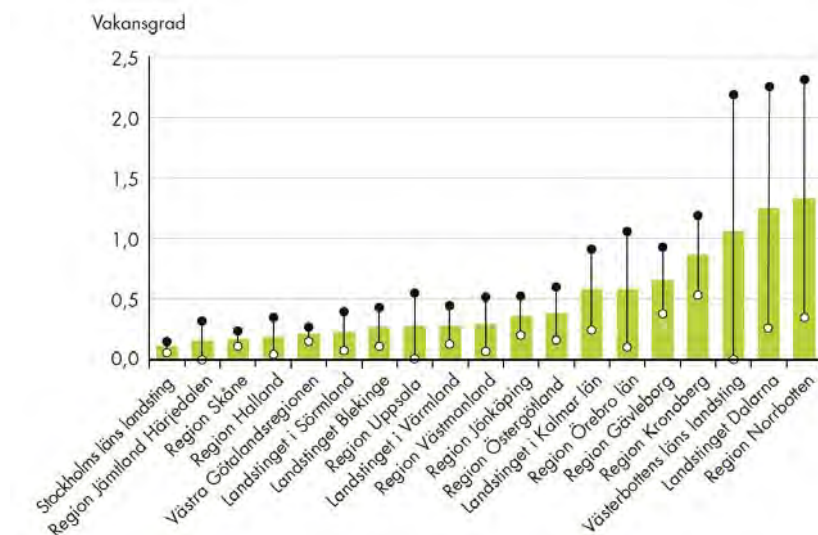
**Figur 14.6** Vakansgrad i storstäder, städer och förorter samt glesbygd

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

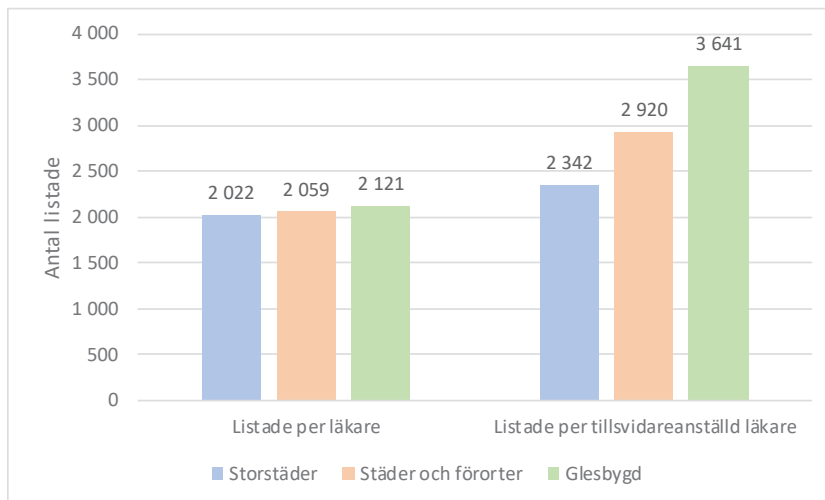


Källa: Vårdanalys 2018a.

#### 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.

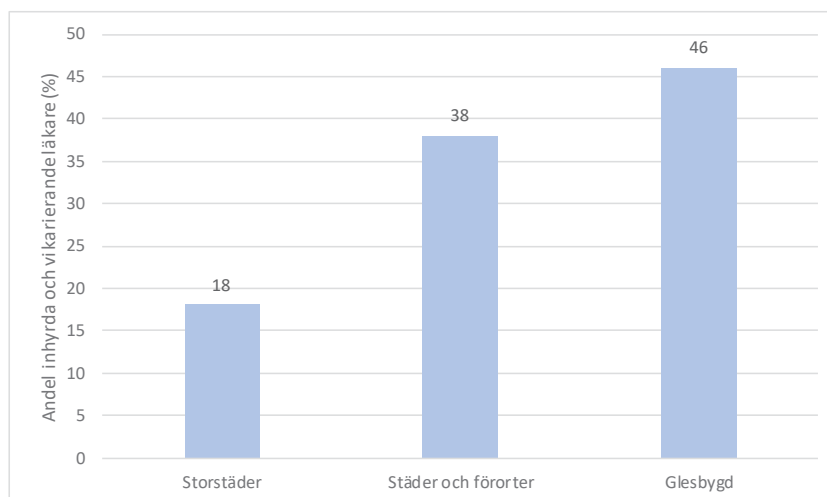
Läkarnas specialiseringsgrad skiljde sig dock inte nämnvärt mellan glesbygd och städer (Vårdanalys 2018a). Däremot hade vårdcentraler i både glesbygd samt städer och förorter, i lite högre utsträckning än storstäder, andra specialister än i specialister i allmänmedicin bland personalen. Detta kan vara 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 arbets-situation, 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 arbetsätt, 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 konkurrensfördelar 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 specialistinriktning

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 servicevärd" 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 arbets sätt 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 patientsäkerhetssituationer. Pristaket kombinerades med flera andra policyer såsom nya ramavtal. NHS Improvement initierade utveckling och erfarenhetsutbyte vad gäller bästa metod för exempelvis intern resursbemanning, 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 anställda 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 inhyring 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 specialisteriktningar 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

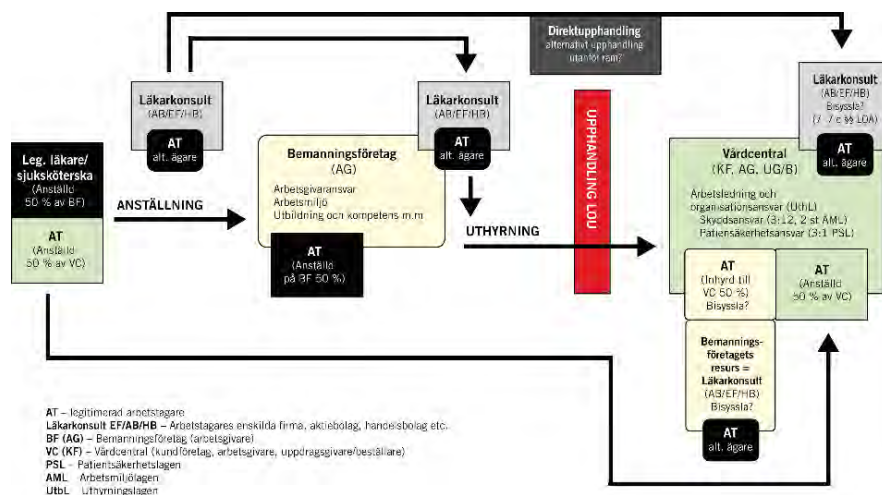
Det finns många företag inom bemanningsbranschen som verkar inom vård och omsorg. Det är svårt att få en god överblick. Dessutom arbetar många läkare och även sjuksköterskor som egenföretagare som hyr ut sig själva.

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 (UKÅ 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 arbetstagarnas, 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 studielånskulder 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. Nämnade prognoser jämte senaste årens utveckling inom hyrområdet ger anledning att tro att om inga mer dramatiska åtgärder vidtas så kommer inhyrningsbehovet 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.
- Risken 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 marknadskontroll

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 problem 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 utjämningsystemet. I denna fråga ser vi dock att utjämning 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 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.

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 utbetalat 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 servicenärvaromen 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 regleras de själva via avtal.

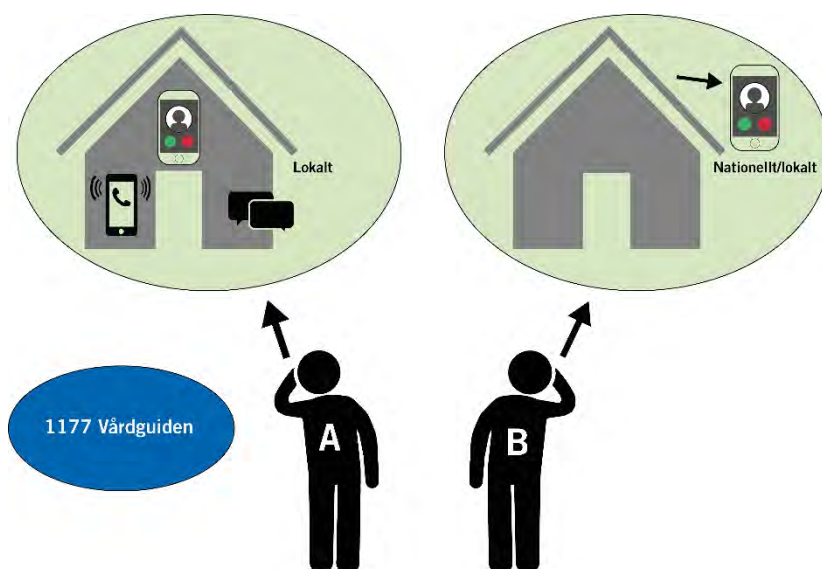
Patientens fria val av utförare kommer visa vilka lösningar som värdesätts mer än andra.

Det är av yttersta vikt att informationsintegrationen fungerar. Alla som har kontakt med en patient, oavsett om det är vårdvalsföraren 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 ersättningssystemen.

**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 vården. 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

företråde – 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 arbetsituation 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 resursatt 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 arbetssätten 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 arbetssättet 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 arbetsätten. 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 arbetsätten 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.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> 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 vårdvalsinformation*

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 ersättningsystemen, 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 vårdvalet 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 spann som 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 utförarens totala lista är föremål för dialog med huvudmannen och i vissa landsting verkar det saknas samrådisklausuler om avtalsförutsättningarna och dialogmöjligheter.

Det dominerande ersättningsystemet 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 utförarens 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 utförares 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 ojämlik 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 späs 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 nedläggningar. 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 arbetssätt. 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 utpräglad 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 ansvarutkrävande är det viktigt att i det fall en individ väljer vård i annat landsting än hemlandstinget, att de förstår att deras möjlighet till politiskt ansvarutkrävande 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 övrig 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.

#### *Skillnader 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 underleverantörstjänster 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 brådsakande 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 följdåtgärder 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 jämlikt 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 böttna 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 vårdvals-system 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 vårddygn 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) anförts 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.

*Jämlikhetskäl 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 ersättningsystemen mellan landstingen är stora och kan inte förklaras. Ersättningsystemen 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 ersättningsystemen 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 offentliga 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 ersättningssystemet. 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 diagnosättning 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 sjuväntades 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 ersättningsarna 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 ersättningsystem. 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 ersättningsystem* 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 uppdragen 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 förutsättningar 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 uppdragens 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 trögrörigt 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 provningar.

## 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 erfårit 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, få 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 välfärdscommissionen 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 välfärdscommission 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 kompensationen 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 tillkännan-

givanden till regeringen. Senast i april 2019 föreslog socialutskottet att riksdagen bör rikta ett tillkännagivande till regeringen om att låta utreda huvudmannaskapet 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 starkt 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 huvudmannaskapet 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-runtkontakt, 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

- Ersättningsystemen 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 avvisats 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, samhällsekonomin 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 arbetsätten, 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 arbetsätten 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 vårdvalsutförare 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 noga följas med fokus på tillgänglighet och ojämlikhet. Det är oundvikligt att helt suddat 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 vårdvalets 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 digitala 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 vårddvalet 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 får 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 fortsätta 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 utomlänsbesök 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 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 arbetssätt, 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 arbetssättet 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.

Förslagets 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 välfärdscommissionen 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 välfärdscommissionen utreda frågan är att bredda frågan från enbart vård till hela välfärden. Eftersom förslaget innebär att välfärdscommissionen 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 välfärdscommissionen 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 utredningens 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 uppdraga 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/](http://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 ersättningsystemen 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
<b>Summa</b>	<b>-1 685 878 736</b>	<b>-740 001 584</b>	<b>205 875 570</b>

*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 landstingen 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 slutna vård. 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 vårdvalet, 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
Norrbottn	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
Götland	713 %	1 187 310	650 %	44 200	275 %	53 240
<b>Totalsumma</b>	<b>340 %</b>	<b>257 985 550</b>	<b>321 %</b>	<b>6 898 550</b>	<b>126 %</b>	<b>10 225 790</b>

### **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 lättas.

### *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 nätläkarbolagens 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 vårdvalssystemet.

- 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 landstingens 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 rymms 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 ersättningsystem, 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, ökade 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 ryms 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 vårdvalsreformen	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 genomsyrar 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 ersättningssystemen 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 arbetsätt. 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. Utredningens 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 arbetssätt 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 vårdvalet 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 alltså 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 vårdvalskontrakt enligt LOV alternativt har ett vårdkontrakt enligt LOU, eller
- utgörs av landstingets egna regi inom ramen för vårdvalssystemet.

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. Patienten 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 vårdvals-systemen 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. utomlänbestämmelsen, 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 vällovt 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 kvalité 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 egenregiverksamhet 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 kapitlen och förslagen om inhyrd personal i vården behandlar utredningen översiktligt vårdmomsen. Förändringar av momslagtiftningen 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 momslagen 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 Välfärdsutredningen.
- 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: *Arvoden 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 valfribetssystem*.
- 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 Joonas, 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, 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, socioeconomics, 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](http://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](http://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](http://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 utomlännersättningar 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 Hälso- 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](http://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 vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets 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 vård fakta*. 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/](http://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/](http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2019/07/regeringen-<br/>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.5.22501d9e166a8cb  
399f15.html](http://www.skatteverket.se/omoss/press/pressmeddelanden/2018/2018/<br/>momsskabetalasviduthyrningavvardpersonal.5.22501d9e166a8cb<br/>399f15.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](http://www.svd.se/nya-foretagsregler-har-okat-skatteplanering)
- Andersson, Klas (2010). Uthyrd personal ser vändning. *Svenska Dag-  
bladet*. 2010-01-17. [www.svd.se/uthyrd-personal-ser-vandning](http://www.svd.se/uthyrd-personal-ser-vandning).
- Apel Röstlund, Johan (2017). Över 500 läkare i upprop mot arbets-  
miljö i Skåne. *Arbetaren* 2017-04-28.  
[www.arbetaren.se/2017/04/28/over-500-lakare-i-upprop-mot-  
arbetsmiljo-i-skane/](http://www.arbetaren.se/2017/04/28/over-500-lakare-i-upprop-mot-<br/>arbetsmiljo-i-skane/)
- Arvidsson, Joel (2018). Personalbrist ger miljarder för bemannings-  
bolag. *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](http://www.svd.se/lakarna-slits-ut-i-<br/>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](http://www.dagenssamhalle.se/debatt/varden-klarar-sig-inte-utan-<br/>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](http://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/](http://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/](http://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/](http://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/](http://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.
- Utredda 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 Ägarprovningensutredningen 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. Slutna 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 ersättningssystem 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 diagnosättningen 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.
- Utredda 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 Ägarprovningensutredningen 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 regeringssammanträde 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
Norrbottn	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
<b>Summa</b>	<b>-1 685 878 736</b>	<b>-740 001 584</b>	<b>205 875 570</b>



## 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 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.

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 ersättningssystem**

	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
<b>Totalt</b>				<b>275 109 890</b>		<b>207 000 000</b>

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

Utomlänspatienters ersättning för läkarbesök varierar mellan landstingen. Underlaget nedan är hämtat från "Primärvårdens ersättningsmodeller 2019" (SKL 2019c) och avser läkarbesök. Den av SKL

rekommenderade utomlänssättningen 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 överenskommit 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 könt 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
<b>Totalsumma</b>	<b>527 525</b>	<b>333 917 350</b>	<b>141 711 040</b>	<b>136 %</b>	<b>192 206 310</b>	<b>75 931 800</b>	<b>340 %</b>	<b>257 985 550</b>

### Beräkning av ersättning för psykologbesök

Jämförelsen görs för digitala psykologkontakter som ersattes som utomlänskontakter under 2018. Dessa beräkningar bygger på antaganden. Den av SKL rekommenderade utomlänserättningen 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 utomlänbesök 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 utomlänbesök hos psykolog likställs med digitalt inomlänbesök 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 utomlänbesök hos psykolog likställs med digitalt inomlänbesök 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 Jönköping 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 (olista)	Merkostnad för hem-landstinget i kronor (olista)
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
<b>Totalsumma</b>	<b>15 646</b>	<b>9 044 400</b>	<b>3 818 686</b>	<b>137 %</b>	<b>5 225 714</b>	<b>2 145 650</b>	<b>321 %</b>	<b>6 898 550</b>

### 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. Efter-som 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 inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hemlandstinget (olistad)	Merkostnad för hemlandstinget i kronor (olistad)	Uppskattad kostnad om listad patient hade gjort digitalt inomlänsbesök	Procentuell merkostnad för hemlandstinget (listad)	Merkostnad för hemlandstinget i kronor (listad)
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	0	3 030 600
Skåne	10 217	3 065 100	943 108	225 %	2 121 992	0	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	0	346 800
Värmland	1 477	443 100	340 846	30 %	102 253	0	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	390 739	8 %	32 562	155 210	173 %	268 090
Örebro	1 472	441 600	0		441 600	0	0	441 600
Dalarna	1 209	362 700	0		362 700	0	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	0	253 800
Västerbotten	882	264 600	0		264 600	0	0	264 600
Norrbottnen	798	239 400	0		239 400	159 600	50 %	79 800
Kronoberg	774	232 200	212 552	9 %	19 648	0	0	232 200
Blekinge	541	162 300	49 939	225 %	112 362	0	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
<b>Totalsumma</b>	<b>63 871</b>	<b>18 336 900</b>	<b>8 413 200</b>	<b>118 %</b>	<b>9 923 700</b>	<b>8 111 110</b>	<b>126 %</b>	<b>10 225 790</b>

### **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)	
Blekinge	150	100	Minskning	Oförändrat	150
Dalarna	200	150	Minskning	Minskning	100
Gotland	200	200	Minskning	N/a	80
Gävleborg	200	200	Minskning	Minskning	200
Halland	200	100	Minskning	Oförändrat	150
Jämtland Härjedalen	300	300	Minskning	Minskning	300
Jönköping	250	250	Minskning	Minskning	150
Kalmar	200	200	Minskning	Minskning	0
Kronoberg	150	100	Minskning	Oförändrat	0
Norrbottnen	200	200	Minskning	Minskning	200
Skåne	200	0	Minskning	Ökning	0
Stockholm	200	100	Minskning	Oförändrat	250
Sörmland	0	0	Ökning	Ökning	200
Uppsala	150	150	Minskning	Minskning	313
Värmland	200	200	Minskning	Minskning	0
Västerbotten	200	200	Minskning	Minskning	200
Västernorrland	200	200	Minskning	Minskning	N/A
Västmanland	140	140	Minskning	Minskning	110
Västra Götaland	100	50	Oförändrat	Ökning	N/A
Örebro	150	100	Minskning	Oförändrat	114,8
Östergötland	200	200	Minskning	Minskning	200



**Tabell 1a Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Halland, Blekinge, Sörmland, Norrbotten, Stockholm, Jönköping och Västra Götaland**

Specifik frågeställning	Sammanfattning*						Västra Götaland
	Halland	Blekinge	Sörmland	Norrbotten	Stockholm	Jönköping	
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis
Kapiterings andel av total ersättning	90 %	90 %	59 %	66 %	61 %	i.u.	80 %
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	Ålder och kön	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder	Nej	Ålder och kön
Läkemedelsersättning	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja
Målbaserad ersättning	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Viten vid uppnådda mål	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej
Glesbygdstillägg	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Grundläggande krav på god vård i FFU	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att följa vårdgarantin	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	Nej	Nej	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 avs. 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 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	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
Konkreta krav/mål avs. individanpassad vård	12 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej
Konkreta krav/mål avs. effektiv vård	14 av 21	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Konkreta krav/mål avs. kunskapsbaserad vård	9 av 21	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej
Konkreta mål avs. 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
Kapiteringsandel av total ersättning	71 %	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.	i.u.
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	Nej	Ålder	Ålder	Nej	Ålder	Nej	Ålder
Läkemedelsersättning	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej
Målbaserad ersättning	Ja	Ja	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Viten vid ouppnådda mål	Nej	Nej***	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Glesbygdstillägg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	Nej	Ja	Nej	Nej	nej	Nej	Ja
Kostnadsansvar för patient som besöker annan VC	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Ersättning för utbildningsinsatser (ex. ST-utbildn.)	Nej	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Grundläggande krav på god vård i FFU	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på att följa vårdgarantin	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	Ja	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 lägstnivå.

**Tabell 1c Kartläggning av förfrågningsunderlag för vårdvalssystem 2019, Värmland, Västerbotten, Västernorrland, Västmanland, Västmanland, Örebro, Gotland och Östergötland**

Specifik frågeställning	Sammanfattning*						Östergötland
	Värmland	Västerbotten	Väster-norrland	Västmanland	Örebro	Gotland	
Hur ofta betalas kapiteringsersättning ut?	i.u.	Månadsvis	Månadsvis	i.u.	Månadsvis	Månadsvis	Månadsvis
Kapiterings andel av total ersättning	i.u.	ca 87 %	84 %	80 %	i.u.	i.u.	i.u.
Viktning av ersättningen i rel. till demografi	17 av 21	Ålder och kön	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder	Ålder**
Läkemedelsersättning	14 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Viktning enligt Adjusted Clinical Groups ACG	13 av 21	Ja	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Viktning enligt socioekonomi (CMI, Mosaik etc.)	20 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Ersättning efter täckningsgrad	10 av 21	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Målbaserad ersättning	14 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Viten vid ouppnådda mål	6 av 21	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Glesbygdstillägg	13 av 21	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
Kompensation för patienter med avgiftsfrihet	7 av 21	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
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	Ja	Ja	Ja	VC kan an-söka om stöd	Ja	Ja
Grundläggande krav på god vård i FFU	19 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Krav på att följa vårdgarantin	18 av 21	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar (telefon och fysiskt)	21 av 21	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Krav på kontaktvägar utöver fysisk och telefon?	18 av 21	Ja	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. jämlig 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 detaljplanläggning. 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 förtydligat 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 utökat 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 avståndsbasead 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 avståndsbasead och färdmedelsneutral 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 antidopningsarbete. [24]
- Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället.  
+ Demokrativillkor för bidrag till civilsamhället. Vägledning för handläggare. [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]

12

Svar på remissen Avfallsplan  
för Örebro kommun

19RS9132



## Yttrande över remiss av avfallsplan för Örebro kommun

### Förslag till beslut

Regionstyrelsen beslutar

att förslaget till yttrande godkänns som Region Örebro läns remissvar till Örebro kommun.

### Sammanfattning

Varje kommun ska enligt miljöbalken ha en avfallsplan, beslutad av kommunfullmäktige, med syfte att minska avfallsets mängd och farlighet. Örebro kommun har under 2018-2019 arbetat fram ett förslag till ny avfallsplan med syfte att på sikt nå en cirkulär ekonomi där konsumtionen inom Örebro kommuns gränser håller sig inom ramen för en planet. Förslaget har nu skickats på remiss och Region Örebro län har inbjudits att lämna synpunkter på denna.

Region Örebro län har tagit del av det remitterade förslaget och lyfter i yttrandet ett välfungerande samarbete med kommunen kring plockanalyser på restavfall från Universitetssjukhuset och ett antal vårdcentraler. Plockanalyserna genomfördes under hösten 2019 och resultaten förväntas vara ett betydande stöd i arbetet för att nå Region Örebro läns mål om minskade avfallsmängder och ökad återvinningsgrad. Region Örebro län kommer sannolikt att vilja följa upp undersökningen efter att åtgärder genomförts. Då arbetsinsatsen från Örebro kommun var avgörande för att plockanalyserna kunde genomföras hoppas Region Örebro län på ett fortsatt samarbete på området.

Vidare önskar Region Örebro län gärna samverka med Örebro kommun gällande informations- och kommunikationsinsatser för att förebygga avfall och främja cirkulära flöden. Region Örebro län har som offentlig verksamhet och som Örebro kommuns näst största arbetsgivare goda möjligheter att bidra till att höja den kollektiva kunskapen och handlingskompetensen kring avfallshantering och cirkulär ekonomi.

Tjänsteställe, handläggare  
Staben Hållbar utveckling, Karin Runnels

Sammanträdesdatum  
2020-01-28

**FöredragningsPM**  
Dnr: 19RS9132

### **Bedömning**

Region Örebro län bedömer att förslagna mål och åtgärder är relevanta och, under förutsättning att de genomförs, tillräckliga för att möta Agenda 2030 samt mål från EU och nationella miljömål.

### **Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven**

Avfallsplanens syfte är en hållbar konsumtion vilket är gynnsamt ur miljö- och barnperspektiv. Jämställdhetsperspektivet har inte analyserats.

### **Ekonomiska konsekvenser**

Beslutet innebär inga ekonomiska åtaganden för Region Örebro län.

### **Beslutsunderlag**

FöredragningsPM till regionstyrelsen den 28 januari 2020.

Förslag till yttrande.

Preliminär avfallsplan 2020. Örebro kommuns bidrag till en cirkulär ekonomi – remissversion oktober 2019.

Rickard Simonsson  
Regiondirektör

### **Skickas till:**

Örebro kommun via [kommun@orebro.se](mailto:kommun@orebro.se)

Tjänsteställe, handläggare  
Staben Hållbar utveckling, Karin Runnels

Sammanträdesdatum  
2020-01-28

Beteckning  
Dnr: 19RS9132

Er beteckning  
Ks 1037/2017

Örebro kommun,  
kommunstyrelseförvaltningen@orebro.se

## Yttrande över remiss av avfallsplan för Örebro kommun

Region Örebro län har inbjudits att lämna synpunkter på remissversionen av Örebro kommuns nya avfallsplan ”Preliminär avfallsplan 2020. Örebro kommuns bidrag till en cirkulär ekonomi”.

### Bakgrund

Varje kommun ska enligt miljöbalken ha en avfallsplan, beslutad av kommunfullmäktige, med syfte att minska avfallens mängd och farlighet. Planen hanterar såväl det geografiska perspektivet med hushållsavfall och nedskräpning som det organisatoriska med avfall från kommunala verksamheter.

Örebro kommun har under 2018-2019 arbetat fram ett förslag till ny avfallsplan med syfte att på sikt nå en cirkulär ekonomi där konsumtionen inom Örebro kommuns gränser håller sig inom ramen för en planet. Det innebär att det i den nya planen, utöver att minska nedskräpning och återvinna befintligt avfall, läggs mycket fokus på hur avfall kan undvikas genom delning, hyrning, byten och återbruk.

Förslaget till avfallsplan har tagits fram med hjälp av fyra arbetsgrupper, tre mindre medborgar-/föreningsdialoger och vissa enskilda avstämningar med verksamheter som berörs av enskilda åtgärder. Kommunstyrelsen har nu remitterat förslaget för att få synpunkter på helheten. Kommunstyrelsen önskar också svar på frågorna:

- 1) Anser ni att mål och åtgärder är relevanta och tillräckliga för att möta Agenda 2030 samt mål från EU och nationella miljömål?
- 2) Kan ni bidra till en cirkulär ekonomi, i samverkan med Örebro kommun, på något sätt som inte är identifierat i avfallsplanen.

## Region Örebro läns synpunkter

Region Örebro län har tagit del av det remitterade förslaget till avfallsplan och är av uppfattningen att mål och åtgärder är relevanta och tillräckliga för att möta Agenda 2030 samt mål från EU och nationella miljömål.

Gällande samverkan för en cirkulär ekonomi har plockanalyser på restavfall från Universitetssjukhuset och ett antal vårdcentraler inom Örebro kommun genomförts under hösten 2019. Insamlingen av avfall för analys samordnades med hjälp av kommunen, som också bidrog med värdefullt kunskapsstöd inför planeringen av plockanalyserna. Resultaten från analyserna förväntas vara ett betydande stöd i arbetet för att nå Region Örebro läns mål om minskade avfallsmängder och ökad återvinningsgrad. Region Örebro län kommer sannolikt att vilja följa upp undersökningen efter att åtgärder genomförts. Då arbetsinsatsen från Örebro kommun var avgörande för att plockanalyserna genomfördes hoppas Region Örebro län på ett fortsatt samarbete på området.

Vidare önskar Region Örebro län gärna samverka med Örebro kommun gällande informations- och kommunikationsinsatser för att förebygga avfall och främja cirkulära flöden. Region Örebro län har som offentlig verksamhet och som Örebro kommuns näst största arbetsgivare goda möjligheter att bidra till att höja den kollektiva kunskapen och handlingskompetensen kring avfallshantering och cirkulär ekonomi.

För Region Örebro län

Andreas Svahn  
Ordförande i regionstyrelsen

Rickard Simonsson  
Regiondirektör

**Från:** [julia.taavela@orebro.se](mailto:julia.taavela@orebro.se)  
**Till:** [kontakt@ftiab.se](mailto:kontakt@ftiab.se); [orebro@lansstyrelsen.se](mailto:orebro@lansstyrelsen.se); [Region Örebro län](mailto:Region Örebro län); [ros.orebrolan@gmail.com](mailto:ros.orebrolan@gmail.com)  
**Ärende:** Remiss - förslag till Avfallsplan 2020 för Örebro kommun  
**Datum:** den 7 november 2019 11:34:52  
**Bilagor:** [Kommunstyrelsens utskott för hållbar utveckling 2019-10-15 \(2019-10-15 KSU §57\).docx](#)  
[Följebrev remiss avfallsplan.pdf](#)

---

Hej!

Kommunstyrelsens utskott för hållbar utveckling beslutade på sitt sammanträde den 15 oktober 2019 att skicka förslag till avfallsplan för Örebro kommun på remiss. Bifogat finner ni följebrev inklusive sändlista samt protokollsutdrag. Sista svarsdag är den 31 januari 2020.

Avfallsplanen finns på vår hemsida: <https://www.orebro.se/kommun--politik/demokrati-dialog--paverkan/medborgardialog/pagaende/2019-10-17-tyck-till-om-hur-avfall-och-nedskrapning-kan-minska.html>

Vänliga hälsningar

.....

Julia Taavela  
Kommunsekreterare  
Örebro kommun  
Kommunstyrelseförvaltningen

019-21 49 96  
[julia.taavela@orebro.se](mailto:julia.taavela@orebro.se)

Box 30000, 701 35 Örebro  
Besöksadress: Drottninggatan 9

Servicecenter: 019-21 10 00  
Webbplats: [orebro.se](http://orebro.se)  
[Twitter.com/orebrokommun](https://twitter.com/orebrokommun)  
[Facebook.com/orebrokommun](https://facebook.com/orebrokommun)

## Remiss av Avfallsplan för Örebro kommun

### Bakgrund

Varje kommun ska enligt Miljöbalken ha en avfallsplan, beslutad av kommunfullmäktige, med syfte att minska avfallets mängd och farlighet. Planen hanterar såväl det geografiska perspektivet med hushållsavfall och nedskräpning som det organisatoriska med avfall från kommunala verksamheter.

Det finns två åtgärder (nr 5 och 6) som berör samtliga kommunala nämnder. Utöver att minska nedskräpning och återvinna befintligt avfall läggs nu mycket fokus på hur avfall kan *undvikas* genom delning, hyrning, byten och återbruk.

Förslaget till avfallsplan har tagits fram med hjälp av fyra arbetsgrupper, tre mindre medborgar-/föreningsdialoger och vissa enskilda avstämningar med verksamheter som berörs av enskilda åtgärder. Nu vill Kommunstyrelsen ha synpunkter på helheten av förslag till avfallsplan.

### Remissens frågor

Planen utgörs av s. 5–17. En nulägesbeskrivning och resultat av omvärldsanalys ges på s. 18-45.

Structor miljöteknik AB har gjort en miljökonsekvensbeskrivning (MKB) av förslag till Avfallsplan. Syftet med MKB:n är att beskriva och bedöma de direkta och indirekta miljöeffekter som ett genomförande av avfallsplanen kan antas medföra. MKB:n ska även ange hur planen kan påverka uppfyllandet av de globala målen för hållbar utveckling och de nationella miljökvalitetsmålen. MKB:n behöver *inte* granskas och kommenteras av remissinstanserna eftersom den är konsultens bedömning. Den är med som ett kompletterande underlag.

### **Frågor till kommunala nämnder och styrelser**

- 1) Sidan 7–14 listar mål och åtgärder där åtgärderna har utpekade nämnder med ansvar för genomförande. Bedömer ni inriktning och tidplan som genomförbar för er nämnds åtgärder?
- 2) Till åtgärden finns också en bedömning av om genomförandet av åtgärden ryms inom befintlig budgetram samt hur den genomförda åtgärden kommer påverka berörda nämnders driftsekonomi. Delar ni bedömningen av ekonomiska förutsättningar?
- 3) I övrigt efterfrågar Kommunstyrelsen allmänna förbättringar eller eventuella luckor i förslaget till avfallsplan.

### **Frågor till privata fastighetsägare**

Fastighetsägare är viktiga aktörer som kan möjliggöra för sina hyresgäster att bidra till en cirkulär ekonomi. Det kan röra allt från den dagliga möjligheten att källsortera förpackningar nära sin lokal/bostad, till att byggavfall minimeras genom förebyggande och återbruk vid investeringar och underhåll av fastigheten, eller att hyresgästerna ges förutsättningar för delning av resurser som används sällan.

- 1) Se mål C och D på s. 8–9. Vi hoppas att ni också arbetar mot liknande målsättningar vid investeringar i nybyggnation eller ombyggnation. Finns det något som hindrar er att jobba mot liknande mål, som ligger inom kommunens makt att påverka?
- 2) Se mål J-M på s. 11–12. Finns det något kommunen kan göra för att underlätta för er att bidra till dessa måls uppfyllelse?
- 3) Utemiljöer fria från skräp är ett gemensamt intresse för alla. Har ni förslag på vad kommun och fastighetsägare, eller andra i samverkan, kan göra för att minska nedskräpningen? Förebyggande åtgärder är av särskilt intresse.
- 4) Har ni goda exempel som ni vill dela med er av som ni tror vore intressant för fler fastighetsägare? Det kan röra förebyggande, återbruk, materialåtervinning eller skräpförebyggande.

### **Frågor till övriga externa parter**

- 1) Sidan 7–14 listar mål och åtgärder för kommunala verksamheter. Anser ni att mål och åtgärder är relevanta och tillräckliga för att möta Agenda 2030 samt mål från EU och nationella miljömål (se s. 5–6).
- 2) Kan ni bidra till en cirkulär ekonomi, i samverkan med Örebro kommun, på

något sätt som inte är identifierat i avfallsplanen?

## Att svara

Sista svarsdag är 31 januari 2020. Kontakta Servicecenter om du behöver ett tryckt exemplar. Vi ser gärna att svar skickas med e-post till adressen [kommun@orebro.se](mailto:kommun@orebro.se). Ange ärendenummer Ks 1037/2017 i ämnesraden. Remissvar med vanlig post skickas till Örebro kommun, Box 30 000, 701 35 Örebro.

## Sändlista

Kommunala nämnder  
Vuxenutbildnings- och arbetsmarknadsnämnden  
Landsbygdsnämnden  
Programnämnd barn och utbildning  
Förskolenämnden  
Grundskolenämnden  
Gymnasienämnden  
Programnämnd samhällsbyggnad  
Byggnadsnämnden  
Fritidsnämnden  
Kulturnämnden  
Miljönämnden  
Tekniska nämnden  
Programnämnd social välfärd  
Funktionsstödsnämnden  
Hemvårdsnämnden  
Socialnämnden  
Vårdboendenämnden  
Överförmyndarnämnden

Kommunala bolag  
Futurum Fastigheter AB  
Örebrobostäder AB  
Örebrokompaniet AB  
Örebro parkering AB



## Örebroporten fastigheter AB

Externa parter  
Förpacknings- och tidningsinsamlingen  
Länsstyrelsen i Örebro län  
Region Örebro län  
Regional omställning i samverkan i Örebro län

*Lokala fastighetsägare med minst en anställd samt avfallsabonnemang i Örebro kommun:*

1 Hem Fastigheter AB  
Abramssons Fastighets Aktiebolag  
Aktiebolaget Carlsson & Åqvist  
Aktiebolaget Husherren Fastigheter  
Anders Ivarsson Aktiebolag  
Asplunds Fastigheter i Örebro AB  
Behrn Fastigheter Aktiebolag  
Bergslagens Fastighets Aktiebolag  
Dealbator Fastigheter AB  
Egeryds Fastigheter Aktiebolag  
Egeryds Fastigheter Karlskoga AB  
Emil P & Co AB  
Ervallahus Aktiebolag  
Expenser Förvaltning AB  
Fastighets AB L E Lundberg  
Finfast Aktiebolag  
Förvaltnings Aktiebolaget Enen  
Guggelito AB  
Hagaby Förvaltning AB  
Hjälmarsnäs Förvaltning AB  
In Frigore AB  
Industriporten AB  
Jan Gustafsson Bygg & Fastigheter AB  
John Ekströms Bygg Aktiebolag  
Karaffen Förvaltnings Aktiebolag  
Lejbo Fastigheter AB  
Lejdaren Aktiebolag  
Lg Söderberg Bostad AB  
Länsgården Fastigheter Aktiebolag

Lärkehus AB  
Melins Fastighetsförvaltning Aktiebolag  
Meritaten Fastighets AB  
Mys Faktor Sverige AB  
Nitre Fastighets AB  
Närke Hus i Örebro Aktiebolag  
O Pettersson Fastigheter i Örebro AB  
Op Cityfastigheter AB  
Op Fastigheter i Örebro AB  
Ormbunken Förvaltning Aktiebolag  
Pg Jönsson Fastigheter AB  
Pgop Fastigheter Aktiebolag  
Premera Aktiebolag  
Proventum AB  
Päronet i Nora Stad Aktiebolag  
Ragnarsson Fastigheter Aktiebolag  
Rc Personalservice AB  
Statens Bostadsomvandling AB Sbo  
Stenebostäder AB  
Stigsdotter Fastighets AB  
Stridh Fastigheter i Skänninge AB  
Sunnermark Fastigheter AB  
Svenska Kulturfastigheter AB  
Svenska Kyrkans Bostäder i Örebro AB  
Systarna Hermansson Fastighetsförvaltning AB  
Södermalmstornet AB  
Tectorum Fastigheter AB  
V.S.O.P Örebro AB  
Vasallen Strängnäs Bostad AB  
Weno AB  
Vira Fastigheter AB  
Vivida Assistansboende AB  
Örhus Invest Aktiebolag

# Preliminär avfallsplan 2020.

Örebro kommuns bidrag till en cirkulär ekonomi  
- remissversion oktober 2019

## Sammanfattning

Skriv sammanfattning här

REMISS

## Innehåll

<b>Syfte med avfallsplanen – en cirkulär ekonomi.....</b>	<b>5</b>
Lagar, nationella mål och Agenda 2030.....	5
Nuläge och framtagande av planen .....	6
<b>Mål och åtgärder för organisationen.....</b>	<b>7</b>
Minska avfallet .....	7
Bygg-, rivnings- och anläggningsavfall .....	8
<b>Mål och åtgärder för geografiska området .....</b>	<b>10</b>
Kunskap och kommunikation.....	10
Minska avfallet – dela, laga, återbruka .....	10
Öka återvinningen och avgifta kretsloppen.....	11
Minska nedskräpningen .....	13
<b>Koppling till andra styrdokument .....</b>	<b>14</b>
<b>Genomförande och uppföljning av planen .....</b>	<b>15</b>
<b>Konsekvensbeskrivning.....</b>	<b>16</b>
Anläggningsbehov .....	16
Avfallsflödenas utveckling .....	17
Miljökonsekvensbeskrivning .....	18
<b>Bilaga 1 – Nulägesbeskrivning .....</b>	<b>19</b>
Erfarenheter av tidigare avfallsplan.....	19
Vad genererar avfall inom kommunens gränser? .....	19
Anläggningar och insamling av avfall .....	21
Mängden avfall och hur det hanteras.....	24
Avfall från kommunala verksamheter .....	29
Nedskräpning .....	31
Kommunikations- och informationsarbete .....	32
Möjligheter att främja en hållbar produktion och konsumtion i samhället ...	34
<i>Rapporter och goda exempel</i> .....	34
<i>Kommunens roll</i> .....	38
Möjligheter för kommunkoncernens verksamheter att bidra till en cirkulär ekonomi.....	38
<i>Rapporter och goda exempel</i> .....	38
<i>Analys av interna avfallsflöden</i> .....	40
Möjligheter att minska nedskräpningen.....	42
<i>Rapporter och goda exempel</i> .....	42
<b>Bilaga 2 – Framtagandeprocess .....</b>	<b>47</b>
<b>Bilaga 3 – Guide för Resurs- och avfallshantering inom Örebro kommun .....</b>	<b>49</b>
<b>Bilaga 4 – Nedlagda deponier .....</b>	<b>1</b>
<b>Referenser .....</b>	<b>3</b>
Litteratur.....	3

REMISS

## Syfte med avfallsplanen – en cirkulär ekonomi

Syftet med avfallsplanen är att på sikt nå en cirkulär ekonomi där konsumtionen inom Örebro kommuns gränser håller sig inom ramen för en planet<sup>1</sup>. För det krävs att onödig konsumtion försvinner, att varor produceras med ren energi och av förnybara eller återvunna material, att varorna används så länge och så mycket det går genom goda konstruktioner, tjänster för delning, regelbundet underhåll och reparationer. Vidare krävs att materialet i varor som har förlorat sin funktion återvinns och att de naturliga kretsloppen inte förorenas av farliga ämnen från samhällets produktion, avfallshantering eller nedskräpning. Avfallsplanen ska visa vägen till hur vi under 2020-talet kan arbeta för att nå ett sådant samhälle.

### Lagar, nationella mål och Agenda 2030

Varje kommun ska enligt Miljöbalken (SFS 1998:808) 15 kap. 41 § ha en avfallsplan med syfte att minska avfallens mängd och farlighet. Enligt Naturvårdsverkets föreskrifter om kommunala avfallsplaner om förebyggande och hantering av avfall (NFS 2017:2) ska avfallsplanen innehålla mål och åtgärder för att förebygga och hantera det avfall som kommunen ansvarar för<sup>2</sup>. Avfallsplanen ska dessutom innehålla mål och åtgärder för att förebygga och begränsa nedskräpning.

Under 2015 antog FN:s generalförsamling 17 globala mål och 169 delmål kallad Agenda 2030 för en hållbar utveckling<sup>3</sup>. De delmål som framförallt kopplar till avfallsplanen innebär i korthet att vi behöver nå:

- Hållbara produktions- och konsumtionsmönster
- Effektivt nyttjande av naturresurser
- Halvering av matsvinn
- Miljövänlig hantering av kemikalier och avfall
- Minskad mängd avfall
- Minskad mängd marint skräp
- Information och medvetenhet för en hållbar livsstil

EU har antagit en färdplan för ett resurseffektivt Europa. De mål som har satts är till stor del redan uppfyllda i Sverige. De delmål där det 2016 fattades ett par procentenheter för att nå 2030 års nivå är materialåtervinning av plast, metall samt papper och kartong.

---

<sup>1</sup> Enligt WWF:s beräkningar av ekologiska fotavtryck, ett mått på vilken areal som krävs för att upprätthålla vår konsumtion och ta hand om koldioxiden som släpps ut, skulle det krävas cirka fyra jordklot om hela världens befolkning konsumerar som svenskar gör idag.

<sup>2</sup> Av föreskriften framgår också att "För avfall som kommunen inte ansvarar för ska avfallsplanen innehålla mål och åtgärder för att förebygga och hantera detta avfall, i den utsträckning som kommunen kan påverka detta".

<sup>3</sup> För mer information om målen, se <https://www.globalamalen.se/>

Inom ramen för Sveriges miljö kvalitetsmål<sup>4</sup> finns två etappmål som anknyter till avfall:

1. Biologisk behandling av matavfall: resurshushållningen i livsmedelskedjan ska öka genom att minst 50 procent av matavfallet från hushåll, storkök, butiker och restauranger sorteras ut och behandlas biologiskt så att växtnäring tas tillvara, där minst 40 procent behandlas, så att även energi tas tillvara senast 2020.
2. Materialåtervinning av bygg- och rivningsavfall: insatser ska vidtas så att förberedandet för återanvändning, materialåtervinning och annat materialutnyttjande av icke-farligt byggnads- och rivningsavfall är minst 70 viktprocent senast 2020. Samma mål återfinns som mål i EU:s avfallsdirektiv.

Parallellt med framtagandet av denna avfallsplan togs Örebro kommuns första hållbarhetsprogram fram som bygger på Agenda 2030. Där ingår preliminärt ett fokusområde kallat *Cirkulära och resurseffektiva Örebro* med det övergripande målet ”I Örebro nyttjas såväl befintliga resurser som nya varor och tjänster hållbart där produktion, inköp, användning och avfallshantering bibehåller Jordens resurser och främjar människors hälsa”.

## Nuläge och framtagande av planen

En nulägesbeskrivning för cirkulär ekonomi och avfallshantering i Örebro kommun ges i bilaga 1. Processen att ta fram planen beskrivs i bilaga 2.

---

<sup>4</sup> För mer information om de nationella miljö kvalitetsmålen, se <http://www.sverigemiljomal.se/miljomalen/>



# Mål och åtgärder för organisationen

## Minska avfallet

### Mål

Mål A: Restavfallet från kommunens verksamheter ska mellan 2019 och 2030 halveras<sup>5</sup>

Mål B: År 2030 ska inköpen<sup>6</sup> av begagnade inventarier ha fyrdubblats medan nyinköpen ska vara lägre än genomsnittet 2015–2019.

### Åtgärder

1: I revideringen av kommunens riktlinjer för hållbar upphandling ta med perspektiv om att där det är lämpligt kravställa återvunna och förnybara material, tillgång till reservdelar och utbytbara komponenter, samt återvinningsbarhet för att stimulera en cirkulär ekonomi.

Ansvar: Kommunstyrelsen

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Det finns såväl besparande exempel kring reservdelar och utbytbara komponenter medan förnybara material ibland kan vara kostnadsdrivande och en helhetsanalys saknas i dagsläget.

2: Se över rutiner för inventarieplanering vid nybyggnation och större renoveringar så att de mer utgår från livscykelkostnader och erfarenheter av vilka varor och material som håller länge och är funktionella i verksamheten.

Ansvar: **Kommunstyrelsen** i samverkan med de tre programnämnderna BoU, Sam, SoV, samt Vuxenutbildnings- och arbetsmarknadsnämnden.

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Besparande genom att behov av underhåll kan minska.

3: Utredda organisering av kammungemensam funktion för större flyttar samt vilken roll Överskottscentralen kan ha vid sådana tillfällen för att mer ska återbrukas samt att färre objekt som inte kan återbrukas går till lagring.

Ansvar: Kommunstyrelsen

Slutfört: *Utredning genomförs 2019 och utfallet av den avgör om eventuell följdåtgärd behöver med i avfallsplanen*

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Utredning inom ram/Svärbedömt hur kalkyl ser ut mellan kostnad för nya tjänster kontra besparing genom ökat återbruk, mindre behov av lagerytor, mm.

4: Införa en webblösning för Överskottscentralen där tillgängliga inventarier kan synliggöras och om möjligt knyta det till e-handelssystemet Marknadsplats för att underlätta internt återbruk.

Ansvar: **Vuxenutbildnings- och arbetsmarknadsnämnden**, Kommunstyrelsen.

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: *Svärbedömt hur kalkyl ser ut mellan eventuellt behov av ny tjänst kontra besparingar genom bättre användande av befintliga inventarier samt minskade utgifter för*

<sup>5</sup> Mätt som kg/anställd för hela kommunen, exklusive osorterbart grovavfall eftersom det inte kan vägas.

<sup>6</sup> Mätt som faktisk inköpskostnad i kronor för både nyinköp och begagnat.

*försörjningsstöd. Förstudie inom digitaliseringsportfölj konkretiserar 2019 kostnadskalkyl och beslut om eventuell fortsättning tas via Projektkontorets process.*

5: Alla kommunala arbetsplatser ska ha använt Guide för resurs- och avfallshantering (bilaga 3) för att ta fram och genomföra egna förbättringsåtgärder för att minska avfallet och öka återvinningen.

Ansvar: Samtliga nämnder.

Slutfört: 2023

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Besparande genom att resurser används mer effektivt, samt mindre hantering av avfall.

6: Alla kommunala arbetsplatser ska ha möjlighet till källsortering av de fraktioner som normalt uppstår varje vecka i verksamheten, såväl i lokaler där avfallet uppstår som kärl för avhämtning. Det innebär att det också behövs en kravspecifikation för källsortering vid nybyggnation och vid nya hyresavtal för kommunala verksamheter.

Ansvar: **Kommunstyrelsen** i samverkan med samtliga nämnder.

Slutfört: 2022

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Central pott på 200 tkr för inköp av nya kärl/I huvudsak kostnadsneutralt, kan eventuellt verka fördyrande på marginalen genom lokalkrav på utrymmen för avfallssortering och städning.

7: Se över riktlinjer och rutiner som berör återbruk inom organisationen i syfte att stärka hela kedjan av incitament att återbruka och göra det lätt att göra rätt. Arbetsgången vid reparationsbehov eller över-/underskott av inventarier, respektive större flyttar ska vara tydlig, enkel och kommunicerad för inköpare.

Ansvar: Kommunstyrelsen.

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Besparande genom minskade nyinköp och mindre arbetstid för att leta inventarier.

8: Se över befintlig process för elevdatorer för att hitta sätt att använda dem under längre tid än de normala tre åren. Administrativa rutiner behöver anpassas för att underlätta återbruk mellan verksamheter så att nyinköp och kostnader kan minskas.

Ansvar: Programnämnd Barn och utbildning

Slutfört: 2022

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Besparande genom minskade nyinköp.

### Löpande åtgärder

1. Kommunstyrelsen ska kontinuerligt stödja förvaltningarna i att förebygga avfall genom workshops, vägledningar och andra insatser med fokus på de största verksamheterna och de stora avfallsflödena, även med hänsyn till "osynligt avfall" från t.ex. elektronikproduktion.

## Bygg-, rivnings- och anläggningsavfall

### Mål

Mål C: I bygg- och rivningsprojekt som omfattar om- eller nybyggnation ska förberedelse för återbruk, materialåtervinning och annan återvinning (exklusive energiåtervinning) av icke farligt bygg- och rivningsavfall uppgå till minst 70 viktprocent samtidigt som mängden avfall uppgår till max 30 kg/m<sup>2</sup>. Målnivån ses över 2023 när erfarenhet av genomförda projekt finns.

Mål D: Återbruk av brukbara jordmassor ska öka.

### Åtgärder

9: Utredda flöden av överskottsmassor nu och i framtiden, vilka bergtäkter som potentiellt kan användas för återfyllnad, samt om kommunen kan underlätta en etablering för klassning och mellanlagring av jordmassor för att underlätta återbruk.

Ansvar: **Programnämnd samhällsbyggnad**, Tekniska nämnden

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Svårbedömt, utredning bör ta med kostnadskalkyler.

### Löpande åtgärder

- II. Kontinuerligt öka kunskapen om livscykelerspektiv på befintliga byggnader och infrastruktur såväl som materialval, tekniklösningar mm vid renovering och nyproduktion i syfte att effektivisera resursanvändningen och minska dess miljöpåverkan. Det kan t.ex. göras genom att använda LCC- och LCA-analyser som underlag. Gäller de tre programnämnderna (BoU, Sam, SoV), kommunala bolag, samt Tekniska nämnden.
- III. Sammanställ årlig statistik på jordmassor och asfalt, samt till vilken behandling det går. Gäller Programnämnd samhällsbyggnad, kommunala bolag, Tekniska nämnden.
- IV. Sammanställ årlig statistik på byggavfall respektive rivningsavfall per fraktion, samt till vilken behandling det går med syfte att öka kunskapen om varför avfall uppstår och hur det kan förebyggas. Statistiken ska jämföras med det nationella målet om 70 % återvinning samt riktvärdet 25-30 kg byggavfall per kvadratmeter. Gäller kommunala bolag samt Tekniska nämnden.
- V. Vid upphandling av byggtreprenader ställa krav på t.ex. sorteringsfraktioner, samt en miljöplan med mål för andel till materialåtervinning, mängd avfall per kvadratmeter, åtgärder för minskad nedskräpning samt att det redovisas till beställaren. Gäller kommunala bolag, Programnämnd samhällsbyggnad samt Tekniska nämnden.

# Mål och åtgärder för geografiska området

## Kunskap och kommunikation

### Mål

Mål E: Örebro kommuns kommunikation ska bidra till att övriga geografiska mål i avfallsplanen nås.

Mål F: Årligen ska två informations- och kommunikationsinsatser för minskad nedskräpning riktade till invånare och näringsliv genomföras.

### Åtgärder

10: Ta fram en gemensam informations- och kommunikationsstrategi för att kontinuerligt förebygga avfall, öka återbruk och återvinning samt minska nedskräpning och farligt avfall som hamnar fel. Externa aktörer inkluderas när så är relevant såsom Länsstrafiken kring nedskräpning vid hållplatser. Fler sammanhållna kampanjer och budskap över tid behövs.

Ansvar: **Kommunstyrelsen**, Tekniska nämnden, Miljönämnden.

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Omfördelning av medel inom Kommunstyrelseförvaltningen krävs för årlig kommunikation. Medel för enskilda större satsningar kan behöva sökas specifikt från Kommunstyrelsen.

11: Undersöka invånarnas attityder till och åsikter om avfallshantering.

Ansvar: Tekniska nämnden

Slutfört: Genomförs vartannat år från 2019.

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Kostnadsneutralt

### Löpande åtgärder

- VI. Kommunstyrelsen ska kontinuerligt öka kunskapen om cirkulär ekonomi, vad som krävs för att nå den, samt hur resurser och avfall praktiskt ska hanteras.
- VII. Kommunstyrelsen och Tekniska nämnden ska söka samverka med andra kommuner när det kan ge större genomslag eller på annat sätt effektivisera arbetet.

## Minska avfallet – dela, laga, återbruka

### Mål

Mål G: År 2030 har Örebro ekologiska fotavtryck minskat till 3,3 hektar/person och år (6,6 ha/person för Sverige 2014).

Mål H: Antal verksamheter som främjar återbruk och cirkulära flöden ska öka. Ett kvantitativt mål kan sättas först när en kartläggning av befintliga verksamheter har gjorts.

Mål I: Antalet delningstjänster och dess synlighet i Örebro kommun ska öka. Ett kvantitativt mål kan sättas först när en kartläggning av befintliga tjänster har gjorts.

### Åtgärder

12: Kartlägga vilka gemensamma resurser och privata initiativ till delning som förekommer i Örebro för att på lämpliga sätt kunna stötta utvecklingen av delningsekonomi.

Ansvar: Kommunstyrelsen

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Oklart vilken stöttning som kan behövas, kartläggning får klargöra behov, men det finns sannolikt ingen besparingspotential för kommunen.

13: Utreda förutsättningar för att etablera ett system för mottagning, hantering och avsättning av föremål som till följd av skicket inte kan säljas utan reparation eller liknande åtgärd.

Ansvar: **Tekniska nämnden**, Kommunstyrelsen, Vuxenutbildnings- och arbetsmarknadsnämnden

Slutfört: 2022

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Innebär sannolikt någon form av investering som kan läggas på avfallstaxan, men det finns många tänkbara upplägg. Utredning får klargöra kostnads kalkyl.

14: Etablera en samverkan med studieförbund och andra föreningar som kan bidra till att öka invånarnas intresse och kompetens att laga saker och på andra sätt minska konsumtionens miljöpåverkan.

Ansvar: Kommunstyrelsen

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Oklart vad samverkan kan leda till, men det finns sannolikt ingen besparingspotential för kommunen. Däremot kan det vara ett effektivt sätt att nå invånare.

15: Undersöka sätt att underlätta för försäljare av mat och dryck på utomhusevents att använda flergångsmaterial eller att kunden stimuleras att ha egna behållare för dryck och mat.

Ansvar: **Kommunstyrelsen** i samverkan med Örebrokompaniet.

Slutfört: 2022

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Kan vara fördyrande beroende på vilken servicenivå som väljs (t.ex. gemensam diskbil), men det kan också finnas besparande inslag med mindre avfallshantering. Beror mycket på vilket upplägg som väljs.

### Löpande åtgärder

- VIII. Kontinuerligt utifrån kommunens rådighet skapa goda förutsättningar för delning, reparation, minskat matsvinn och olika former av återbruk samt stimulera invånare att använda dessa tjänster genom t.ex. märkningar, information, aktiviteter. Gäller Kommunstyrelsen, Tekniska nämnden.

## Öka återvinningen och avgifta kretsloppen

### Mål

Mål J: Till år 2025 ska mat- och restavfallet minska med 25 procent, jämfört med 2015. För Örebro innebär det max 160 kg mat- och restavfall per person år 2025. Samtidigt ska mängden matavfall i restavfallet vara max 10 kg/person och mängden förpackningar i restavfallet max 35 kg/person.

Mål K: År 2025 är andelen farligt avfall exklusive elavfall i restavfallet mindre än 0,1 procent (år 2015 0,22 procent).

Mål L: År 2025 är andelen elavfall i restavfallet mindre än 0,2 procent (år 2015 0,47 procent).

Mål M: Öka andelen biologiskt verksamhetsavfall som återvinns genom rötning.

### Åtgärder

16: Ta fram information och vid behov genomföra utbildning för personal på Åternyttan respektive Överskottscentralen kring varor som är olämpliga att återbruka ur perspektivet att de kan innehålla farliga ämnen.

Ansvar: **Kommunstyrelsen** i samverkan med Tekniska nämnden och Vuxenutbildnings- och arbetsmarknadsnämnden

Slutfört: 2021

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Fördyrande genom att vissa varor bränns istället för att återbrukas, men omfattningen är sannolikt liten.

17: Utredda förutsättningar att erbjuda tjänsten tömning och sortering av ej säljbara objekt vid flyttar, dödsbon, vräkningar för att motverka dumpning eller återvinningsbart material i restavfall.

Ansvar: **Tekniska nämnden**, Vuxenutbildnings- och arbetsmarknadsnämnden

Slutfört: 2021

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Kan eventuellt fördyra avfallstaxan om tjänsten subventioneras, men omfattningen bedöms liten.

18: Säkerställa en tjänst som samlar in förpackat biologiskt verksamhetsavfall för rötning (utförs kopplat till löpande åtgärd IX).

Ansvar: Tekniska nämnden

Slutfört: 2023

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Neutral för kommunens ekonomi.

19: Bevaka konsekvenser av den statliga utredningen ”Giftfri och cirkulär återföring av fosfor från avloppsslam” för att säkra ett fortsatt lokalt kretslopp.

Ansvar: Tekniska nämnden

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Beror på utredningens förslag.

20: Utföra MIFO fas 1-inventering för de nedlagda deponier som kvarstår i kommunen efter inventeringen 2018.

Ansvar: Tekniska nämnden.

Tid: 2020.

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Neutral för kommunens driftsekonomi

21: Utifrån de MIFO fas 1-inventeringar av nedlagda deponier som gjordes 2018 och åtgärd 20 prioritera vilka deponier som behöver MIFO fas 2-inventering eller direkta skyddsåtgärder.

Ansvar: Tekniska nämnden.

Tid: Påbörjas 2022 under förutsättning att åtgärd 20 genomförts och fått svar från Miljökontoret.

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inventeringskostnaden kan bedömas först när fas 1 är avslutad (åtgärd 20). MIFO fas 2-inventering är generellt mer kostsam än MIFO fas 1 och får hanteras efter ekonomiskt utrymme inom ramen för denna avfallsplan./Sannolikt

följer vissa åtgärder som kompletterande täckning av deponi eller provtagning av lakvatten där främst löpande provtagning ökar driftkostnaden.

### Löpande åtgärder

- IX. Miljönämnden ska kontinuerligt vid tillsyn kontrollera att abonnemang för hushållsavfall finns, samt vid behov kräva utsortering av matavfall och producentansvarsavfall (utförs kopplat till åtgärd 18).
- X. Tekniska nämnden ska kontinuerligt bevaka när det uppstår förutsättningar för att återvinna nya fraktioner, t.ex. textil. Bedömning av återvinnings hållbarhet ur ett helhetsperspektiv är viktig såsom antal cykler materialet kan återvinnas, transporter till behandling, kostnad för hantering, mm.
- XI. Tekniska nämnden ska kontinuerligt arbeta för att öka fastighetsnära och kundnära insamling av elavfall samt etablera nya kanaler för att samla in farligt avfall.

## Minska nedskräpningen

### Mål

Mål N: Invånarnas nöjdhet med städning av stadens parker och torg ska 2030 vara minst 7,5 (6,7 respektive 6,5 år 2017)

Mål O: År 2030 är andelen skräp på mark lägre jämfört med 2020. Andelen mäts som mängd skräp som plockas från gator och torg i city jämfört med mängd som töms från skräpkorgar i samma område.

### Åtgärder

22: Arbeta in tydligare kravnivåer kring krögarnas ansvar för städning i riktlinjer för uteserveringar och skapa tydligare incitament att följa det.

Ansvar: **Byggnadsnämnden**, Tekniska nämnden

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Neutral för kommunens driftsekonomi.

23: Ta fram investerings- och driftsförutsättningar för att införa och utvärdera stängda, komprimerade skräpkorgar på platser i centrum där flest människor är i rörelse.

Ansvar: **Tekniska nämnden**, Byggnadsnämnden. Ansvar för eventuell investering ej klarlagt.

Slutfört: 2020?

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: *Åtgärd initierad 2019, klargörs under hösten om den behöver kvarstå 2020/Komprimerade korgar innebär en ökad driftkostnad.*

24: Ta fram en checklista för arrangörer om avfallshantering vid arrangemang som kan förmedlas vid platsupplåtelse och på orebro.se.

Ansvar: **Tekniska nämnden**, Miljönämnden

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Neutral för kommunens driftsekonomi.

25: I samverkan med City Örebro utreda former för finansiering och organisering av cityvärdar som bidrar till en ren och snygg stadskärna.

Ansvar: **Kommunstyrelsen** (ÖreBrå), City Örebro

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Beror av utredningens slutsats kring finansiering.

26: Utreda hur systemet för rapportering av allvarlig nedskräpning kan förenklas.

Ansvar: Tekniska nämnden

Slutfört: 2020

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Kan leda till fler rapporteringar och fler städuppdrag som ökar driftkostnaden.

27: Utreda vilka verktyg kommunen kan arbeta med för att stävja nedskräpning och främja återvinning samtidigt som goda förutsättningar för företagande ges.

Ansvar: **Kommunstyrelsen**, Byggnadsnämnden, Miljönämnden, Tekniska nämnden

Slutfört: 2021

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Beror av utredningens slutsatser, men syftet har en besparande verkan genom mindre renhållningsbehov.

28: Utreda former för att följa upp kostnader för nedskräpning på ett enhetligt sätt inom kommunkoncernen.

Ansvar: **Kommunstyrelsen**, Tekniska nämnden, Miljönämnden i samverkan med bolag

Slutfört: 2022

Åtgärdskostnad/Driftkostnad: Inom ram/Innebär extra arbetsuppgift av marginell omfattning.

### Löpande åtgärder

- XII. Tekniska nämnden ska kontinuerligt föra dialog med alla fastighetsägare i centrum för att få en välfungerande helhetslösning kring städning av gator och torg.
- XIII. Miljönämnden och Tekniska nämnden ska kontinuerligt informera företagare och invånare om ansvar och regelverk för att förebygga nedskräpning. Olika verktyg ska användas för att avskräcka från nedskräpningsbrott.
- XIV. Kommunstyrelsen och Tekniska nämnden ska på olika sätt stimulera företag, kommunala och privata fastighetsägare, föreningar samt vuxna och unga invånare till att plocka skräp och bidra till ett rent Örebro.

## Koppling till andra styrdokument

Fokus i avfallsplanen är att minska avfallets mängd och farlighet. Avfallshantering har dock en stark koppling till transporter som hanteras i Klimatstrategin. Det ska vara en strävan i genomförandet av avfallsplanen att också minska transporterna<sup>7</sup>. Exempel på kopplingar är att kunna använda överskottsmassor direkt, att ha korta avstånd till möjlig återanvändning eller deponi, effektiva och resurssnåla insamlingssystem samt samordnade transporter för till exempel varudistribution och avfallshämtning.

---

<sup>7</sup> Större delen av fordonen för avfallshämtning körs idag på biogas eller HVO så utvecklingspotentialen ligger främst på körsträcka.



Mer konkret ingår det i Vattenplanen åtgärder för rening av dagvatten och för tillsyn av konstgräsplaner som minskar mängden mikroplast som når vattendrag. Vattenplanen innehåller även åtgärder kring avloppsvatten och slam.

I Klimatstrategin finns mål för minskat matsvinn, såväl som mål för förnybara drivmedel i upphandlade entreprenader såsom avfallshämtning.

I strategin Giftfritt Örebro ingår insatser för att i de kommunala verksamheterna minska mängden kemiska produkter och varor som innehåller hälsofarliga ämnen och därmed försvårar återvinning.

## Genomförande och uppföljning av planen

De ekonomiska styrmedel som kommer användas för att uppnå målen är i första hand avfallstaxa, samt vid tillämpliga fall viten för nedskräpning. Bidrag till event är också ett styrmedel men där den huvudsakliga utgångspunkten för bidraget är en annan än att minska avfallet. Juridiska styrmedel är lokala avfallsföreskrifter, tillsyn och i viss mån tillståndsgivning. Administrativa styrmedel är framförallt information och olika kommunikationsaktiviteter.

I framtagandet av avfallsplanens mål och åtgärder kring bygg- och rivningsavfall har de kommunala bolagen Örebrobostäder AB, Örebroporten fastigheter AB och Futurum fastigheter i Örebro AB deltagit. Planens mål gäller även samtliga kommunkoncernens helägda bolag, medan lämpliga åtgärder för att nå dem beslutas av respektive bolag. I de fall specifika kommunala bolag står som ansvariga för en åtgärd innebär det ett exempel på hur de kan jobba för att nå målet, men den bästa lösningen ska eftersträvas utifrån målets syfte. Kommunstyrelsen ansvarar för att efterfråga resultat och sammanställa uppföljning av målen.

Tekniska nämndens arbete med planering, insamling, behandling, administration och information om avfall finansieras genom avfallstaxan. Här ingår även återanvändning och förberedelse för återanvändning. När det gäller förebyggande av avfall kan de åtgärderna inte täckas av taxan utan ligger istället på Kommunstyrelsens ansvar. Då det ibland kan vara svårt att skilja på återbruk och förebyggande är en samverkan mellan Kommunstyrelsen och Tekniska nämnden avgörande för att främja en cirkulär ekonomi.

För att arbetet för minskad nedskräpning ska fungera krävs samordning. Miljönämnden och Byggnadsnämnden är inblandade i olika tillstånd och tillsyn av verksamheter och arrangemang, Tekniska nämnden ansvarar för renhållning av gator och torg. Såväl privata som offentliga fastighetsägare ansvarar för städning på och i anslutning till fastigheten och City Örebro verkar för en levande och attraktiv stadskärna medan Örebrokompaniet ska marknadsföra platsen Örebro, vilket till exempel sker genom olika events. Kommunstyrelsen har en viktig roll i det långsiktiga och strategiska arbetet genom att initiera åtgärder som berör flera aktörer och samordna så att alla drar åt samma håll.

Den nämnd som är ansvarig för respektive åtgärd i denna plan tar fram en relevant aktivitetsplan och utformar aktiviteter som bidrar till målens uppfyllelse. För åtgärder där flera nämnder ansvarar har den fetmarkerade initieringsansvar.

I genomförandet kommer digitalisering vara ett viktigt verktyg för att tillgängliggöra och underlätta rätt beteende samt en effektiv hantering. I några av åtgärderna finns det redan specificerat att det till exempel skulle kunna handla om webblösningar, appar, smarta skräpkorgar, samt olika digitala kommunikationskanaler eller andra lämpliga digitala lösningar. I andra är det inte känt från början vad som är en lämplig lösning utan det kommer istället vid genomförandet vara viktigt att knyta relevant kompetens till uppdraget för att utveckla de smarta lösningarna. Det kan till exempel gälla åtgärden om att stödja utvecklingen av delningsekonomin. **En viktig utgångspunkt för den digitala utvecklingen inom Avfallsplanens åtgärder är Digitaliseringsstrategi för programområde Samhällsbyggnad som antogs under 2019.**

Kommunstyrelsen ansvarar för uppföljning av målen i avfallsplanen, vilket också innebär att efterfråga och sammanställa statistik. Åtgärderna följs upp vid behov eftersom planen redan har delegerat ut ansvaret för genomförande och berörda har på olika sätt deltagit i framtagandet. Kommunstyrelsen ska däremot ge stöd i genomförandet även i fall där Kommunstyrelsen inte står som delansvarig om det finns behov av det.

## Konsekvensbeskrivning

### Anläggningsbehov

Örebro kommun anser att alla de anläggningar som finns idag också behöver finnas de närmaste åren. Dessa beskrivs närmare under avsnitt Anläggningar och insamling av avfall. Det system som finns för källsortering av avfall på gator och torg har dock inte fungerat som det var tänkt och behöver därför ses över. De tjugotal nedlagda deponier med kommunalt ansvar som finns runt om i kommunen behöver få ett formellt avslut. Åtgärder i denna plan planerar de analyser som krävs för att komma till avslut.

När planens åtgärder nu ligger mer på de övre delarna av avfallstrappan med återbruk och förebyggande blir det också svårare att avgränsa vad som är ett insamlingssystem och anläggning. Listan nedan utgår från en vid tolkning där fokus är en bra resurs- och avfallshantering. Behov av nya system där kommunen ansvarar för avfallet är:

- Den statliga utredningen ”Giftfri och cirkulär återföring av fosfor från avloppsslam” kan innebära behov av nya anläggningar, men utredningen kommer först hösten 2019.
- Det är olika hur restauranger och uteserveringar tillhandahåller möjlighet att fimpa cigaretter. Det kan därför behövas ett system med enhetlig fimpkopp från kommunen, vilket behöver utredas.
- Ett problem med de skräpkorgar som finns på gator och torg idag är att skräp kan spridas via vind och fåglar. Komprimerande papperskorgar som är stängda skulle lösa detta problem.
- Det finns ett nationellt behov av nya återvinningslösningar som är hållbara och affärsmässiga. Det saknas t.ex. en anläggning för återvinning av textil i Sverige. Kommunens plan är att bevaka när nya förutsättningar uppstår för ytterligare

återvinning och vilka lokala anläggningar eller insamlingslösningar som då behövs.

Behov av nya system som hanterar avfall som kommunen inte ansvarar för är:

- En verksamhet för klassning och mellanlagring av jordmassor för att underlätta återbruk. Detta saknas helt idag.
- Ett system för mottagning, hantering och avsättning av föremål som till följd av skicket inte kan säljas utan reparation eller liknande åtgärd. Detta gäller föremål som avsändaren inte längre vill ha. Därför är det ingen traditionell reparation mellan företag och kund och ett sådant sammanhållet och kommunicerat system saknas idag även om det kan förekomma mindre privata/ideella initiativ. Ett sådant system kan ha en koppling till kommunens återvinningscentraler, men behöver inte ha det.
- Det förekommer vissa initiativ för delning såsom bilpooler och förberedelser för en fritidsbank. Det blir också ett allt större utbud av delningsappar såsom Hygglo. Delning är en viktig företeelse eftersom så många av våra produkter används så lite tid. Kommunens plan är att kartlägga vad som finns för att se hur delningen kan fås att växa.
- Återbruk är en kraftigt växande företeelse med många ideella initiativ såsom loppisar, bytesdagar och liknande. Det är viktigt för att kunna minska avfallet att befintliga produkter ges ett långt liv. Det finns också flera begagnat-aktörer med butiker. Kommunens plan är huvudsakligen att kommunicera och på andra sätt stimulera fler till att handla begagnat och reparera mera.
- Det är ett stort problem att livsmedel och förpackningar från livsmedelsbutiker går i restavfallet och därmed inte tas tillvara alls. Det finns teknik för att separera det förpackade livsmedelsavfallet, men frågan är hur ett sådant system kan drivas.

## Avfallsflödenas utveckling

Att bedöma avfallsflödenas utveckling är mycket svårt men Tabell 1 gör ett försök. Bedömda mängder *utan* åtgärder utgår från trenden mellan 2013 och 2017 och tar hänsyn till befolkningsprognosen som pekar på 170 000 invånare 2025. Bedömd mängd *med* åtgärder utgår från målen i planen i de fall det finns för avfallstypen.

Tabell 1. Bedömning av avfallsmängdernas utveckling till 2025 med respektive utan planens åtgärder. Siffror avser ton.

Avfallstyp	Mängd 2013	Mängd 2017	Bedömd mängd 2025 utan åtgärder	Bedömd mängd 2025 med åtgärder
<b>Restavfall</b>	22 923	24 330	25 000	18 000
<b>Slam</b>	20 635	24 767	35 000	35 000
<b>Grovavfall</b>	14 720	23 742	54 000	34 000
<b>Förpackningar och tidningar</b>	11 738	12 339	14 000	17 500
<b>Matavfall</b>	7 475	8 225	10 400	9 400
<b>Elavfall</b>	1 832	1 719	1 400	1 400
<b>Farligt avfall</b>	888	1 038	1 400	1 400

## Miljökonsekvensbeskrivning

Örebro kommun har upphandlat Structor miljöteknik AB för att utföra en miljökonsekvensbeskrivning av avfallsplanen. Uppdraget påbörjades i januari 2019, samtidigt som arbetsgrupperna påbörjade sitt arbete. Konsulten har deltagit på ett möte i varje arbetsgrupp och därutöver tagit del av anteckningar från arbetsgruppsmöten samt preliminära utkast av planen. En preliminär version av miljökonsekvensbeskrivningen fanns klar till avfallsplanens samråd.

REMISS

## Bilaga 1 – Nulägesbeskrivning

### Erfarenheter av tidigare avfallsplan

Den tidigare avfallsplanen för Örebro kommun antogs 2014. Den innehöll 12 delmål och 17 åtgärder vars ansvar för genomförande fördelades på åtta olika nämnder. Mål och åtgärder följdes upp hösten 2017 genom samtal med tjänstemän inom ansvariga förvaltningar och granskning av statistik. Uppföljningen presenterades för Kommunstyrelsen i november 2017.

Uppföljningen visar att sex delmål bedöms uppnådda och fem åtgärder är helt genomförda (Tabell 1). Vidare bedöms tre delmål som delvis uppnådda och fem åtgärder är påbörjade men inte slutförda.

Tabell 2. Utfall för delmål och åtgärder i Örebro kommuns avfallsplan antagen 2014.

	Delmål	Åtgärder
Uppnått/genomförd	6	5
Delvis uppnått/påbörjad	3	5
Ej uppnått/påbörjad	3	7

De delmål som inte har nåtts är de om att minska engångsartiklar, minska nedskräpning i centrum samt att minska andelen förpackningar i restavfallet. Bland de sju ej slutförda åtgärderna framträder en bild av att det är åtgärder som antingen delas av flera nämnder eller där en nämnd bara har en eller några få åtgärder i Avfallsplanen och därmed inte innebär ett betydande ansvar i frågan.

Därför är en av de starkaste slutsatserna att Avfallsplanen var dåligt förankrad, men också att det har saknats någon som håller ihop och följer upp genomförandet kontinuerligt. I övrigt konstaterar uppföljningen att målstrukturen är bra med Minska avfallet, Avgifta kretsloppen respektive Öka materialåtervinningen. Målen behöver dock säkras för att vara rätt till antalet för att ha en rimlig ambitionsnivå samt vara uppföljningsbara.

### Vad genererar avfall inom kommunens gränser?

År 2017 var folkmängden i Örebro kommun 150 291 personer och på tio år har kommunen ökat med cirka 20 000 invånare. Bland hushållen dominerar flerbostadshushåll (48 393 stycken) och de har under de senaste tio åren också ökat sin andel med två procentenheter till knappt 68 procent. Hushåll i en- och tvåfamiljshus uppgår till 23 044 stycken. Antalet fritidshus uppgick till 2 851, vilket motsvarar cirka 4 procent av alla hushåll.

I Örebro kommun är tillverkningsindustrin betydande och ger grund för en bred och väl utvecklad tjänstenäring. Handel, media och kommunikation, IT och besöksnäring är områden där det sker en stark expansion. Möten och logistik är två branscher som har

goda förutsättningar att attrahera fler företag till regionen. Även assistans inom vård- och omsorgssektorn utvecklas snabbt.

Branscher där det finns flera större företag i Örebro är:

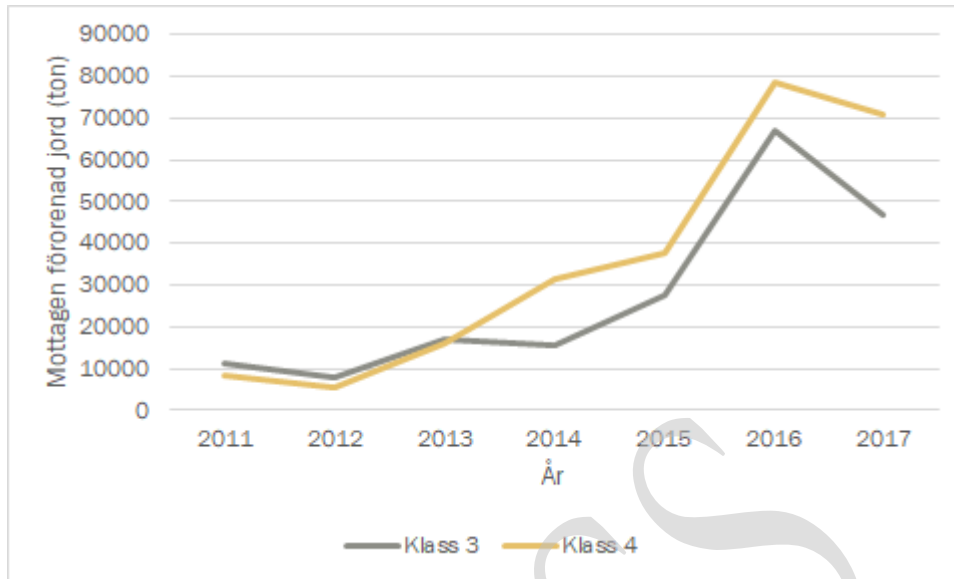
- Maskin, verkstad, tillverkning med metallisk inriktning. Till exempel Epiroc, Johnson metall, Suzuki Garphyttan, EMBA machinery.
- Byggnadsverksamhet som delvis utgår från enskilda byggprojekt även om Strängbetong och Scanspac står för lokal tillverkning av byggprodukter.
- Assistansbolag, till exempel Humana assistans, Marcus assistans och Vivida assistans.
- Partihandel, till exempel Elektroskandia, Würth.
- Logistikföretag och åkerier såsom DHL express, Närkefrakt och Scandfibre logistics.

Ur ett avfallsperspektiv kan assistansbolagen sannolikt bidra till stora mängder restavfall, medan partihandeln eventuellt får stora mängder emballage och kassationer. Inga av dessa företag är tillståndspliktiga och kommunen har därför ingen tillsyn över dem. En bransch som också ökat i omfattning senaste åren är restaurang där mängden matavfall och förpackningsavfall kan vara betydande. För detta saknas siffror.

Det finns 42 tillståndspliktiga verksamheter för miljöfarlig verksamhet i Örebro kommun. Av dessa är tio anläggningar för att hantera avfall såsom deponier, avloppsverk, mellanlager och sorteringsanläggningar. Vidare är elva täkter för berg och grus. Enligt miljörapporter från övriga verksamheter förekommer flera initiativ för att återvinna mer avfall. Några positiva exempel från 2017 är att:

- Eon har återfört 1 271 ton aska till skogen medan resten har avvänts som sluttäckningsmaterial på deponier.
- Johnson metall har förbättrat utsorteringen av metallkräts så att 386 ton gick till återvinning.
- Epiroc har minskat sitt icke-farliga avfall med 160 ton (12,5 procent) trots ökad produktion.
- Örebro krematorium har infört återvinning av de 0,66 ton metaller som uppstår i kremeringsprocessen.
- Econova har tagit emot 51 000 ton bi- och restprodukter från pappersmassa- och skogsindustri i sin produktion av jordförbättring.

Mängden förorenad jord till deponi har ökat markant under senare år som en följd av det kraftigt ökade byggandet (Figur 1). Klass 3-jord deponeras under mark medan klass 4 är renare och används för sluttäckning av Atle-deponin.



Figur 1. Mängd förorenade jordmassor som har mottagits på Atle-deponin under perioden 2011–2017. Klass 3 är mer förorenat.

I Örebro kommun finns cirka 450 fettavskiljare varav omkring 240 stycken finns i fastigheter som ägs av kommunala fastighetsägare. De kommunala skolköken har fettavskiljare där bakterier tillsätts för att förbruka fett. Det medför att de bara behöver tömmas en gång per år. Totalt samlas det in 3 700 ton fett per år. Fettet som samlas in går in i rötanläggningen vid Skebäcksverket och bidrar där till biogasproduktionen.

På de senaste tio åren har frågan om mikroplast<sup>8</sup> i vattenförekomster kommit på agendan. Örebro universitet är en av de som forskar i frågan. Den rapport från Naturvårdsverket som listade de största källorna för mikroplast som bildäck, konstgräsplaner och tvättvatten bygger på hur mycket av dessa material som sprids varje år, men stämmer inte med vad som mäts i vatten. Skillnaden beror på att en del ämnen som gummi och asfalt är tunga partiklar som sannolikt fastnar i närmiljön. Det som bidrar med mer direkta utsläpp till vatten är nedskräpning, industrier, tvättvatten och båtskrov. Mätningar i Svartån har till exempel visat på plast-pellets som är en råvara i industriproduktion samt plastfilmer som kan vara emballage. Det är främst större plastbitar som kunnat påvisas ha negativa effekter på populationer av djur genom att de fastnar i nät eller att plast fyller upp magsäcken. Mikroplast kan däremot bidra till fler inflammationer för vissa djur. Den mindre nanoplasten skulle eventuellt kunna tas upp av matsmältningsorganen men det är svårt att studera.

## Anläggningar och insamling av avfall

Örebro kommuns översiktsplan beskriver att Atleverket tar emot hushålls-, bygg- och industriavfall för sortering, lagring, behandling, kompostering och deponering och att det finns en markreserv för framtida behov. I arbetet med nya detaljplaner diskuteras var

<sup>8</sup> Med mikroplast avses partiklar av polymerer från olja, biobaserade material, gummi eller bitumen som har en storlek mellan 5 mm och 1nm.

område finns för återvinningsstationer, återanvändning, lokala uppsamlingsplatser och hämtningsvägar så att det framgår av detaljplanen. Ett särskilt projekt pågår för att klargöra hur avfallshämtning ska fungera när staden förtätas. En arbetsgrupp tittar också på vilka praktiska konsekvenser den nya avfallsförordningen får vad gäller fastighetsnära insamling.

Förutom Förpacknings- och tidningsinsamlingens (FTI) 36 återvinningsstationer<sup>9</sup> för förpackningar och tidningar har alla villa- och fritidshushåll tillgång till Färgsortering sedan 2016. I april 2017 var 67 procent anslutna enligt en kundenkät. Systemet innebär att förpackningar och tidningar sorteras hemma i olikfärgade påsar som sedan slängs i det gröna kärlet och hämtas genom ordinarie tömning av restavfall och matavfall. Det har ännu inte gått att se någon effekt av detta på insamlad mängd eller andel förpackningsavfall i restavfallet från villor. De olikfärgade påsarna hanteras på uppdrag av FTI och körs under perioden 2017–2020 av Närkefrakt till Eskilstuna för sortering och vidare till materialåtervinning.

Matavfallet sorteras i bruna papperspåsar och läggs i brunt kärl. Av samtliga abonnenter har 92 procent utsortering av matavfall, vilket är 13 procentenheter fler än för tio år sedan. Matavfallet behandlas under perioden 2017–2022 av Biogasbolaget i Karlskoga.

För grovavfall och farligt avfall finns det fem bemannade återvinningscentraler (ÅVC) som 2017 hade 273 000 besök vilket motsvarar knappt fyra besök per hushåll. Därutöver finns det en mobil ÅVC som var stationerad en dag i Garphyttan och hade 130 besök under 2018. I Glanshammar, Hovsta och Odensbacken har system för privat inpassering införts. Målsättningen är att fler ska kunna nyttja ÅVC och ha egenmakt över sin tid. Privat inpassering är tillgängligt alla dagar i veckan mellan 07–21. Sedan 2015 kan hushållen även sortera plast som inte ingår i förpackningsavfall till Grovplast på alla ÅVC.

En ambulerande bil för farligt avfall stannade 2018 på 37 olika platser under vår och höst och hade 212 besök. Det finns fastighetsnära insamling av småelektronik på 703 anläggningar, oftast miljörum i anslutning till flerbostadshus, samt 20 butiker. På återvinningsstationer i kommunen finns det totalt 40 batteriholkar.

Örebro kommun driver Atleverket med återvinningscentral (ÅVC), omlastning och deponi samt mottagning av oljeförorenat slam och slambrunnsmottagning med rengaller. Det oljehaltiga slammet tas emot från oljeavskiljare och tvättrännor. Under 2018 togs 6 600 ton slam med vätska emot som renas från oljerest. Återstående vätska renas ytterligare genom sandfilter för att sedan ledas till Atleverkets våtmarker. Slammet läggs på hög för urvattning och behandlas därefter med flis och gödsel för att delvis bryta ner vissa petroleumprodukter innan det kan deponeras. Oljeresten förs till mottagare av farligt avfall. Ansökan om ny deponi vid Atleverket är inlämnad till Länsstyrelsen Örebro län.

---

<sup>9</sup> Var dessa återvinningsstationer är placerade kan ses i kommunens intranätkarta.