

utförare behöver mer stöd. Det finns en ambition att utveckla stödet då det anses finnas ett behov av detta. Att informationssäkerhetssamordnare behöver "rycka ut" och involveras i informationsklassning leder också till att det strategiska arbetet läggs till sidan då det operativa behöver prioriteras.

Uppföljningen av informationsklassificering uppges ha förbättrats med införande av krav på att objektägare behöver svara på huruvida en informationsklassning är genomförd, vilket är inkluderad i regionens årliga plan för intern styrning och kontroll. Denna kontroll säger dock ingenting om kvaliteten på den genomförda klassificeringen.

Risikanalys

Regionen ska över hela linjen arbeta risk- och konsekvensbaserat, och det finns en överenskommen modell för hela regionen vilken inkluderar mallar och arbetssätt. Det är samma typ av analys som görs oavsett om det berör IT- eller informationssäkerhet.

Det uppges vid intervjuer att det är ett pågående arbete att uppdatera det stödmaterial som finns tillgängligt för genomförande av risikanalysen. Detta arbete involverar informationssäkerhetssamordnare, IT-säkerhet och medicinsk teknik. Målet med arbetet är att ta fram instruktioner, vägledning och mallar för att fler ska kunna genomföra risikanalys på ett enkelt och smidigt sätt. Det finns inget satt datum för när detta ska vara färdigt. Det finns inga formaliserade och dokumenterade riktlinjer som beskriver vilken typ av risikanalys som ska genomföras eller riktlinjer för styrning av området, vid vilka tillfällen en risikanalys ska genomföras, hur ofta de ska göras och vem som ansvarar för arbetet.

Inom IT-säkerheten används även MSB:s vägledning för grundläggande IT-säkerhetsfrågor (MSB 2018-122212). Verksamheten kommer utvärderas efter denna och när analysen är genomförd kommer det ses över vilka åtgärder som behöver vidtas. Inventeringen ska vara färdigställd senast sista oktober 2019. Resultatet ska vara färdigställt senast december 2019 och med start vid årsskiftet 2019-2020 kommer arbetet med att införa åtgärder påbörjas. Dessa åtgärder kommer sedan matchas med kravställning utifrån informationssäkerhetsklassningen.

2.5.2 Bedömning

Vi bedömer att regionen delvis uppfyllt kontrollmålet.

Detta då riktlinjer och vägledning för informationsklassificering finns på plats - om än inte reviderade och beslutade - vilka används ute i verksamheten. Uppföljning av detta görs även genom en obligatorisk svarsfunktion, där verksamheten behöver besvara huruvida en klassificering har genomförts. Denna uppföljning säger dock inget om kvaliteten på den klassificering som gjorts. Således garanteras inte en likvärdig bedömning genomgående i verksamheten. Det saknas även ändamålsenligt stöd för verksamheten i denna process.

Risikanalys genomförs av verksamheten med stöd från de centrala funktionerna om behov finns. Det har dock inte - i enlighet med den tidigare granskningens rekommendationer - tillkommit formella riktlinjer för genomförande (ansvarsfördelning, frekvens, vilka typer av risikanalys som ska genomföras) även om ett arbete pågår för att utveckla materialet.

2.6 Åtkomst av känslig data

Kontrollmål 6: Det finns en etablerad struktur för att endast behöriga personer har åtkomst till känslig data.

2.6.1 Iakttagelser

Vid den tidigare granskningen "Övergripande förstudie av regionens process och kontroller avseende tilldelning, förändring och borttag av behörigheter för verksamhetskritiska system" (2016) identifierades brister inom områdena följsamhet gentemot policy, riktlinjer och rutiner samt utbildning av personal gällande informationssäkerhet. Region Örebro rekommenderades att:

- säkerställa tillkomst av och följsamhet till rutiner för tilldelning, förändring, borttagning och regelbunden uppföljning av behörigheterna i vårdsystemen genom att upprätta roller och ansvar för denna uppföljning.
- intensifiera arbetet med att säkerställa att framtagna e-learning genomförs av samtliga anställda i regionen.
- säkerställa att inloggning i verksamhetssystem med känslig patientinformation, kräver personlig behörighet med stark autentisering via eTjänstekort.
- riktlinjer och rutiner tas fram för behovs- och riskanalys samt att säkerställa dess tillämpning vid tilldelning av behörigheter.

Det finns en rutin ("Rutin för tilldelning, förändring, borttagning och uppföljning av behörighet i vårdsystem") och en riktlinje ("Riktlinje för tilldelning av behörighet för elektronisk åtkomst och direktåtkomst") för behörighetshantering. Det framgår i denna dokumentation att ansvaret faller på verksamhetschefen att säkerställa följsamhet av styrdokument gällande behörigheter. Det framgår dock också att rutinen för tilldelning, förändring, borttagning och uppföljning är i behov av en revidering där det vidare förtydligas hur dessa delar ska hanteras.

Under intervjuerna framkom att det finns en behörighetsportal där samtliga behörighetsbeställningar läggs. Det görs inte några formaliserade behovs- och riskanalys vid tilldelning av behörigheter, utan det är ansvarig chef som gör bedömning för respektive medarbetare och lägger en beställning. Dessa beställningar kommer till behörighetssupporten och baseras på den roll individen i fråga har i verksamheten.

Behörighetssupporten uppges ha god kontakt med jurister vid eventuella frågetecken. Upptäcker supporten några uppenbara "konstigheter" i behörighetsbeställningen kontaktas vederbörande verksamhetschef för kontroll. Gällande uppföljning av behörigheter finns ett verktyg på plats där det kan utläsas vem som har vilken behörighet. Dock medges under intervjuerna att verksamheten har utrymme för förbättring gällande avslut av behörigheter.

Vid intervjuerna framkom att det finns ett beslut på att samtliga anställda som kommer i kontakt med patientuppgifter ska genomföra den e-learning som den tidigare granskningen refererar till. Det pågår även ett initiativ där en utbildning som MSB har tagits fram rörande informationssäkerhet genomförs av 274 stycken utvalda anställda. Det finns dock ingen obligatorisk e-learning som relaterar till samtliga anställda i regionen.

Det har sedan den senaste granskningen introducerats krav på att inloggning i verksamhetssystem med känslig patientinformation kräver personlig behörighet med stark autentisering då det nu krävs även eTjänstekort vid inloggning. Möjlighet att logga in med stark autentisering finns på plats sedan våren 2019 och är tvingande i samtliga nya system.

2.6.2 Bedömning

Vi bedömer att regionen delvis uppfyllt kontrollmålet.

Detta då de tidigare identifierade brister kvarstår, med undantag för att inloggning med eTjänstekort har introducerats samt att arbetet med att samtliga anställda som kommer i kontakt med patientuppgifter ska genomföra e-learning kring detta har även fortlöpt.

Det finns en rutin och en riktlinje för behörighetshantering på plats, men dessa bör förtydligas ytterligare beträffande följsamhet och i synnerhet gällande borttag/avslut av behörigheter. Utöver detta bör även roller och ansvar inkluderas, för att underlätta och facilitera uppföljning och kontroll av följsamhet.

2.7 Strukturerad övervakning

Kontrollmål 7: Det finns processer, rutiner och periodvis genomgång avseende övervakning.

2.7.1 Iakttagelser

I "Granskning av process för kravställning av IT-tjänster från tredjepartsleverantörer" (2017) identifierades brister inom området övervakning med hänsyn till att olika säkerhetsincidenter ska gå att övervaka och hantera enligt regionens rutiner. Rekommendationer att komplettera riktlinjerna för IT-vägledning med följande information gavs:

- Den supporterande hostingmiljön bör övervakas i form av automatiska larm. Exempel på automatiska kontroller att kravställa kan vara belastning på processer på server för IT-tjänst, samt övervakning av diskutrymme på supporterande servrar för att undvika oplanerade avbrott på grund av bristande diskutrymme.

Det uppges att riktlinjerna för vägledningen vid upphandling av IT-tjänst är under uppdatering. Det finns ett uppstartat arbete med att ta fram regler och checklistor för IT- och informationssäkerhet vid upphandling och inköp. Möten för detta arbetet har genomförts där enheten för juridik och informationssäkerhet har varit sammankallande, men det finns inget satt slutdatum för när detta ska vara färdigt. Det sätts i dagsläget krav på leverantörer i form av SLA:er där specifikationer såsom servicenivå definieras. Dessa krav kan inkludera övervakning.

2.7.2 Bedömning

Vi bedömer att regionen inte uppfyllt kontrollmålet.

Detta då riktlinjerna som kompletterar vägledningen inte är uppdaterade och således kvarstår bristen. Arbetet med att uppdatera dessa pågår, men det finns inget satt datum för när detta ska vara färdigställt

3. Revisionell bedömning

Uppdragets revisionsfråga är:

- Har regionen åtgärdat identifierade brister utifrån rekommendationer som återgavs i tidigare utförda granskningar?

Efter genomförd granskning bedömer vi att Region Örebro delvis har åtgärdat de brister som identifierats i tidigare granskningar. Vår sammanfattande bedömning baseras på nedanstående bedömningar av respektive kontrollmål.

Bedömningar mot kontrollmål

Kontrollmål	Kommentar
<i>Regionen har förtydligat nuvarande riktlinjer relaterat till vägledning vid upphandling av IT-tjänster.</i>	Delvis uppfyllt Regionen genomför riskanalys vid upphandling, men det är ej tydligt hur denna relaterar till kravställan mot leverantör. Riktlinjerna relaterat till "Vägledning vid upphandling av IT-tjänster" är inte uppdaterade. Arbetet med detta pågår, dock utan ett satt datum för färdigställande. Således kvarstår vissa av de brister som identifierades vid förra granskningen.
<i>Regionen har utvärderat behovet att för verksamhetskritiska IT-tjänster eller för IT-tjänster vilka hanterar kritisk information förtydliga hur tredjepartsleverantörer över tiden säkerställer tillgänglighet och aspekter av IT-säkerhet i IT-tjänsten.</i>	Inte uppfyllt Regionen har inte kompletterat relevanta riktlinjer med den information som rekommendationerna gav. Inte heller finns det något likvärdigt som berör kravställan på efterlevnad av säkerhetskrav på plats. Således kvarstår de brister som identifierades vid den tidigare granskningen
<i>Det finns en dokumenterad styrmodell för området IT- och informationssäkerhet inom Region Örebro län.</i>	Delvis uppfyllt Styrande och stödjande dokumentation har uppdaterats och reviderats i enlighet med tidigare granskningars rekommendationer. Samtliga är dock inte godkända, och således inte giltiga. Det finns en dokumentstruktur på plats och en IT-strategi är under utveckling. Utöver detta finns det pågående arbete med att upprätta dokumentation som

saknades vid förra tidpunkten (kontinuitetsplan för IT).

Det finns erforderliga resurser och arbetet med informationssäkerhet är tillräckligt prioriterat i förhållande till de risker som finns.

Delvis uppfyllt

Regionen har sedan sist utökat resursläget och tillsatt tjänster inom informationssäkerhetsområdet. Det finns även budgetar kopplade till områdena. Dock kvarstår det ett större behov hos verksamheten än vad nuvarande organisation kan täcka, särskilt när det kommer till det stöd som ges till verksamheten. Stödjande dokumentation (definierade roller och ansvarsområden ner på verksamhetsnivå) finns inte heller på plats.

Regionen hanterar riskbedömningar och informationsklassificering på ett ändamålsenligt sätt.

Delvis uppfyllt

Riktlinjer och vägledning för informationsklassificering används ute i verksamheten. Uppföljning har även införts för informationsklassificering, vilken dock inte tar kvalitetsaspekten i beaktande. Utöver det har det inte tillkommit formella riktlinjer för genomförande av riskanalys, även om det är ett pågående arbete med att utveckla detta materialet.

Det finns en etablerad struktur för att endast behöriga personer har åtkomst till känslig data.

Delvis uppfyllt

Utöver införande av inloggning med eTjänstekort kvarstår identifierade brister inom åtkomsthantering även om arbetet med att anställda som hanterar känslig patientinformation ska genomgå e-learning fortskrider (vid tidpunkt för granskningen har inte samtliga genomfört den). Rutiner och riktlinjer för behörighetshantering bör förtydligas gällande följsamhet, samt utökas så att roller och ansvar inkluderas.

Det finns processer, rutiner och periodvis genomgång avseende övervakning.

Inte uppfyllt

Riktlinjerna för vägledning vid upphandling av IT-tjänst är ej uppdaterade sen senaste granskningen och således kvarstår de brister som identifierades vid tidigare granskning.

2019-10-08

Uppdragsledare

Jessica Garpvall, Projektledare

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Örebro län enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2019-02-11. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.

11

Svar på remissen Digifysiskt
vårdval, SOU 2019:42

19RS8410

Organ
Regionstyrelsen

Svar på remissen Digifysiskt vårdval, SOU 2019:42

Förslag till beslut

Regionstyrelsen beslutar

att förslaget till svar godkänns som Region Örebro läns svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Utredningen innehåller förslag som ger ett stärkt patient- och invånarperspektiv med en tydligare koppling till att vård ska ges utifrån individers olika behov (HSL).

Utredningen anser att digitala komplement/alternativ behöver få ett brett genomslag.

Regionstyrelsen ser positivt på utredningens grundtanke att det behövs en omställning mot en mer resursstark primärvård och på förslaget att den särskilda taxa som finns idag för digitala utomlänsbesök – ”nätläkarna” ska försvinna och att ett nätläkarbolags fysiska etablering ska ske inom ramen för samma LOV-uppdrag och med samma krav som ställs på övriga fysiska aktörer inom regionen.

Beredning

Remissyttrandet har behandlats på Hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde den 22 januari 2020.

Konsekvenser för miljö-, barn- och jämställdhetsperspektiven

Beslutet medför inte konsekvenser för miljö-, barn- eller jämställdhetsperspektiven. Genomförs utredningens förslag kan det ge bättre förutsättningar för en mer jämlik vård efter behov. Detta då dagens ”nätvård” främst används av socioekonomisk starka och regionernas möjlighet till styrning är begränsad.

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-01-28

FöredragningsPM
Dnr: 19RS8410

Ekonomiska konsekvenser

Beslutet medför inga ekonomiska konsekvenser. Genomförs utredningens förslag om förändrade krav kan det innebära positiva konsekvenser för primärvården

Beslutsunderlag

FöredragningsPM regionstyrelsen 2020-01-28, Svar på remiss
Remissyttrande
Remissen

Rickard Simonsson
Regiondirektör

Skickas till:

Socialdepartementet

Tjänsteställe, handläggare
Staben Hälso- och sjukvård, Katrin Pöntynen Boström

Sammanträdesdatum
2020-01-28

Beteckning Er beteckning
Dnr: 19RS8410

Externt diarienummer
S2019/04058/FS

Regeringen, Socialdepartementet
103 33 Stockholm

s.remissvar@regeringskansliet.se

s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss "Digifysiskt vårdval" SOU 2019:42

Region Örebro län har inbjudits att lämna synpunkter på ovanstående slutbetänkande av utredningen styrning för en mer jämlik vård och dess förslag till förändringar för detta.

Sammanfattning

Utredningen innehåller bland annat förslag som ger ett stärkt patient- och invånarperspektiv och en tydligare koppling till att vård ska ges utifrån individers olika behov, hälso- och sjukvårdslagen (HSL), att digitala komplement/alternativ behöver få ett brett genomslag samt att ett mer nationellt system behövs för att minska skillnader mellan regionernas styrning och att systemeffektiviteten för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka.

Regionstyrelsen ser positivt på utredningens grundtanke att det behövs en omställning mot en mer resursstark primärvård och dess syfte att ta fram förslag till förändringar för att nå en mer jämlik vård med en tydligare koppling till HSL och att vård ska ges utifrån individers olika behov. Dock anser regionen att det utifrån vårdkedja och ett personcentrerat synsätt kan vara fördelaktigt att i stället resonera kring öppenvård i alla dess former kontra slutenvård vad gäller finansiering, kontinuitet, digitalisering och utveckling mot en Nära vård. Detta då en förändring behövs i hur vi ser på och pratar om vårdens uppbyggnad och utveckling för att överbrygga hinder som finns för att nå strukturella förändringar. Region Örebro län vill peka på vikten att inkludera

kommunernas hälso- och sjukvård i utvecklingen av den nära vård då den vården har en viktig plats i vårdkedjan för många patienter.

Region Örebro läns synpunkter redovisas nedan kopplat till utredningens olika förslag:

17.1 Listning på utförare, system baserat på kontinuitet

Region Örebro län stödjer förslaget att listning ska vara på utförare och med ett system som är baserat på kontinuitet. Dagens system med digitala utomlänsbesök sätter regionernas styrning av kostnader helt ur spel samtidigt som dessa besök inte visat sig ge en avlastning i den fysiska vården.

Utredningen föreslår att dagens nätläkarbolag ska kunna delta i vårdvalssystemet endera som underleverantörer till vårdcentraler i flera regioner eller genom att själva bli utförare inom vårdvalssystem (det vill säga starta fysisk vårdcentral).

Region Örebro län ställer sig bakom förslaget då de bolagen på så vis blir en tydlig del i det vårdval som erbjuds. Regionen instämmer även i bedömningen av behovet av att alla utförare utvecklar sina kontaktvägar till exempel genom utveckling av digitala vårdtjänster och tydligare strategier för att hantera akuta flöden.

Region Örebro län ser positivt på förslaget att den särskilda taxa som finns idag för digitala utomlänsbesök – ”nätläkarna” ska försvinna och att ett nätläkarbolags fysiska etablering ska ske inom ramen för samma LOV-uppdrag och med samma krav som ställs på övriga fysiska aktörer inom regionen.

17.1.3 Listningstjänst i nationell portal

Utredningen föreslår att regionerna ska ha skyldighet att tillhandahålla en listningstjänst där patienten kan få information om utförare och deras tillgänglighet för listning.

Region Örebro län är positiv till grundtanken att patienten ska ges möjlighet att göra ett informerat val. Idag finns inte uppföljningssystem som innehåller indikatorer som är relevanta för patienten och som också kan följas tillräckligt frekvent för att patienten ska ges en faktisk möjlighet att jämföra och göra ett val. Förslaget förutsätter att ett arbete görs för att identifiera vilka faktorer som utifrån ett patientperspektiv är centrala för att göra en jämförelse.

17.1.5. Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år

Region Örebro län stödjer förslaget att i normalfallet begränsa patienten möjlighet att lista om sig till två gånger per år och att patienten ska listas även när valet är en utförare utom länet, något som innebär att nuvarande möjlighet till utomlänsvård begränsas (nätläkarna). Regionen välkomnar därför att ”listning” som begrepp ges en lagstadgad innebörd.

17.1.2 Listning på utförare ska bli grunden för valfrihet

Utredningen föreslår att patienten på förhand ska kunna välja utförare i form av fast läkarkontakt/fast vårdkontakt/fast vårdteam alternativt bli passivt listad utifrån geografi.

Region Örebro län ser positivt på att patienten på förhand ska kunna göra ett val av utförare men anser att det valet inte bör vara kopplat till en av professionerna utan istället kopplas till fast vårdteam/fast vårdenhet. Detta för att inte ge patienten förväntningen att det alltid är en läkarkontakt som blir aktuell när man söker vården. Vårdteamet som resurs att möta de olika behov som kan aktualiseras bör vara det centrala. En sådan princip skulle dessutom kunna motverka det arbete som pågår med att ge insatser på bästa effektiva omhändertagandenivå BEON. Som ett exempel kan en diabetessköterska vara fast vårdkontakt för många patienter. Både patient och sköterska kan sedan ha sin koppling till ett team med andra professioner som utifrån behov ger ytterligare insatser.

Kontinuitet i läkarrelation eller andra vårdrelationer ger möjlighet till snabbare bedömningar och det är kostnadseffektivt och främjar hälsa. Det bästa är om man kan arbeta i vårdteam runt de mer komplexa patienterna – där kommer läkare att ha det yttersta medicinska ansvaret samtidigt som varje yrkesprofession har sitt eget ansvar.

17.1.6 Rätten att begränsa listan

Utredningen föreslår att HSL ska innehålla en rätt att kunna begränsa listan så att en region kan välja eller välja bort införande av listningsbegränsning. Lokala utformningen kring listningsstorlek bör förhandlas och utförare med digital profil behöver garantera möjligheten till fysisk vård-

Region Örebro län ser förslaget att möjliggöra listningsbegränsning som en åtgärd som kan vara rimlig för att i vissa situationer ge förutsättningar att klara det lagstadgade uppdraget och kunna upprätthålla en god arbetsmiljö. Det är positivt att digitala aktörer integreras i vårdval. Detta för att få bättre möjligheter för kravställande och styrning samtidigt som kontinuiteten kan främjas.

17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad

Regionstyrelsen ställer sig tveksam till förslaget om att frågan om att vårdgarantin enbart ska gälla hos den utförare man är listad hos. Detta är inte förenligt med HSLs krav om att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde. Individens behov bör tillmätas större tyngd än var patienten är listad.

17.1.9. Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård

Region Örebro län instämmer i utredningens beskrivning av att det behöver genomföras en bred satsning på nära vård. I detta arbete krävs samsyn om målbilden mellan staten, regionerna och kommunerna. Utifrån denna bör prioriteringar göras av regioner och kommuner själva utifrån lokala förutsättningar och behov.

17.3 Tydligare styrning av utförare i primärvård. Förändrad tolkning av underleverantör och tydligare listningsrekvisit för utförare

Utredningen anser att en underleverantör ska förväntas medverka i fullgörandet av en huvudleverantörs kontrakt. Detta påverkar tydligt situationen när det gäller icke-geografiskt bundna digitala tjänster.

Region Örebro län välkomnar tydlighet när det gäller avtal och skyldigheter när det gäller huvudleverantör och underleverantör och att valbarheten ska gälla huvudleverantör.

17.3.2. Tydligare krav på utförare

Utredningen anser att regionerna bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet samt kontinuitet och att patienten kan knytas till namngiven läkare/vårdteam. Sådana krav ska anges tydligt i förfrågningsunderlaget.

Region Örebro län är positiv till en fortsatt utveckling av förfrågningsunderlagen och att krav ställs med målet tillgänglighet (fysisk och digital) och kontinuitet.

17.3.3. Nationell marknadsförings- och informationspolicy

I utredningen rekommenderas regionerna att ena sig om en nationell marknadsförings- och informationspolicy som riktar sig till utförare som tar del av offentliga medel. Utredningen föreslår att förfrågningsunderlaget ska innehålla krav att policyn följs och att krav ställs att det i marknadsföring av en utförare tydligt ska framgå var den fysiska mottagningen är belägen.

Regionen Örebro län ser det som viktigt att tydliga krav ställs på hur utförare får marknadsföra sig. Den marknadsföring som sker idag tenderar att öka konsumtionen av vård utan att tillgängligheten för grupper med stora behov förbättras. Regionen välkomnar därför det beslut som Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) fattade i december om rekommendation med riktlinjer för marknadsföring. SKR rekommenderar regionerna att föra in riktlinjerna i sina etableringsvillkor och andra styrdokument.

Region Örebro län vill peka på behovet av att nationellt säkerställa att information kan följa med patienten. Det behövs en förbättrad tillgång till information om patientens väg i vården (journaluppgifter). Idag är möjligheten att ta del av journaluppgifter begränsad för den som ska ge vård till en person som tidigare haft fysiska eller digitala utomlänsbesök eller en kontakt med en vårdgivare inom

nationella taxan. Det behövs modernare lagstiftning som ger förutsättningar för vården att hantera patientuppgifter, något som chefsjurister från region Västra Götaland, Stockholm, Skåne, Uppsala Dalarna, Gävleborg och Örebro framfört i en skrivelse till Socialdepartementet daterad 2019 06 13.

17.3.4. Möjlighet att dela upp i flera vårdvalssystem

Region Örebro län ser positivt på förslaget om att det i HSL införs en möjlighet att en regions geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. Genom möjligheten att ha fler vårdvalssystem i primärvård samtidigt som det tydliggörs att vanlig upphandling kan komplettera LOV skapas förutsättningar för lokala lösningar.

17.3.5. Utveckling av 1177

Regionen instämmer i utredningens bedömning att frågan om utformningen av 1177 är stor, viktig och komplex och att det är angeläget att frågan utreds vidare.

17.4.2. Nationellt reglerad patientavgift.

Utredningen föreslår att det i HSL ska anges en avgiftsnivå kopplad till prisbasbeloppet för besök inom den primärvård som finns i vårdvalssystemet. Förslaget skulle med prisbasbeloppet för år 2019 innebära en patientavgift på 100 kronor och att staten kompenserar för intäktsbortfall kopplat till förändringen. Utredningen gör bedömningen att målet är att på sikt ha en avgiftsfri primärvård och föreslår att regionen ska kunna besluta om högre avgift för besök utanför listningen.

Region Örebro län motsätter sig en nationell reglering av en av hälso- och sjukvårdens besöksavgifter. Dock kan en nationell harmonisering av besöksavgifter innebära förenklingar och mer förståelig för de patienter som har utomlänbesök. Regionen anser inte att det är önskvärt att nå avgiftsfrihet. En helt avgiftsfri vård kan medföra en risk för att man inte ser värdet i det som erbjuds och att vården felutnyttjas.

Region Örebro län är däremot positivt till tanken att regionerna skulle kunna differentiera besöksavgift mellan besök på den enhet man är listad på och andra vårdenheter för att i enlighet med utredningen främja kontinuitet och tydliggöra vikten av valet av vårdenhet.

17.4.4. Översyn av riksavtalet

Region Örebro län ställer sig positiv till att initiativ tas till en mer omfattande översyn av riksavtalet för utomlänsvård.

17.5. Nationell tillståndsprövning

Region Örebro län stödjer utredningens bedömning att nationell tillståndsprövning inte bör införas.

Region Örebro län anser det vara både viktigt och rimligt att huvudmännen ges förutsättningar att ta ansvar för den vård på primärvårdsnivå som är offentligt finansierad. Det är därför angeläget att få till stånd en förändring när det gäller vård som bedrivs enligt nationella taxan det vill säga utifrån lagen om ersättning för fysioterapi (LOF), och lagen om läkarvårdsersättning (LOL). I dag finansieras den vården av regionerna utan att de ges någon möjlighet att ställa krav eller kunna anpassa innehåll och omfattning efter regionens behov samt utan möjlighet till uppföljning.

17.5.2. Nationell vägledning LOV och LOU

Utredningen föreslår att Upphandlingsmyndigheten ska ta fram en uppdaterad vägledning. Specifik vägledning kring upphandling av inhyrd personal föreslås.

Region Örebro län ställer sig bakom förslaget om att vägledning kring upphandling ska tas fram men är mer tveksam till förslaget att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram checklistor för vilka patientgrupper som är mer eller mindre lämpliga att möta inhyrd personal, checklistor för hur man introducerar tillfällig personal, uppföljning av inhyrd personal, etcetera. Redan idag arbetar våra verksamhetschefer med att anpassa utifrån aktuell situation på den berörda vårdcentralen. Anpassning sker bland annat utifrån bedömning av vilka patienter som har större behov av kontinuitet, vilka som i första hand kan få kontinuiteten hos annan profession (till exempel sjuksköterska, fysioterapeut eller kurator) men är också beroende på vilken kompetens som aktuell hyrläkare har och om det är en tillfällig inhyrning eller en långtidsinhyrning.

En ökad statlig kontroll av rutiner för introduktion och uppföljning av hyrpersonal innebär från ett arbetsgivarperspektiv också behov av stödresurser och ökad administration. Saknas stödet är det uppenbar risk att redan ansträngda verksamhetschefer får mer att göra.

17.5.3 Nationellt register över prövade utförare

Region Örebro län ställer sig tveksam till värdet av ett nationellt register över prövade utförare. Dagens system med kravställande inom LOV innebär ju i praktiken att en vårdgivare som uppfyller de angivna kraven har rätt att etablera sig. Att skapa och ha tillgång till ett register på vårdgivare som prövats mot andra regioners kravbild innebär sannolikt mer administration och kostnader än faktiskt värde.

17.6. Inhyrd personal och kompetensförsörjning

Utredningen anger att om de förslag som lagts kring bättre upphandling av bemanningstjänster och marknadskontroll inte ger önskat resultat bör regeringen överväga ”andra åtgärder”, det hade varit önskvärt att utredningen utvecklat och förtydligat dessa.

Region Örebro län instämmer i bedömningen att staten behöver ta tydligare grepp kring kort- och långsiktig kompetensförsörjning i vården. Det finns behov av nationell planering och dimensionering av utbildning kopplat till kompetensförsörjningsbehoven.

Regionen har inget att invända när det gäller förslaget att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ska få uppdrag att undersöka vilken typ av närvaro av hälso- och sjukvård som värdesätts i glesbygd och hur andra länder gör relaterat till primärvård i glesbygd.

När det gäller utredningens förslag att regionerna i sina förfrågningsunderlag ska ställa krav på att utförare ska rapportera statistik om bemanning till Socialstyrelsen så är Region Örebro län tveksam till om detta ger mervärde i en jämförelse med den redovisning som redan idag görs. En ökad registrering och rapportering riskerar att dra resurser från den direkta vården.

17.7.2. Uppföljning av den föreslagna reformen av vårdvalet

Region Örebro län har inget att invända när det gäller utredningens förslag om att uppdrag ges till Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att följa vårdvalsreformen och utvärdera behovet av ändringar i lagstiftning eller tillämpning.

17.7 Övriga förslag

Avslutningsvis vill Region Örebro län påtala vikten av en ökad långsiktighet, hållbarhet och strategisk inriktning på statens styrning i enlighet med den bedömning som görs i utredningen.

För Region Örebro län

Andreas Svahn
Regionstyrelsens ordförande

Rickard Simonsson
Regiondirektör



Socialdepartementet

Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov
och kontinuitet (SOU 2019:42)

Remissinstanser

Achima Care AB

Aleris sjukvård

Alingsås kommun

Almega

Apotekarsocieteten

Arbetsmiljöverket

Blekinge läns landsting

Capio

Dalarnas läns landsting

Datainspektionen

Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR)

Distriktssköterskeföreningen (DSF)

Doktor.se

E-hälsomyndigheten

Eskilstuna kommun

Falkenberg kommun

Falu kommun

Familjeläkarna Mitt

FAMNA

Folkhälsomyndigheten

Funktionsrätt Sverige

Fysioterapeuterna

Företagarna

Förvaltningsrätten i Umeå

Gotlands kommun

Gällivare kommun

Gävle kommun

Gävleborgs läns landsting

Göteborgs kommun

Hallands läns landsting

Helsingborgs kommun

Huddinge kommun

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)

Inera AB

Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

IT- och Telekomföretagen

Justitiekanslern (JK)

Jämtlands läns landsting

Jönköpings kommun

Jönköpings läns landsting

Kalmar läns landsting

Karlstad kommun

Karolinska institutet

Kirunas kommun

Kommunal

Kompetensföretagen

Konkurrensverket

Kristianstads kommun

Kronobergs läns landsting

Kry

Landstinget i Uppsala län

Linköping universitet

Luleå kommun

Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF)

Läkemedelsverket (LV)

Malmö kommun

Min Doktor

Mora kommun

Myndigheten för delaktighet

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)

Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA)

Neuroförbundet

Norrbottnens läns landsting

Nätverket mot cancer

Nötkärnan Vård och Omsorg AB

Oskarshamn kommun

Pensionärernas Riksorganisation (PRO)

Praktikertjänst

Regelrådet

Reumatikerförbundet

Riksförbundet Attention

Riksförbundet för Social och Mental Hälsa

Riksförbundet Hjärtlung

Skatteverket

Skåne läns landsting

Socialstyrelsen

Sollentuna kommun

Sorsele kommun

SPF Seniorerna

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)

Statens medicinsk-etiska råd (SMER)

Statskontoret

Stockholms kommun

Stockholms läns landsting

Swedish medtech

Svensk förening för allmänmedicin

Svensk förening för Glesbygdsmedicin

Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)

Svenska diabetesförbundet

Svenska distriktläkarföreningen

Svenska Läkaresällskapet

Svenskt demenscentrum

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

Sveriges konsumenter

Sveriges läkarförbund

Sveriges yngre läkares förening (SYLF)

Södermanlands läns landsting

Torsby kommun

Trelleborgs kommun

Umeå kommun

Umeå universitet

Upphandlingsmyndigheten

Uppsala kommun

Vårdförbundet

Vårdföretagarna

Värmlands läns landsting

Västerbottens läns landsting

Västernorrlands läns landsting

Västmanlands läns landsting

Västra Götalands läns landsting

Växjö kommun

Örebros kommun

Örebro läns landsting

Örebro läns läkarförening

Örnsköldsvik kommun

Östergötlands läns landsting

Östersunds kommun

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet **senast tisdagen den 14 januari 2020**. Svaren bör lämnas i bearbetningsbar form (t.ex. Word-format) per e-post till s.remissvar@regeringskansliet.se och med kopia till s.fs@regeringskansliet.se. Ange diarienummer S2019/04058/FS och remissinstansens namn i ämnesraden på e-postmeddelandet. Remissinstansens namn ska även anges i dokumentnamnet.

Remissvaren kommer att publiceras på regeringens webbplats.

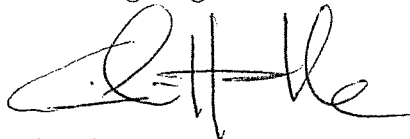
I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parentes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Betänkandet kan dessutom laddas ned från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria Svara på remiss – hur och varför (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.



Cecilia Halle
Ämnesråd

Kopia till
Norstedts Juridik, kundservice, 106 47 Stockholm

Digifysiskt vårdval

Tillgänglig primärvård baserad
på behov och kontinuitet

*Slutbetänkande av utredningen
Styrning för en mer jämlik vård*

Stockholm 2019



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2019:42

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

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.
Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
En kort handledning för dem som ska svara på remiss.
Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2019

ISBN 978-91-38-24965-9
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Stockholm i oktober 2019

Göran Stiernstedt

/Daniel Zetterberg
Annika Stjernquist
Caroline-Olivia Elgán

Innehåll

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sammanfattning

Uppdraget

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

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

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

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

Vårdvalet behöver reformeras mot ett digifysiskt vårdval

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

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

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

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

Utredningens analys visar på brister i vårdvalssystemen

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

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

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

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

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

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

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

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

Särskilt om så kallade nätläkare

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

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

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

Förutsättningarna för att bedriva vård är sämre i glesbygd

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

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

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

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

Förslag för en integrerad digifysisk vårdvalsreform

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

Nya grunder för valfriheten i primärvårdens vårdvalssystem

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

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

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

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

Tydligare krav på utförare

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

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

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

Vårdens åtagande ska bli tydligare för patienten

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

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

Planeringsbar verksamhet för utförare

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

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

Ett mer nationellt system med möjlighet till lokal anpassning

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

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

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

Tydligare styrning av etableringar

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

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

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

Vad innebär förslaget för dagens så kallade nätläkare?

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

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

Utredningen föreslår ingen nationell tillståndsprovning

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

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

Åtgärder för att minska beroendet av inhyrd personal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Förslag som rör inhyrd personal

Patientsäkerheten behöver säkras

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

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

Kvaliteten i upphandlingarna måste förbättras

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

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

Beroende av inhyrd personal är större i glesbygdslän

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

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

Statens styrning behöver bli mer långsiktig och strategisk

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

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

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

Reformen behöver följas upp

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

Summary

Remit

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

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

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

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

The patient choice scheme needs to become digi-physical

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

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

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

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

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

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

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

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

accessibility and an untenable working environment for the professionals.

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

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

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

Specific comments on digital health service providers

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposal for an integrated digi-physical choice reform

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

New basis for patient choice in primary care

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

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

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

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

Clearer requirements for primary care providers

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

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

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

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

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

Plannable operations for primary care providers

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

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

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

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

A more national system with the possibility for local adaptations

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

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

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

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

Governance of localisation of primary care centres

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

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

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

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

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

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

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

The Inquiry does not propose a national permit requirement

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

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

Measures to reduce dependence on temporary staff

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Proposals affecting the use of temporary staff

Patient safety must be ensured

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

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

The quality of public procurements must be improved

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

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

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

Dependence on temporary staff is greater in sparsely-populated areas

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

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

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

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

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

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

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

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

The reform needs to be followed up

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

1 Författningsförslag

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §

Patienten ska även få information om

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

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

3. vårdgarantin, och

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

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

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

3. den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten,

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

5. vårdgarantin, och

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

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

6 kap.

3 §

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

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

9 kap.

2 §

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

3 §

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

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2021.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap. 3 §

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

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

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

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

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

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

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

17 kap.

1 a §

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

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2021.

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

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

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

1 §

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

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

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

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

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

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

7 kap.**3 §**

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juni 2021.

2 Uppdraget och genomförande

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

2.1 Utredningens direktiv

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

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

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

I enlighet med detta ska utredaren.

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

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

2.2 Utredningens arbete

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

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

2.2.1 Hearingar, studiebesök och möten

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

Regionvisa hearingar med många intressenter

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

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

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

Studieresor och studiebesök

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

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

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

Nätverk och övriga möten

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

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

2.2.2 Datainsamling

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

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

2.2.3 Delbetänkande

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

2.3 Utredningens kommentarer till uppdraget

Nedan följer kort kommentar till centrala delar av utredningens uppdrag.

Jämlik vård och behovsbaserad vård

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

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

Uppdraget om översyn av LOV och ersättningssystem

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

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

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

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

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

Uppdraget om så kallade nätdoktorer

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

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

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

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

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

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

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

Uppdraget om inhyrd personal

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

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

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

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

Uppdraget om tillståndsprovning

I utredningens direktiv betonas att utredningen ska ”*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 Ågarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).*”

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

2.3.1 Avgränsningar

Ansvarsfördelning

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

Statens styrning ingår i arbetet men har inte analyserats särskilt

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

Fokus ligger främst på primärvården

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

Den kommunala primärvården allt viktigare men omfattas inte av vårdvalssystemen

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

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

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

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

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

Digitalisering i vården

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

Nationella taxan

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

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

Frågan om vinst och vinstbegränsning

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

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

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

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

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

Frågor om ägandestruktur

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

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

Tillgänglighetsbegreppet

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

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

Begreppet landsting

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

Privatfinansierad digital vård

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

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

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

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

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

2.4 Betänkandets struktur

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

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

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

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

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

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

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

3 Målen för hälso- och sjukvården

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

3.1 Målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen

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

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

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

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

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

(Prop. 1981/82:97)

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

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

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

Jämlig vård kan beskrivas ur många perspektiv

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Källa: Prop. 1996/97:60.

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

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

(Prop. 1996/97:60)

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

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

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

3.3 Övriga mål för hälso- och sjukvården

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

Målet om en god hälsa för hela befolkningen

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

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

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

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

Målet om kostnadseffektivitet

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

Andra mål förekommer

Regeringen anger målen för hälso- och sjukvårdspolitiken

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

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

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

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

(prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9)

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

Landstingen anger egna mål i sin övergripande styrning

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

4 Gällande rätt

4.1 Patientsäkerhet

4.1.1 Patientsäkerhetslagen (2010:659)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Skyldighet för vårdgivare att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete

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

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

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

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

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

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

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

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

Tillsyn över hälso- och sjukvården

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

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

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

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

³ Se 7 kap. 8–9 §§ PSL.

⁴ Se 7 kap. 10–18 §§ PSL.

⁵ Se 7 kap. 19 § PSL.

⁶ Se 7 kap. 20–22 §§ PSL.

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

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

4.2 Vårdvalssystem och valfrihetssystem

4.2.1 Vårdvalssystem enligt hälso- och sjukvårdslagen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2 Valfrihetssystem enligt LOV

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

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

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

Olika begrepp och definitioner

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

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

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

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

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

Principer för valfrihetssystem

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

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

Icke diskriminering

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

Likabehandling

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

Ömsesidigt erkännande

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

Proportionalitet

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

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

Öppenhet

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

Förfarandet enligt LOV

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

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

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

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

Rätt att få delta i ett valfrihetssystem samt tillgång till andra företags kapacitet¹³

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

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

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

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

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

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

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

Grunder för uteslutning¹⁵ av sökande

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

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

¹⁵ Jfr 13 kap. LOU gällande uteslutning av leverantörer.

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

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

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

Godkännande och kontrakt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Information, ickevalsalternativ, rättelse m.m.

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

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

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

4.2.3 Valfrihet för patienten enligt patientlagen

Möjlighet att välja utförare

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

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

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

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

Möjlighet att välja fast läkarkontakt

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

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

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

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

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

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

²² Se kommentar till 6 kap. 3 § PL.

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

Möjlighet att välja fast vårdkontakt

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

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

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

Möjlighet att välja utförare i annat landsting

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

Patientens rätt till information om valfrihetsalternativ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.4 Ansvar för tillsynen över valfrihetssystem enligt LOV

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Vård utanför hemlandstinget – utomlänsvård

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

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

Utomlänsvård – hemlandstinget bär kostnaderna för vården i annat landsting

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

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

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

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

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

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

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

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

Utömlänsvård vid omedelbara behov

I 8 kap. 4 § HSL regleras följande.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.1 Lag om offentlig upphandling

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

Med *upphandling* avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller byggtreprenader genom tilldelning av kontrakt. Lagen gäller även när en upphandlande myndighet anordnar en projekttävling³⁶.

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

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

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

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

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

Principer för offentlig upphandling

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

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

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

Rätten att få delta i en offentlig upphandling

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

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

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

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

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

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

Bestämmelsen i LOU innehåller ytterligare två stycken vari regleras att

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

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

Motsvarande befogenheter finns inte reglerade i LOV.

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

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

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

Villkor för underleverantörer enligt LOU

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

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

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

Ramavtal

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

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

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

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

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

4.4.2 Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Samverkans- och vårdavtal

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

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

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

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

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

Landstingets ansvar

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

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

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

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

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

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

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

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

Samverkan

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

Läkarvårdsersättningen

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

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

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

Patientavgift

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

⁵⁰ Se kommentar till 14 §.

⁵¹ Se vidare 15 § samt kommentar till densamma.

Uppföljning av verksamheten

I 26 § stadgas att

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

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

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

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

4.5 Bestämmelser av betydelse för bemanning och inhyrning av personal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁵³ SOU 2011:5, s. 100 f.

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

4.5.1 Lag (2012:854) om uthyrning av arbetstagare

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- a) arbetstidens längd, övertid, raster, vilotid, nattarbete, semester eller helgdagar,
- b) lön,
- c) skydd för barn och ungdomar, gravida, nyblivna mödrar och ammande kvinnor, eller
- d) skydd mot diskriminering på grund av kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

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

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

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

⁵⁷ Jfr 5 § uthyrningslagen med bemanningsdirektivets artikel 3.

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

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

4.5.2 Lag (1993:440) om privat arbetsförmedling

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

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

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

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

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

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

4.6 Skatterättsliga bestämmelser kopplade till bemanning inom hälso- och sjukvården

4.6.1 Mervärdesskattelagen (1994:200)

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

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

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

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

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

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

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

Undantag för sjukvård, tandvård och social omsorg

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

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

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

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

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

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

Sjukvårdsbegreppet i ML

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

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

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

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

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

Med sjukvård jämföras medicinskt betingad fotvård.

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

Mervärdesskattedirektivet, sjukvård och EU-domstolspraxis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁶⁷ Se domskälen i HFD 7270-17.

⁶⁸ Meddelad 2018-06-07.

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

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

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

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

I enlighet med Skatteverkets yrkande fastställdes därmed Skatterättsnämndens förhandsbesked⁷¹.

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

Mervärdesskattekomensation för kommuner och landsting m.fl.

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

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

⁷² Dom meddelad 2016–12–02.

⁷³ Se främst RÅ 2007 ref. 88 (III).

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

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

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

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

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

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

Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om schablonberäkningen.

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

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

⁷⁵ Se författningskommentar till 1 § LEMK.

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

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

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

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

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

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

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

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

4.7 Bestämmelser om arbetsmiljö

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

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

4.7.1 Arbetsmiljölagen (1977:1160)

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

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

I 2 kap. 1 § regleras följande:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I 3 kap. 5 § regleras följande:

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

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

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

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

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

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

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

4.8 Bestämmelser om bisysslor

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

- Förtroendeskadliga bisysslor
- Arbetshindrande bisysslor
- Konkurrensbisysslor

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

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

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

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

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

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

4.8.1 Lag (1994:260) om offentlig anställning

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

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

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

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

⁸³ Se författningskommentar, Hinn, 2 § LOA.

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

I 7 § LOA regleras förbudet mot förtroendeskadliga bisysslor.

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

Av författningskommentaren framgår följande:

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

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

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

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

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

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

⁸⁵ Se författningskommentar Hinn, 7 b § LOA.

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

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

4.9 Kort analys av begreppen i olika regelverk

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

Begreppet ”vårdgivare”

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

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

⁸⁶ Se författningskommentar Hinn, 7 c § LOA.

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

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

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

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

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

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

Begreppet ”utförare”

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

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

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

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

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

Sammanfattningsvis används begreppet utförare i ljuset av HSL med avgränsning till

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

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

Begreppet ”leverantör”

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Begreppet ”underleverantör”

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

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

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

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

5 Vårdval i primärvården

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

5.1 Kort historik om primärvård och valfrihet

Primärvårdens utveckling

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

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

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

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

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

Husläkarsystemet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Efter husläkarreformen

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

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

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

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

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

5.2 Vårdvalsreformens kärna var valfrihet och etablering

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

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

5.2.1 Syfte och mål

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

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

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

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

5.2.2 Överväganden inför reformen

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

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

Regeringen anförde vidare att

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

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

Nytt husläkarsystem

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

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

Statligt ansvar för primärvården

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

Regional vårdvalsmodell

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

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

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

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

5.2.3 Behovet av omprövning

I betänkandet som föregick vårdvalssystemen konstaterades följande.

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

(SOU 2008:37 s. 101)

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

(SOU 2008:37 s. 111)

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

(SOU 2008:37 s. 118)

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

(SOU 2008:37 s. 104)

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

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

5.3 Tidigare överväganden avseende vårdvalssystemen och LOV

5.3.1 Förslag till avskaffande av det obligatoriska vårdvalet 2015

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

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

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

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

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

(prop. 2014/15:15).

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

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

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

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

5.3.2 Förslag till en ny lag om valfrihetssystem

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

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

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

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

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

5.3.3 Förslag till Vårdval primärvård och ett nationellt grunduppdrag för primärvården

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

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

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

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

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

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

Utredningens förslag bereds för närvarande i Regeringskansliet.

5.4 Kartläggning av styrningen av primärvården

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

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

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

1. Uppdraget

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

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

2. Kostnadsansvaret

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

3. Ersättningsmodellen

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

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

Tabell 5.1 Olika ersättningsmodeller

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

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

4. Ersättningsnivån

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

5. Uppföljning

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

5.4.1 Uppdragen

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

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

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

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

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

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

5.4.2 Kostnadsansvaret

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

Tabell 5.2 Kostnadsansvar för listades konsumtion

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

Källa: SKL 2019c.

Kostnadsansvar för besök och digitala vårdkontakter

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

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

Kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel

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

5.4.3 Ersättningsmodellen

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

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

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

Samtliga landsting har infört någon form av riskjustering av ersättningen

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

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

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

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

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

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

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

Tabell 5.3 Grad av kapitering och riskjustering i landstingen 2018

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

Källa: SKL 2019c.

Målrelaterade ersättningar och prestationsbaserad mätning

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

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

5.4.4 Ersättningsnivån

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

Tabell 5.4 Patientavgifter och ersättningsnivåer för besök

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

Källa: SKL 2019c.

Patientavgifter

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

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

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

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

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

5.4.5 Uppföljningen

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

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

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

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

5.5 Kartläggning av måluppfyllelse i primärvården kopplat till vårdvalsreformens mål

5.5.1 Etablering och mångfald

Ökat antal vårdcentraler

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

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

Tabell 5.5 Offentliga och privata vårdcentraler inom primärvården 2006–2017

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

Källa: SKL (ej publicerade data).

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

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

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

/källa: SKL (ej publicerad data).

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

Tabell 5.7 Utbud av vårdcentraler i relation till befolkning, 2017

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

Källa: SKL (ej publicerad data).

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

Tabell 5.8 Andel vårdcentraler i privat regi per region, 2017

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

Källa: SKL, 2019, Köp av verksamhet 2017.

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

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

Olika typer av utförare

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

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

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

5.5.2 Valfrihet

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

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

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

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

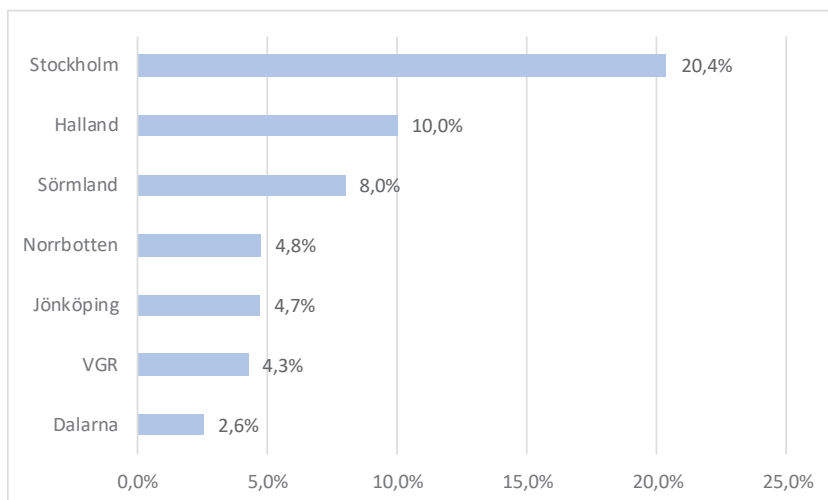
I samtliga landsting används således listning som begrepp för att beskriva att patienten är knuten till en vårdcentral och för att hantera ersättning till utföraren för patienten. Enligt LOV är landstingen dessutom skyldiga att tillhandahålla ickevalsalternativ, dvs. utförare för patienter som inte gör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

”Otrohetsbesöken” kompletterar bilden av patienternas val

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

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

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



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

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

Kännedom om valmöjligheter och förekomst av val

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

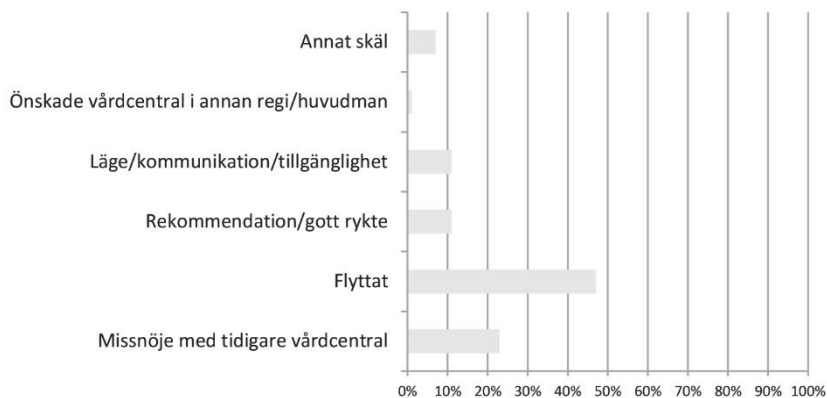
valsalternativet kan vara en offentlig eller privat vårdcentral. Det vanligaste ickevalsalternativet är att invånaren listas vid den vårdcentral som är geografiskt närmast bostaden. Cirka hälften av ”icke-väljarna” hade valt att stanna kvar vid ickevalsalternativet.

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

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

Även en annan studie visade att ungefär en fjärdedel hade bytt vårdcentral under en 3-årsperiod (dvs. 2010–2013). Den vanligaste anledningen till bytet var flytt (47 procent) (Konkurrensverket 2014). Liknande resultat fick Vårdanalys i sin fördjupade undersökning (Vårdanalys 2013a). Bland ”funderarna” såg bilden något annorlunda ut. Av funderarna uppgav 34 procent missnöje som skäl, 25 procent att en annan vårdcentral verkade bättre och 21 procent angav flytt som det viktigaste skälet.

Figur 5.2 Vanligaste anledningen till byte är flytt



Källa: Konkurrensverket2014. "Vad var den huvudsakligen anledningen till att du bytte vårdcentral?"

En viss rörlighet kunde förväntas vid införandet av vårdvalssystemen. Andelen som väljer att byta mottagning är normalt större i områden där primärvården tidigare haft ett geografiskt ansvar, där det finns många som inte tidigare gjort ett aktivt val och där det finns nyetablerade mottagningar. Efter införandet av vårdval minskar andelen i befolkningen som gör omval och det är få som väljer en ny mottagning när de väl har gjort ett val (Glenngård 2015).

Det är oklart vad patienterna vill välja

Det saknas ännu helt studier som diskuterat frågan om patienten vill välja en person, ett team eller utförare/vårdcentral eller en kombination av dessa. Det får ses som en brist givet hur högt patienter värderar personkontinuitet (se nedan).

Det finns endast begränsat underlag när det gäller vilka faktorer som styr valet. Aspekter som rör tillgänglighet i termer av geografiskt läge och väntetider, bemötande, kontinuitet och läkarens egenskaper ges relativt stor vikt. I mellanskiktet hamnar faktorer som berör offentliga resultatmätningar, såsom medicinska resultat och patientnöjdhet (Vårdanalys 2013a). Patientens egna vårdupplevelser väger tungt i valet av vårdcentral, oberoende av ålder och bostadsort. Patienter med aktuell erfarenhet av möten med vården och som gjort aktiva val av vårdgivare i primärvården lägger störst tonvikt vid möjligheten

till kontinuitet, med avseende på läkarbesök, och tillgänglighet, i valet av vårdgivare. Med tillgänglighet menas dels möjligheter att snabbt kunna få en tid till en läkare eller annan vårdpersonal vid den valda vårdcentralen, dels det geografiska avståndet till vårdgivaren. För äldre personer var det geografiska avståndet till vårdcentralen den viktigaste aspekten av tillgänglighet. Yngre personer tycker det var viktigast att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn och det var mindre betydelsefullt att få träffa samma läkare (Nordgren m.fl. 2010).

Liknande resultat ses i en mer nylig amerikansk undersökning av unga vuxna, s.k. millennials. Enligt studien är den gruppen ofta inte intresserade av kontinuitet i form av en fast vårdkontakt eller en fast vårdcentral utan av att maximera tillgängligheten, där det viktigaste är bekvämlighet, snabbhet i tjänsterna och möjligheten till digitala kontakter (Boodman 2018). Den nuvarande situationen i Sverige är ännu inte kartlagd med mycket av den anekdotiska information som utredningen fått tyder på att samma tendens finns i Sverige. Ett antagande är att detta ser olika ut för olika grupper och olika personer, beroende på den situationen individen befinner sig i.

Information till stöd för valfriheten

Vare sig de som bytt eller de som funderar på att byta vårdcentral har sökt information i någon större utsträckning. Runt 75 procent av dem som har bytt eller funderar på att byta uppger att de inte alls eller i liten utsträckning har sökt efter information (Vårdanalys 2013a).

Ett tydligt mönster är vidare att det är mer egeninitierade byten av vårdcentral som driver informationssökande, snarare än byten som beror på yttre omständigheter, t.ex. flytt.

Flera studier i Sverige har slagit fast att familj och bekanta är huvudsakliga informationskällor om vårdcentraler och hur man byter (se t.ex. Vårdanalys 2013a). Därefter följer information från den vårdcentral de vill byta till och därefter vänder sig respondenterna till landstingets hemsida. Och trots att många alls inte söker efter information har cirka en tredjedel angett att de inte byter vårdcentral på grund av att de saknar tillräcklig information om andra vårdcentraler. De som funderar på att byta vårdcentral anger i högst

utsträckning att avsaknad av information är ett skäl till att inte byta. Respondenterna uppger också andra viktiga skäl till att inte byta. Bland annat uppger cirka en tredjedel att de är trötta på alla val som ska göras i samhället, liksom att det är jobbigt att börja om på en ny vårdcentral (Vårdanalys 2013a).

Enligt uppgifter till utredningen bygger SKL upp en nationell plattform för strukturerade patientrapporterade mått. Patienter, vårdgivare och forskare behöver få bättre möjligheter att bidra till insamling, användning och delning av patientrapporterade data på ett etiskt, säkert och strukturerat sätt. Förslaget är därför en Nationell plattform för strukturerade patientrapporterade mått, som i ett första steg innefattar verktygen Nationell Patientenkät och Hälso- och sjukvårdsbarometern. Den nationella plattformen är en del i en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning.

5.5.3 Tillgänglighet

Ett ytterligare mål med vårdvalsreformen var att stärka tillgängligheten. Att vården ska vara lätt tillgänglig ingår även i det lagstadgade kravet på att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL). Med det avses geografiska förhållanden och närhet enligt förarbetena men det kan även röra sig om andra förhållanden, t.ex. öppethållande vid mottagningarna, jourtjänstgöring och hur förekomsten av köer ser ut (prop. 1981/82:97 s. 57, 117). Andra aspekter på tillgänglighet är kostnader i form av egenavgifter, förtroende för personalen, tillgång till vårdpersonal med rätt kompetens och individens förmåga att förvärva, förstå och använda information i syfte att behålla, främja eller förbättra sin hälsa (Socialstyrelsen 2018a).

Både väntetider och tillgänglighet i bred bemärkelse har sedan länge varit ett problem i svensk hälso- och sjukvård. Svenska patienter upplever sämre tillgänglighet till hälso- och sjukvården än patienter i andra jämförbara länder. De upplever i större utsträckning att de behöver vänta länge på att få tid hos läkare eller sjuksköterska och de upplever sämre tillgänglighet till vård på kvällar och helger (vårdanalys 2017b).

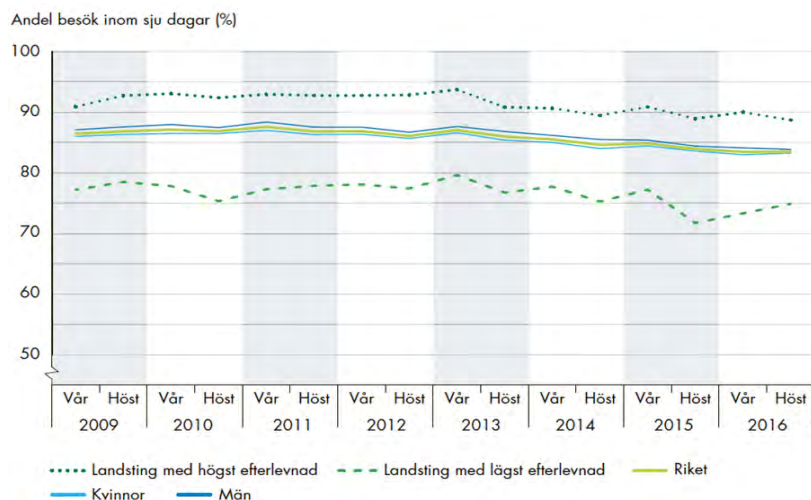
Väntetider till vård

Trots tydliga politiska intentioner att ”korta köerna” till vården har väntetiderna till primärvården generellt sett ökat något under den senaste 10-årsperioden. Den nationella vårdgarantin infördes i lagstiftningen 2010, dvs. ungefär samtidigt som vårdvalssystemen i primärvården infördes. Enligt vårdgarantins ursprungliga lydelse ska patienten bl.a. få kontakt med primärvården samma dag och besök hos en läkare inom primärvården inom sju dagar. Den uppföljning av tillgängligheten enligt vårdgarantin som gjorts utgår från denna lydelse.

Telefontillgängligheten, dvs. om patienten får kontakt samma dag, har legat ganska stabilt mellan 2009 och 2018 kring strax under 90 procent för riket som helhet men med en viss försvagning de senaste åren (86 procent under 2018). Det finns mycket stora skillnader mellan landsting i andelen kontakter som besvaras samma dag även om dessa har blivit mindre över tid – under 2018 (hösten) varierade det från 80 procent på Gotland till 100 procent i Jönköping.

Läkartillgängligheten, dvs. andelen patienter som fick ett besök inom 7 dagar, har minskat över tid. Även när det gäller detta mått på tillgänglighet finns stora skillnader mellan landstingen, vilket har bestått över tid.

Figur 5.3 Andel som fått läkarbesök i primärvården inom sju dagar 2009–2016



Källa: Vårdanalys 2017b.

När patienter tillfrågas om erfarenheter av tillgänglighet är bilden mer negativ

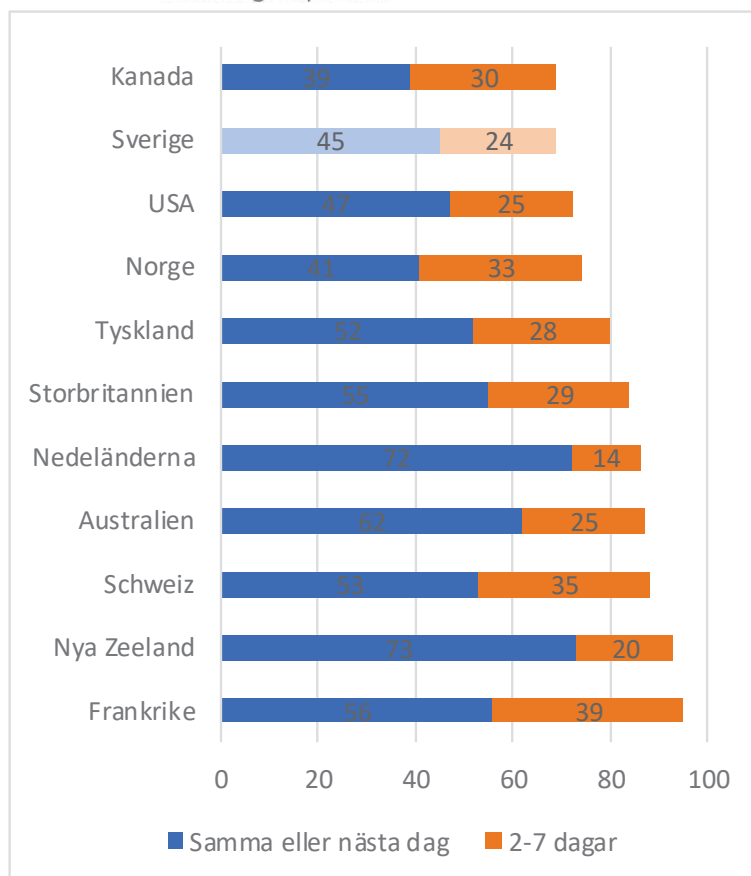
Troligen överskattas tillgängligheten till primärvården i ovan redovisade statistik. Det beror bl.a. på att vissa patienter inte syns i statistiken:

- Patienter som kommer på drop-in men inte får något besök
- Patienter som inte får en tid på vårdcentral där man endast kan boka besök med kort varsel (t.ex. så kallade akuttider)
- Patienter som får besked att det inte finns några lediga tider och hänvisas till en annan vårdcentral
- Patienter som registreras som ”patientvalt väntande” (t.ex. därför att man vill träffa en särskild läkare).

Flera rapporter har dessutom visat en bristande överensstämmelse mellan patienternas uppfattningar av tillgängligheten och den som redovisas i statistiken (se t.ex. Vårdanalys 2017a och Vårdanalys 2017c) och i internationell jämförelse framkommer tydligt att tillgängligheten är svag i Sverige när patienterna tillfrågas.

Figur 5.4 Senaste gången du var sjuk eller behövde medicinsk vård, hur snabbt kunde du få tid hos en läkare eller sjuksköterska?

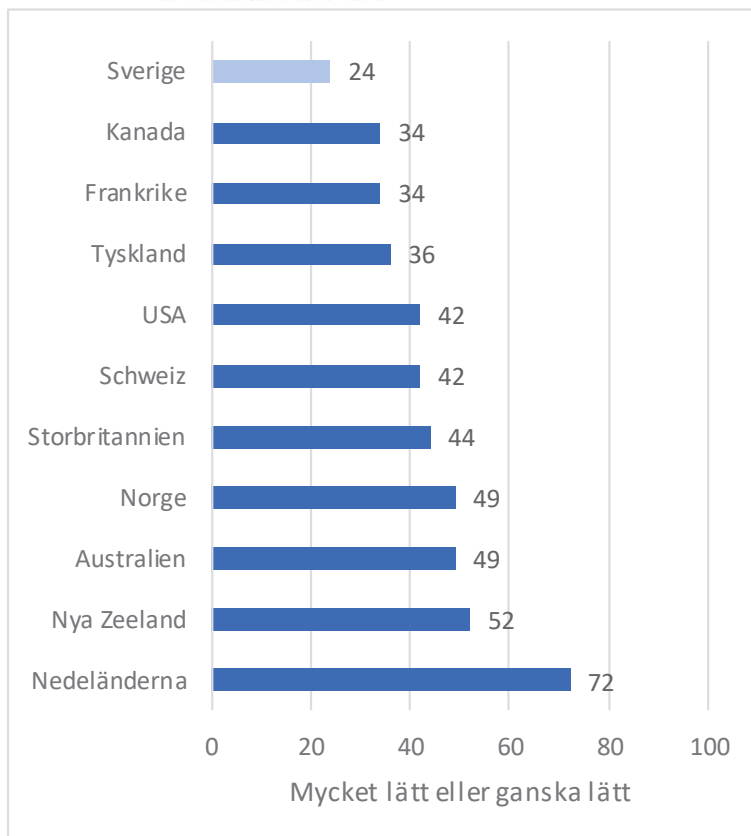
Siffror anges i procent.



Källa: Vårdanalys 2016a.

Figur 5.5 Hur lätt eller svårt är det att få vård på kvällen, på helgen eller på en helgdag utan att gå till sjukhusets akutmottagning?

Siffror anges i procent.



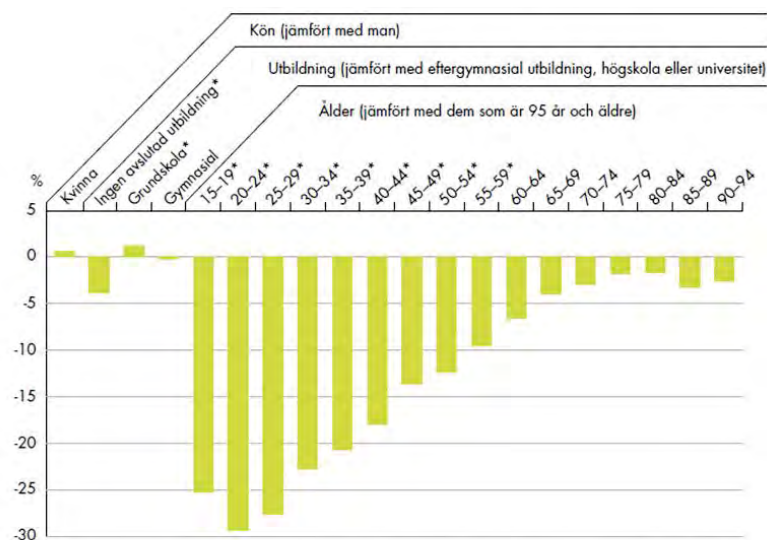
Källa: Vårdanalys 2016a.

Sämre upplevd tillgänglighet bland vissa grupper

Det är utifrån de data som finns tillgängliga svårt att göra långtgående jämförelser av olika gruppers upplevelse av tillgängligheten. I figuren nedan framkommer vissa skillnader utifrån Nationell patientenkät – de med hög utbildning och hög ålder är mest nöjda med tillgängligheten. Mellan kvinnor och män finns nästan ingen skillnad.

Figur 5.6 Skillnader mellan patientgrupper med olika utbildning och ålder i andelen som angett ett positivt svar på frågan "Fick du besöka hälso-/vårdcentralen i rimlig tid?"

Skillnaden uttrycks i procentenheter.



Not: Positivt svar motsvarar de respondenter som har svarat "Ja, helt och hållet" eller angett en fyra på en femgradig svarsskala. Resultaten i figuren baseras på en multipel regression (OLS) där "positivt svar" på frågan är utfallsvariabel och ålder, kön och utbildning är förklarande variabler (bilaga 6). * Indikerar att skillnaden är statistiskt signifikant på åtminstone 5-procentnivå. Källa: SKL:s Nationella Patientenkät 2015.

Källa: vårdanalys 2017a.

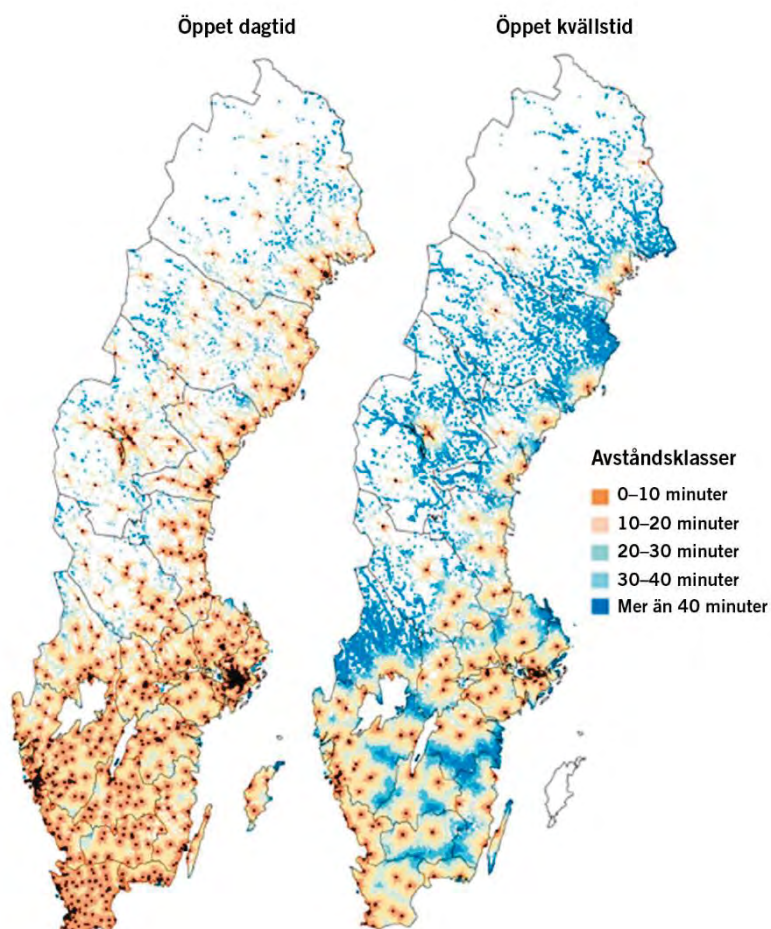
Geografisk närhet till vårdcentral och öppettider

Huvuddelen av befolkningen i landet (92 procent), hade 2018 mindre än 10 minuters bilresa till sin närmaste vårdcentral under dagtid på vardagarna. Denna andel varierar från 77 procent i Jämtland Härjedalen till 98 procent i Stockholm. Andelen med en bilresa på mer än 40 minuter är 0,1 procent varav den största andelen på 1,8 procent återfinns i Norrbotten (Socialstyrelsen 2018a).

Tillgängligheten under kvällstid respektive nattetid är väsentligt sämre. I landet finns det sammanlagt 182 tillgängliga kvällsmottagningar som har kvällsöppet någon vardag i veckan. Av det totala antalet har 123 mottagningar (68 procent) kvällsöppet fem vardagar i veckan. Totalt 71 stycken (58 procent) är tillgängliga mellan kl. 17.00 och 22.00, varav 10 mottagningar är tillgängliga även till 24.00. Akutmottagningarna står i stället för tillgängligheten på helger och nattetid

på vardagar. Det finns sammanlagt 73 tillgängliga mottagningar i landet, varav 66 stycken (90 procent) är akutmottagningar som har öppet dygnet runt, alla dagar i veckan. De övriga består av jourmottagningar eller jourcentraler (Socialstyrelsen 2018a).

Figur 5.7 Illustration av tidsavstånd till vårdmottagningar under dagtid och kvällstid



Källa: Socialstyrelsen 2018a.

För att det ska finnas mångfald och valfrihet i praktiken kan hävdas att det bör finnas minst två valbara vårdmottagningar inom rimligt avstånd att välja bland. Konkurrensverket och Tillväxtanalys har

tidigare (2014) kartlagt avståndet till näst närmaste vårdcentral och konstaterade då att möjligheten att välja självklart är störst i de centrala delarna av storstadsområdena samt medelstora och större städer men att det även finns relativt små orter med minst två vårdmottagningar. Över 80 procent hade sin näst närmaste vårdcentral inom 5 minuters bilfärd (Konkurrensverket 2014). Sedan Konkurrensverkets kartläggning är antalet mottagningar i princip oförändrat och därmed sannolikt även tillgängligheten.

Digitala kontaktvägar

I avsnitt 9 ges en närmare beskrivning av utvecklingen av de digitala kontaktvägarna och konsumtionsmönster.

5.5.4 Kvalitet (kvalitetskonkurrens)

Som framgår ovan var en idé med vårdvalssystemen att stimulera kvalitetsutveckling. Regeringen bedömde att stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet och att det därmed skapas konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Svårt att uttala sig om kvalitet

I Sverige finns dessvärre mycket knapphändig information om primärvården, bl.a. vad gäller kvalitet, i jämförelse med övriga delar av hälso- och sjukvårdssystemet. I nuläget saknas lagstöd för att samla personnummerbaserade individuppgifter om primärvården på nationell nivå. I detta avseende skiljer sig därmed primärvården från övrig öppen vård samt slutna vård. Det innebär att majoriteten av de vårdinsatser som ges inom hälso- och sjukvården i Sverige inte följs upp på samma systematiska sätt som övrig vård. Flera förslag ligger för närvarande hos regeringen att stärka möjligheterna till sådan uppföljning men har ännu inte realiserats (Socialstyrelsen 2012a, SOU 2018:39).

Under uppbyggnad är ett nationellt system för kvalitetsdata i primärvården, *Primärvårdskvalitet*. Syftet är att ge stöd för vårdcentra-

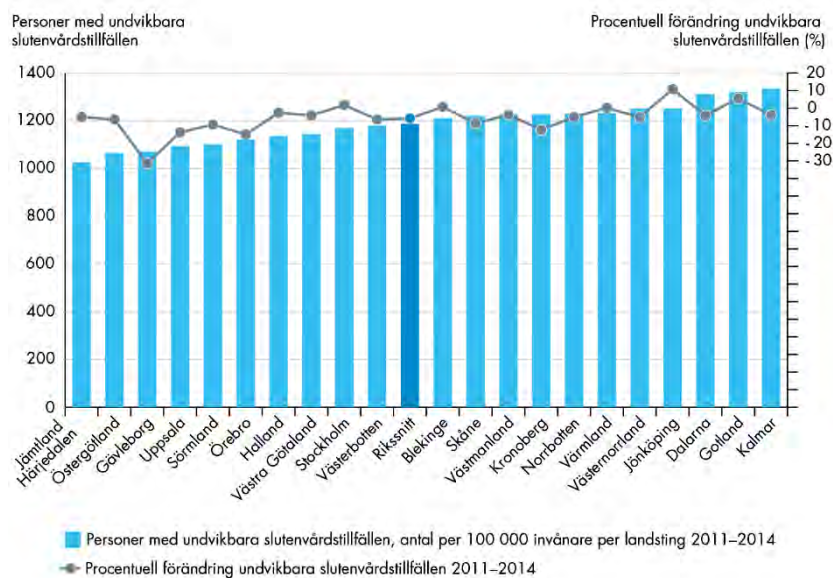
lerna att följa upp och förbättra sitt arbete. Ungefär två tredjedelar av vårdcentralerna är anslutna till systemet för närvarande (SKL 2019a).

Patientrapporterade mått när det gäller primärvården följs upp av SKL i den Nationella patientenkäten. På grund av ändringar i enkäten under 2013–2015 går det inte att jämföra resultaten bakåt i tiden för att se hur den patientrapporterade kvaliteten förändrats efter vårdvalssystemens införande. En studie från Västra Götalandsregionen visar på generellt minskad nöjdhet med primärvården efter vårdvalets införande.

De mått som finns visar på en positiv utveckling i primärvården

Undvikbar slutenvård är ett övergripande mått på öppenvårdens resultat och där är primärvården en central del. Måttet syftar till att mäta hur ofta det förekommer slutenvård som borde ha kunnat förhindras med en optimalt fungerande öppenvård och primärvård. Sammantaget har den undvikbara slutenvården minskat med cirka 6 procent mellan 2011 och 2014. Men det finns förhållandevis stora variationer i utvecklingen av dessa slutenvårdstillfällen mellan de olika landstingen.

Figur 5.8 Personer med undvikbara slutenvårdstillfällen, genomsnittligt antal per 100 000 invånare under perioden 2011–2014 fördelat på landsting samt procentuell förändring av undvikbara slutenvårdstillfällen från 2011 till 2014 i respektive landsting



Källa: Vårdanalys 2017a.

Not: Vid beräkning korrigeras för skillnader i befolkningens åldersstruktur mellan olika landsting. Den geografiska fördelningen baseras på patienternas hemort.

I övrigt finns få mått som i nuläget kan användas på nationell nivå för att belysa utvecklingen av kvalitet i primärvården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har beräknat ett genomsnitt för perioden 2011–2014 när det gäller landstingens genomsnittliga måluppfyllelse för tre diabetesrelaterade resultatindikatorer. Resultaten visar en stor spridning mellan landsting, 25 procent i det landsting med lägst resultat och 45 procent i det landsting med högst resultat. Mellan 2011 och 2014 förbättrades resultaten i samtliga landsting utom två. I många fall är förbättringarna stora procentuellt sett. I Värmland och Örebro ökade måluppfyllelsen med över 60 procent.

Patienten har liten vägledning när det gäller att jämföra kvalitet mellan olika utförare

För det fall att patienten vill informera sig om olika utförares kvalitet och med ledning av det göra ett val finns ganska knapphändig information. Tidigare fanns en redovisning av väntetider samt generella omdömen som hämtas från nationell patientenkät på 1177.se, där patienten kunde hitta och jämföra t.ex. vårdcentraler med varandra. I rutan anges de indikatorer som redovisades tidigare. Under 2019 beslutades att redovisningen samt möjligheten till jämförelser skulle tas bort från 1177.

Faktaruta 5.1 Tidigare mått för att jämföra vård på 1177.se – hitta och jämför vård

Från nationella väntetidsdatabasen

- Hur stor andel av de telefonsamtal som rings till en vårdcentral som besvaras samma dag
- Hur stor andel personer som får träffa en läkare inom sju dagar

Från nationell patientenkät

Uppgifter om vad de som har besökt en mottagning tycker om den. Generella omdömen om upplevelse av:

- delaktighet i vården
- information och kunskap
- kontinuitet och samordning
- känslomässigt stöd
- tillgänglighet
- helhetsintryck

I vissa fall (mindre ofta förekommande) fanns uppgifter från andra källor

- Följer rekommenderad läkemedelsförskrivning
- Mätt blodsockret på diabetespatienter
- Fotundersökning vid diabetes
- Ögonbottenundersökning vid diabetes.

5.6 Kartläggning av måluppfyllelse i primärvården utöver vårdvalsreformens mål

I utredningens direktiv framgår att vi som utgångspunkt för vår översyn av vårdvalssystemen ska ha hur vården kan främja jämlikhet och behovsbaserad vård. Det framkommer även frågor om hur effektiviteten i vården kan öka samt att kontinuiteten i vården behöver stärkas. Samtliga dessa mål följer också av HSL. I det följande kommer vi därför att diskutera hur vårdvalet påverkat även dessa mål.

5.6.1 Jämlik och behovsbaserad vård

Utbud

Utbudet varierar stort utifrån geografi

Det finns omfattande dokumentation som beskriver att organiseringen av vården påverkar dess jämlikhet. Kanske mest uppenbart är att tillgången till vård påverkas av dess geografiska distribution (SOU 2017:47 s. 251). Som framgår av redovisningen när det gäller etablering och tillgänglighet ovan råder dramatiska regionala skillnader när det gäller utbudet av primärvård. Efter vårdvalets införande har dessa skillnader i enstaka fall minskat men i flera fall har de snarare förstärkts efter vårdvalets införande. (I några landsting minskade antalet vårdcentraler, utan att det skett motsvarande minskning av antalet invånare.) Det finns vidare skäl till att glest befolkade områden bör ha fler vårdcentraler i förhållande till befolkningsandelen än tätbefolkade områden, dels för att kunna upprätthålla en tillräcklig service, dels för att de ofta möter en större andel mer komplicerade vårdbehov än vårdcentraler belägna närmre sjukhus (Konkurrensverket 2014).

Vissa socioekonomiska skillnader i utbudet finns

När det gäller jämlikhet ur ett socioekonomiskt perspektiv är det i viss mån omdebatterat på vilket sätt det fria vårdvalet och fri etablering påverkar jämlik vård och reformen har tagit olika form på olika håll i landet. I den senaste översiktsartikeln på området (Burström m.fl. 2017) dras slutsatserna *dels* att det är svårt att på ett korrekt

sätt mäta utbud och tillgång till vård så att det blir meningsfullt ur jämlikhetsperspektivet och *dels* att de utvärderingar som finns är få och inte heltäckande; endast 6 vetenskapliga artiklar och 9 rapporter. Hittills finns dock enligt översiktsartikeln sammantaget *tecken på att reformen lett till minskad jämlikhet i vården* och att det finns anledning att bl.a. se över hur ersättningssystemen kan dämpa de effekterna. Reformen bedöms särskilt ha gynnat ekonomiskt starkare grupper med lägre behov och dessutom ha försvårat integrerad vård för de med komplexa behov. Resursfördelningen till utförare bedöms efter reformen bero mer på var utföraren är etablerad och patientval och efterfrågan och mindre på behovet av vård. Genom ett, i jämförelse med tidigare, snävare uppdrag bedöms det vidare finnas risker för att primärvården fått en minskad påverkan på folkhälsa (Burström m.fl. 2017).

Några studier har försökt undersöka om vårdvalet inneburit ojämlikheter när det gäller etableringar (se mer i delbetänkandet SOU 2018:55). Vissa analyser pekar på att nyetableringarna har styrts av förändringar i befolkningsstruktur, dvs. det har etablerats nya primärvårdsmottagningar i större städer och andra områden med en hög inflyttning så att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningsfördelningen relativt väl (Vårdanalys 2017a). Men som konstaterats ovan kan befolkningsförändringar inte ensamt förklara förändringen av antalet vårdcentraler.

I Riksrevisionens granskning av vårdvalsreformen konstateras att etableringar i samband med vårdvalsreformen samvarierar positivt med befolkningstäthet, områdets medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel personer över 70 år. Nedläggningar har i större utsträckning ägt rum i områden med svårare socioekonomiska förutsättningar eller lägre medelinkomst. Rapporten har mött en del kritik, bl.a. har Västra Götalandsregionen i en egen analys konstaterat att motsvarande mönster inte går att se i Västra Götaland. Västra Götaland hör dock till de landsting som gått längst i justeringen av ersättningen utifrån socioekonomi, vilket kan tala för Riksrevisionens slutsatser ändå är korrekta på nationell nivå.

I senare forskning konstateras att nya vårdcentraler etablerar sig i större utsträckning i områden där det bor färre ensamstående föräldrar och äldre som lever ensamma men att det inte finns något samband med andra socioekonomiska variabler (Isaksson 2016).

Konkurrensverket har i analyser gjort uppskattningar av sambanden mellan bl.a. hur landstingens ersättningsmodeller och storleken på uppdraget påverkar antal vårdcentraler (Konkurrensverket 2014). Slutsatsen är att landstingen genom sina styrsystem i form av ersättningsystem, kostnadsansvar och uppdragsbredd (förklaringsfaktorer) kan ha viss möjlighet att påverka både antalet vårdcentraler och vårdcentralernas resultat inom landstinget. Denna del är dock mycket liten i förhållande till de naturliga förutsättningarna i form av befolkningens mängd och dess fördelning. Styrsystemens effekter är starkare för offentliga vårdcentraler än för privata, både avseende närvaro och resultat.

Motsvarar utbudet av primärvård behovet i befolkningen?

De analyser som refererats till ovan är främst inriktade på *förändringen* efter vårdvalet. En brist i forskningen är att det finns ytterst lite analys när det gäller den fråga som väcktes innan vårdvalsreformens införande, dvs. om det *redan funns ojämlikheter* i vården och att vårdvalsreformen inte gav förutsättningar att förändra det utan att i bästa fall upprätthålla status quo. Som flera har konstaterat är det utifrån de knapphändiga data som finns om primärvården svårt att uttala sig om skillnader i behov och utfall. I utredningens samtal med vissa landsting framkommer vidare att landstingen anser att det är svårt att göra behovsanalyser på befolkningsnivå i relation till utbud.

Däremot kan konstateras att personer med svagare socioekonomi och därmed sämre (förväntad) hälsa i högre utsträckning besöker primärvården medan de med starkare socioekonomi i högre utsträckning besöker annan öppen specialiserad vård (Vårdanalys 2017a). Primärvården kan därmed ha en utjämnande och omfördelande effekt. Resurserna till primärvården har dock minskat i relation till övrig vård sedan vårdvalets införande (se avsnitt 5.6.3 och Vårdanalys 2017a).

Konsumtion

Konsumtionen skiljer sig mellan olika grupper

I delbetänkandet beskrev vi skillnaderna i konsumtion av all hälso- och sjukvård mellan olika grupper, med ledning av data från Dalarna, Norrbotten, Västra Götaland och Skåne. Sammanfattningsvis visade våra analyser att starkare socioekonomi samvarierar negativt med vårdkonsumtion och vårdkostnader. Förvärvsarbetande har i genomsnitt lägre vårdkostnader än individer som inte arbetar. Personer med en hög disponibel hushållsinkomst har i genomsnitt lägre vårdkostnader än individer med lägre inkomst. Ju högre utbildning man har desto lägre kostnader har man för sjukvård. En brist är att vi fortfarande inte kan ge någon samlad beskrivning för alla landsting när det gäller dessa skillnader.

Det finns tecken på att ökad konsumtion inte gynnar de med störst behov

Principen om behovsbaserad kan förstås på flera sätt. Dels kan den handla om den övergripande fördelningen av vårdutbudet utifrån analyser av befolkningens behov i olika områden eller inom olika grupper. Det kan t.ex. avse att utbudet inte motsvarar de socioekonomiska skillnader som finns i befolkningen, se ovan.

Dels kan principen handla om hur arbetet i verksamheterna organiseras för att möta de med störst behov. Ett exempel är att studier har visat att ett fåtal patienter står för en stor del av kostnaderna inom sjukvården. Inom hälso- och sjukvården avser halva kostnaden de 3–4 procent i befolkningen som har högst vårdkostnad. En majoritet av sjukvårdens resurser riktas till personer med kroniska sjukdomar; kronisk sjukdom förekommer hos nästan halva befolkningen och en person med kronisk sjukdom har i genomsnitt fyra till sex gånger så hög sjukvårdskostnad jämfört med en person utan kronisk sjukdom (Socialdepartementet 2010, Vårdanalys 2014a).

I en studie i tre landsting (Skåne, Stockholm och Östergötland) före och efter vårdvalets införande har konsumtionen av vård jämförts mellan befolkningen som helhet och i olika grupper med kroniska sjukdomar som diabetes, astma, KOL och demens samt i en vårdtunga grupp med ett brett diagnospanorama som står för en stor

andel av vårdens kostnader (Vårdanalys 2013b). Analysen visar att *befolkningen*, i större utsträckning än varaktigt vårdbehövande grupper, fått del av ökningen av läkarbesöken i samtliga landsting. Sett enbart till läkarbesök på mottagning i primärvården pekar resultaten i samtliga landsting på att merparten av besöksökningen tillfallit befolkningen som helhet snarare än grupperna med större förväntat vårdbehov. Den tydliga ökningen av andelen läkarbesök vid enklare diagnoser, i relation till dem med stora vårdbehov som observeras i Stockholm, understryker ytterligare denna utveckling. Den generella ökningen av antalet ospecifika diagnoser i primärvården talar också för detta. Troligen visar detta också att primärvården i organisering och arbetssätt inte lyckats hitta mer kostnadseffektiva sätt att ta hand om de ”enklare” besöken jämfört med de mer komplexa.

Förutsättningarna att göra val är inte jämlika

Utformningen av vårdvalet i primärvården innebär att vem som helst kan lista sig var som helst i teorin. Att man bor i ett socioekonomiskt svagt område betyder inte att man måste lista sig där. Men i praktiken är geografisk närhet till hemmet ofta avgörande vid val av vårdcentral – geografisk närhet är ett av de vanligaste skälen till varför man valt en viss vårdcentral. Närheten kan avse både till hemmet och till jobbet (Vårdanalys 2013a). Byte av bostad är dessutom, som framgår ovan, det överlägset vanligaste skälet till att man väljer att byta vårdcentral.

Vidare konstaterar Riksrevisionen att ”mycket talar för att personer med stora vårdbehov i särskilt stor utsträckning listar sig och konsumerar vård i området där man bor” (Riksrevisionen 2014a). En orsak till detta kan vara att individer med sämre socioekonomiska förutsättningar, och alltså ofta större vårdbehov, tenderar att ha sämre tillgång till transportmedel.

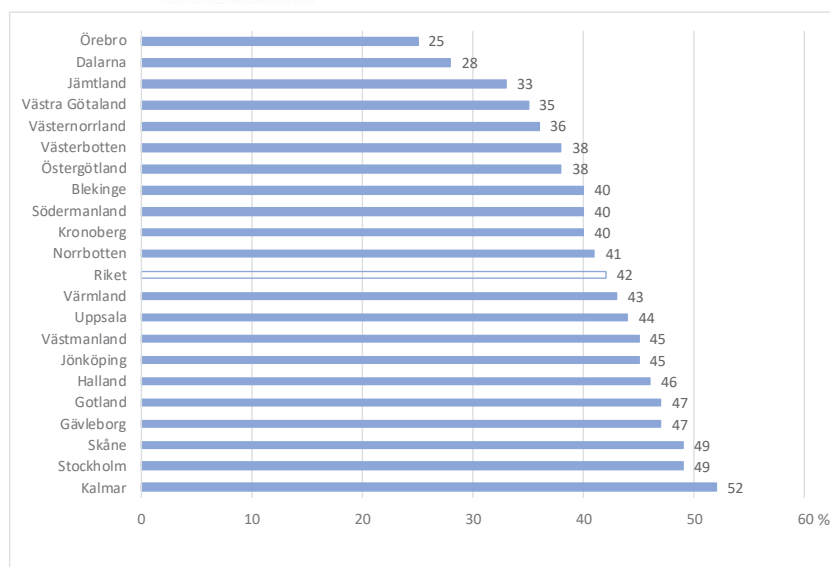
Av de äldre som ofta har störst behov är det vidare endast en ytterst liten andel som har de kognitiva, fysiska och psykiska resurser som krävs för att göra informerade val (Winblad m.fl. 2012). De ”transaktionskostnader” som är förknippade med ett omval kan dessutom förväntas vara större för de patienter som har störst behov, t.ex. på grund av ålder eller dålig hälsa, varför de kan förväntas välja om mindre ofta.

5.6.2 Kontinuitet

Samordning och kontinuitet är en av den svenska hälso- och sjukvårdens verkliga akilleshälar i en internationell jämförelse (SOU 2016:2). Med kontinuitet avses här i första hand relationell kontinuitet, dvs. att patienten får träffa samma person. Det är också utgångspunkten i lagstiftningen, som bl.a. anger att patienten ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården. En uppföljning av effekterna av patientlagen visar att andelen med fast läkarkontakt i primärvården minskade från 42 procent 2014 till 39 procent 2016. Det råder också mycket stora skillnader mellan landstingen när det gäller tillgången till kontinuitet, vilket bekräftas av både patienter och primärvårds-läkare.

Figur 5.9 Andel som har minst en fast läkarkontakt

Andel som har svarat ja på frågan "Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? T.ex. familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?"



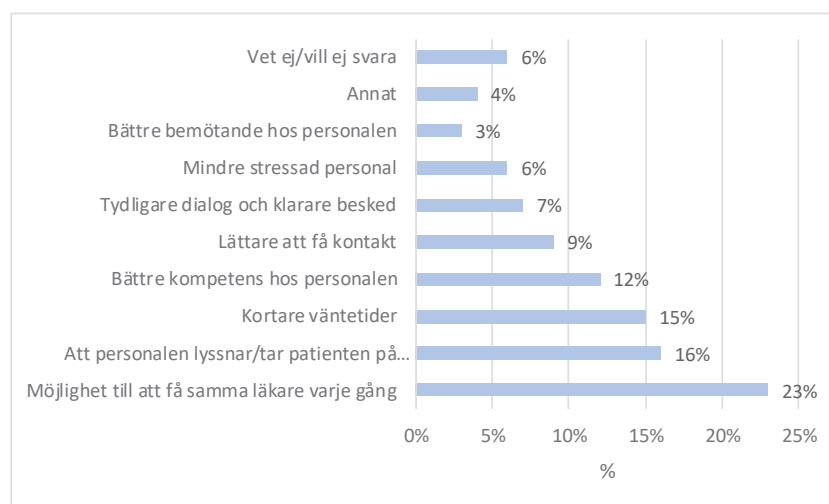
Källa: Vårdanalys 2016a.

Det finns socioekonomiska skillnader när det gäller förekomsten av en fast läkarkontakt. För patienter med vissa kända vårdbehov är det vanligare att höginkomsttagare har en fast läkarkontakt än patienter

med lägre inkomst. För övriga patienter är det mindre vanligt för låginkomsttagare att ha en fast läkarkontakt jämfört med patienter med en medelinkomst. När det gäller olika utbildningsnivåer finns däremot inga skillnader (Vårdanalys 2018c).

I undersökningen hälso- och sjukvårdsbarometern ställs bl.a. frågan om faktorer som skulle öka *förtroendet* för hälso-/vårdcentraler. Den faktor som flest anser skulle öka förtroendet är möjligheten att få samma läkare varje gång. Andra relativt vanliga faktorer som skulle ge ett högre förtroende är att ha personal som lyssnar och tar patienten på allvar respektive kortare väntetider.

Figur 5.10 Åtgärder som skulle öka förtroendet för hälso-/vårdcentraler i sin region



Källa: SKL 2019b.

Inspektionen för vård och omsorg har inom ramen för tillsynen hämtat in synpunkter från patienter på vårdcentraler och konstaterar att de vanligaste negativa synpunkterna handlar om att patienter får olika läkare vid sina besök, att det saknas läkare eller att det kan vara svårt att byta läkare om man inte är nöjd med den som man har. En patient anger exempelvis att ”På grund av att man inte har samma läkare tycker jag att det saknas en helhetssyn. Det finns för lite personal, speciellt läkare.” En annan patient säger att ”På sistone har det

inte varit den kontinuitet i mötet med läkare som jag hade/upplevde tidigare” (IVO 2016a).

5.6.3 Effektivitet

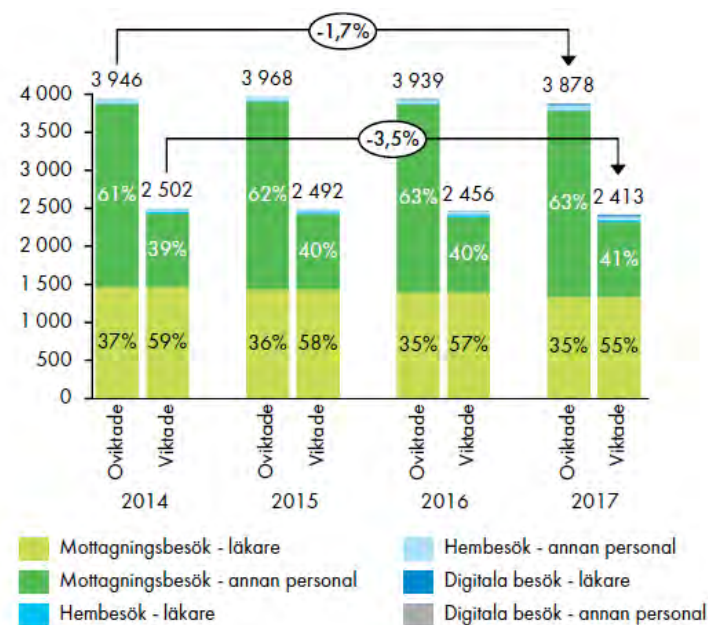
I förarbetena till vårdvalsreformen betonades att en ökad mångfald genom vårdvalssystemen kan bidra till en ökad kostnadseffektivitet i vården. I utredningens direktiv anges också att utredningen ska lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Kravet på effektivitet framgår både av kommunallagen och hälso- och sjukvårdslagen. Effektivitet brukar beskrivas som hur väl målen för en verksamhet uppnås i förhållande till de resurser som används. Det innefattar att resurserna ska användas på bästa sätt i varje del av verksamheten, liksom att de ska användas till rätt saker så att det samlade resultatet på bästa sätt bidrar till målen.

Det är svårt att mäta effektiviteten i vården. Som närmare beskrivs i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) används ofta mått på ineffektivitet för att övergripande beskriva effektiviteten, dvs. att det inträffar oönskade händelser. Det gäller t.ex. ”undvikbar slutenvård”, ”oönskade händelser efter knä- och höftoperationer”, ”vårdrelaterade infektioner”, ”biverkningar av läkemedel”, osv. Som framgår ovan har den undvikbara slutenvården minskat med sex procent mellan åren 2011–2014, vilket skulle kunna antyda en ökad effektivitet. Utredningen har dock inte kunnat hitta den typen av analyser. Med hänsyn till de mycket begränsade kvalitetsmått för primärvården är det svårt att uttala sig om effektiviteten eller hur denna har utvecklats efter vårdvalet.

En del i effektivitetsbegreppet är produktivitet, dvs. mängden prestationer och kvaliteten i dessa i förhållande till insatta resurser. Ett mått på detta är antalet konsumerade primärvårdsbesök per 1 000 invånare. Som beskrivs i delbetänkandet ökade antalet besök inom primärvården efter vårdvalets införande; antalet läkarbesök i primärvården ökade med knappt åtta procent under perioden 2006–2013. Under åren därefter (2014–2017) har dock produktiviteten minskat, främst därför att antalet mottagningsbesök med läkare minskar. I figuren nedan framgår antalet viktade och oviktade primärvårdsbesök per 1 000 invånare, där varje besök viktas utifrån resursåtgång

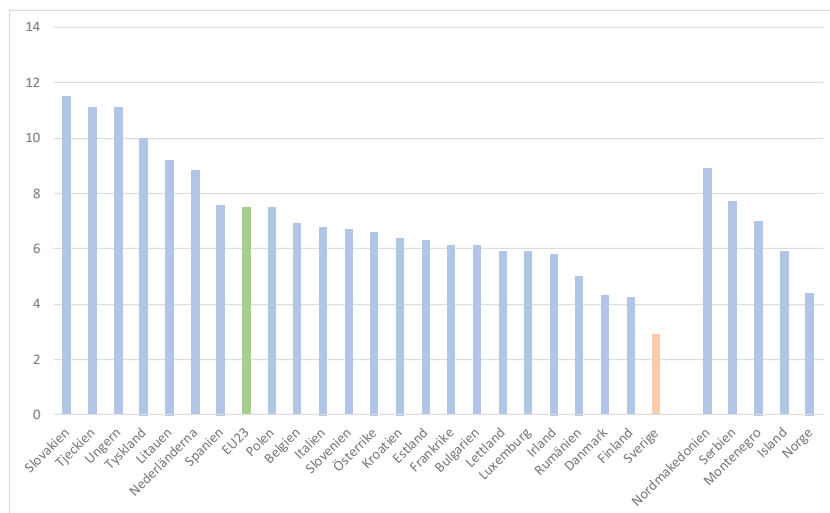
beroende av vilken personalkategori som träffat patienten och var besöket ägde rum.

Figur 5.11 Oviktrade och viktade primärvårdsbesök i riket per 1 000 invånare



I ett internationellt perspektiv är produktiviteten till synes låg, där Sverige fortsatt har lägst antal läkarbesök per person och år – 2,9 besök per år, vilket inte ändrats under den senaste 20-årsperioden.

Figur 5.12 Antal läkarbesök per person och år inom OECD, 2016 (eller närmaste år)



Källa: OECD Health Statistics 2018.

Det saknas ännu jämförande underlag som förklarar den låga produktiviteten men som trolig förklaring framförs ofta att den svenska hälso- och sjukvården har ett annat funktionssätt än vården i andra länder och en bättre förmåga att använda andra professioner eller att organisera sig i team. Enligt andra bedömningar finns det några faktorer som talar emot detta:

Antalet sjuksköterskor i Sverige är endast medelhögt i ett internationellt perspektiv eller t.o.m. lågt jämfört med de skandinaviska länderna. Antalet undersköterskor är på en historiskt låg nivå och ingen annan yrkesgrupp som kan ta arbetsuppgifter från läkare sticker heller ut. Samtliga professioner som tillfrågats i enkätundersökningar anser att det finns en stor potential i att personal med lägre formell kompetens tar över arbetsuppgifter från de med högre formell kompetens.

(SOU 2016:2)

”Antalet patientbesök” är sannolikt inte det bästa måttet på produktivitet eftersom det inte fångar nyttan med att använda digitala lösningar för att kommunicera med patienten eller för att stödja patienten att bidra med sina egna insatser. Inte heller fångar antalet patientbesök nyttan med att ta hand om flera problem samtidigt under ett längre besök. Besökens längd är internationellt sett mycket

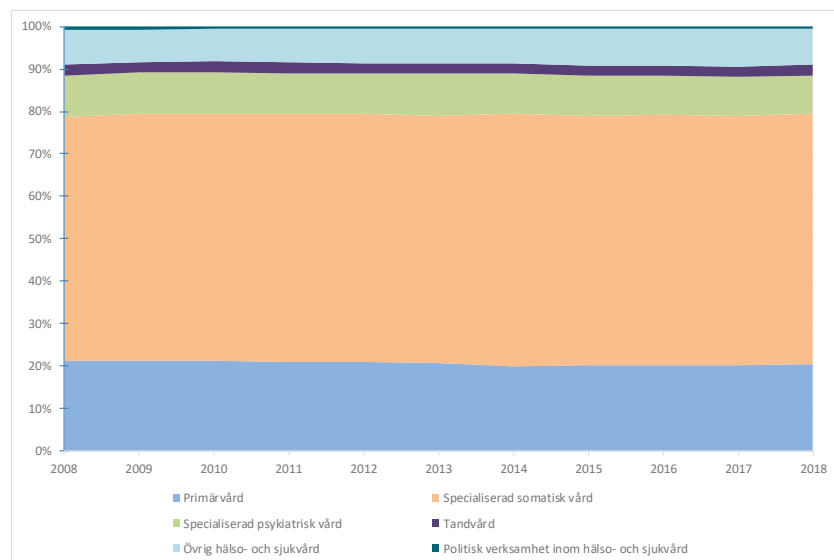
varierande men slutsatsen från en större internationell systematisk jämförande studie (67 länder) är att den svenska primärvården har längst besök (Irving m.fl. 2017). Ersättningssystemens utformning i olika länder torde påverka såväl besöksstatistiken som besökens längd. Om en stor del utgörs av besöksersättning styr detta mot många men korta besök. Exempel på sådana besök är receptförnyelse, som skulle kunna klarats av per telefon. Till synes hög produktivitet kan således vara förenad med låg effektivitet.

Den längre besökstiden skulle också kunna förklaras av ett annat arbetssätt i Sverige där mer tid ges till kroniker och patienter med komplexa problem. Men en annan förklaring som även understöds av tidigare studier är att långa besökstider är relaterade till bristande kontinuitet där läkaren saknar kunskap om patientens medicinska historia och bakgrund (jämför SOU 2016:2).

Primärvårdens resurser har inte stärkts

Det finns sedan länge en trend i Sverige mot en minskad konsumtion av slutenvård till förmån för vård i öppna former. Hittills har detta dock haft ett ytterst begränsat genomslag på kostnadsfördelningen mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) konstateras att Sverige har en i internationell jämförelse sjukvård och att de långvariga ambitionerna att stimulera primärvården och att få primärvårdens resurser att växa, har gett få bestående resultat. Figuren nedan visar fördelningen av delverksamheternas andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna mellan 2008 och 2018. Primärvårdens kostnadsandel omfattar i denna jämförelse allmänläkarverksamhet och jour samt övrig primärvård och var cirka 20 procent 2018, varav allmänläkarvård inklusive jourverksamhet svarade för knappt 12 procent (av totalen). Primärvårdens kostnadsandel har minskat med ungefär en procentenhet under det senaste decenniet medan den specialiserade somatiska vårdens kostnadsandel har ökat med cirka två procentenheter under samma tid.

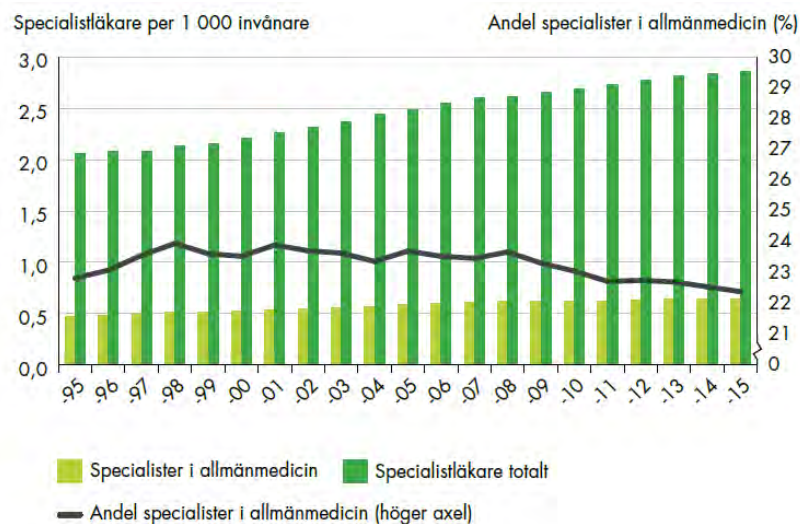
Figur 5.13 Delverksamheters andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna 2008–2018



Källa: SCB, www.statistikdatabasen.scb.se

Sverige har en god tillgång till specialitläkare i den öppna och slutna specialistvården. Antalet verksamma specialitläkare har dessutom ökat i förhållande till befolkningen sedan slutet av 1990-talet men specialitläkare i allmänmedicin har inte hängt med i den ökningen. Antalet specialister i allmänmedicin har nått och jämnt följt med befolkningsökningen, vilket innebär att de har minskat som andel av det totala antalet specialitläkare över tid (se figur 5.14).

Figur 5.14 Antal specialistläkare och specialister i allmänmedicin per 1 000 invånare samt andelen specialister i allmänmedicin 1995–2015

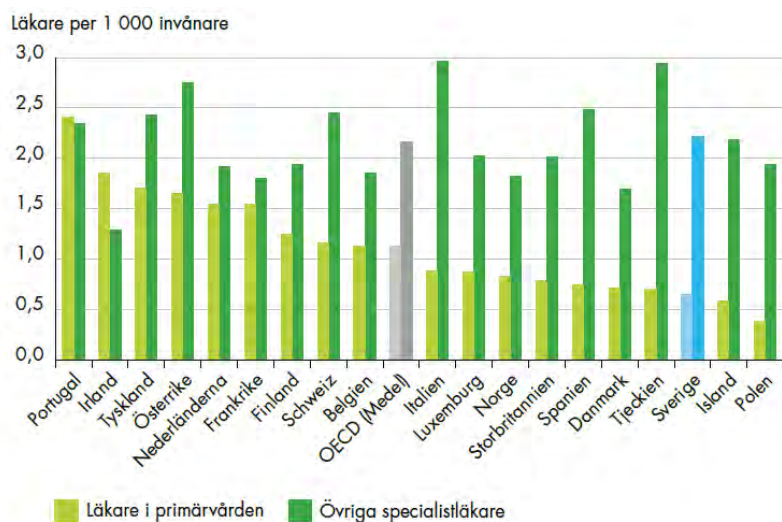


Not: Figuren visar antal specialistläkare verksamma i hälso- och sjukvården.

Källa: Vårdanalys 2018a.

Vid en jämförelse med andra OECD-länder kan vidare konstateras att antalet primärvårdsläkare per invånare i Sverige ligger på en låg nivå.

Figur 5.15 Läkare i primärvården och övriga specialistläkare i OECD 2015 (eller senare år, per 1 000 invånare)



Not: OECD definierar läkare i primärvården (*general practitioners*) som läkare som arbetar med att ge "långsiktig och generell vård till individer, familjer och samhällen". Observera att även ST-läkare i allmänmedicin och läkare utan specialistkompetens kan ingå i statistiken för vissa länder. Statistiken för Sverige visar antalet specialister i allmänmedicin jämfört med antalet övriga specialistläkare.

Källa: Vårdanalys 2018a.

5.7 Vårdvalssystemen i en europeisk jämförelse

Flera utredningar har under senare år gett relativt omfattande belysning av den svenska primärvården i ett internationellt perspektiv (SOU 2018:39, Vårdanalys 2017a, 2017d). I det följande ges en sammanfattning av några viktiga fynd från andra utredningar.

Det finns en pågående trend i Europa att alltmer uppmärksamma primärvårdens betydelse som ett sätt att möta kommande utmaningar vad gäller en åldrande befolkning, ökningen av sjukdomsburden i form av kroniska sjukdomar samt ojämlik hälsa (SOU 2018:39). Många länder brottas liksom Sverige med en minskande andel allmänläkare och svårigheter att få ett jämnt geografiskt fördelat utbud (OECD 2019). Det finns vidare en trend i Europa att alltmer uppmärksamma betydelsen av att gå mot gruppraktiker (där flera allmänläkare tjänstgör tillsammans och även tillsammans med andra yrkeskategorier). Detta har bedömts vara viktigt för att gå mot en mer personcentrerad och samordnad vård och har i studier visats hänga

samman med bättre patientutfall, minskade inläggningar på sjukhus och ökad nöjdhet hos såväl patienter som personal (SOU 2018:39).

Styrning av primärvården

Primärvårdssektorns struktur och styrning skiljer sig åt mellan Europas länder, såväl mellan som inom skattebaserade system och socialförsäkringssystem. Den centrala statsmakten har i de flesta länder ett övergripande ansvar och styr via lagstiftning och reglering. I vissa länder är staten även huvudman för hälso- och sjukvården.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har gjort en fördjupad jämförelse av Sveriges primärvård med fyra länder vars system har relativt likartade förutsättningar som det svenska stora – Danmark, Norge, Nederländerna och Storbritannien (vårdanalys 2017a). Av jämförelsen framkommer att i övriga fyra länder är styrningen genom uppdrag och ersättningssystem i huvudsak definierade på nationell nivå genom gemensamma avtal och överenskommelser. De andra länderna har också nationella regelverk för hur befolkningen väljer läkare och var de listas. Den svenska lösningen, där 21 landsting i stort sett ensidigt fattar beslut om ersättningsprinciper och hur uppdraget ska preciseras, avviker från förhållandena i de andra länder som studerats.

En annan stor skillnad mellan Sverige och jämförelseländerna är det jämförelsevis omfattande kostnadsansvaret som svenska primärvårdsmottagningar har. Detta kostnadsansvar innebär att svenska mottagningar har ett betydligt större finansiellt ansvar än mottagningar i andra länder, i synnerhet i kombination med en hög andel fast ersättning per listad individ.

När det gäller ersättningens utformning i övrigt finns likheter mellan Sverige och många länder i Europa att den fasta ersättningen per listad invånare, den så kallade kapiteringen, har relativt stor betydelse för mottagningarnas samlade intäkter. Visserligen saknas konsensus om en optimal ersättningsform för primärvården, men utvecklingen internationellt visar att ensidiga ersättningar minskar och går mot en kombination av ersättningsprinciper. I flera länder kombineras kapitering – ofta korrigerad för behov via justering för socioekonomiska förhållanden och sjuklighet – med olika typer av prestationsersättningar (Vårdanalys 2017d).

Egenavgifter

I de flesta länderna i OECD länder tas inga patientavgifter ut i primärvården (Kringos 2015). Utvecklingen inom OECD-länderna har gått mot en ökad eller bibehållen hög andel offentlig finansiering av såväl primärvård som övrig hälso- och sjukvård. Länder med socialförsäkringssystem uppvisar i dag samma andel offentlig finansiering som skattebaserade system.

Primärvårdens organisation, valfrihet och etablering

Utformningen av primärvårdens organisation skiljer sig mellan länderna i Europa. Ett mönster är att privata primärvårdsmottagningar oftast drivs av enskilda läkare oavsett system. Gruppraktik förekommer dock vid privata mottagningar i ett antal länder. I skattebaserade system, där offentliga vårdgivare svarar för utbudet, dominerar större enheter som kliniker eller vårdcentraler.

Tabell 5.9 Organisationsformer, listning och ersättningsmodell inom primärvården i ett urval av länder

Land	Sjukvårdssystem	Driftsform	Typ av praktik	Måste eller uppmanas patienter att lista sig hos en läkare eller mottagning i primärvård	Ersättningsmodell
Belgien	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Danmark	Skattebaserat	Privat	Gruppraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Finland	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste lista sig	Anslag
Frankrike	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning/annan
Island	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Anslag/ Rörlig ersättning
Nederländerna	Socialförsäkring	Privat	Gruppraktik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning /mårel ersättning
Norge	Skattebaserat	Privat	Ensampraktik	Patienten måste lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Spanien	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste lista sig	Kapitering/mårel ersättning/anslag
Storbritannien	Skattebaserat	Privat	Gruppraktik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning /mårel ersättning
Sverige	Skattebaserat	Offentlig	Klinik	Patienten måste inte och har inga ekonomiska incitament att lista sig	Kapitering/rörlig ersättning
Tyskland	Socialförsäkring	Privat	Ensampraktik	Patienten måste inte men har ekonomiska incitament att lista sig	Rörlig ersättning

Källa: Vårdanalys 2017d avseende uppgifter om sjukvårdssystem och driftsform, samt 2016 OECD Health System Characteristics Survey avseende uppgifter om listning och ersättning

Valfrihet

I länder med socialförsäkringssystem finns en tradition av valfrihet kombinerat med privata driftsformer. Men även skattebaserade system som Danmark, Irland och Storbritannien har en tradition av valfrihet. Norge och senare Sverige är exempel på skattebaserade system som mer nyligen infört olika valfrihetsmodeller i primärvården. Valfriheten är oftast reglerad. I vissa länder finns incitament för såväl listning som remiss, genom att patienterna får en reducerad avgift eller avgiftsbefrielse för olika vårdformer om de accepterar listning vid en husläkare/mottagning och krav på remiss till annan specialistläkare. I flera länder föreligger även geografiska begränsningar vid val av mottagning, ofta angivna med en maximal tidsgräns eller distans från boendeorten till vårdgivaren.

Valfriheten och etableringsfriheten inom svensk primärvård är jämförelsevis stora efter införandet av LOV. Flera länder med en betydligt längre erfarenhet av valfrihet och privata vårdgivare har mer regleringar av både valfrihet och tillträde till marknaden (Vårdanalys 2017d).

Etablering

Tillgången till och etableringen av främst primärvårdsläkare är ojämnt fördelade geografiskt i flera länder. Främst glesbygdsområden, men även socioekonomiskt utsatta områden, har ofta läkarbrist. I länder med valfrihetssystem har olika strategier testats för att få en mer jämn geografisk spridning av läkartillgången. I vissa länder finns s.k. etableringskontroll, som innebär att fri etablering inte råder utan att inträdet till en geografisk marknad sker genom ansökningsförfarande där sjukvårdshuvudmän eller regleringsmyndighet bedömer behovet av nyetablering. Det är dock relativt ovanligt i ett europeiskt perspektiv och det är osäkert om denna typ av styrmekanism leder till ett mer jämlikt utbud geografiskt sett (vårdanalys 2017d). De åtgärder som används för att undvika över- eller underetablering i olika geografiska områden är – vid sidan av etableringskontroll – bonus via ersättningsystem samt selektiv kontraktering där det råder brist på främst läkare.

Utbudet är normalt sett reglerat genom olika typer av ackrediteringsförfaranden. Det förekommer reglering om att vårdgivare inte kan neka en patient att lista sig och hur en s.k. full lista ska hanteras med väntetider eller andra ransoneringsmetoder. Det förekommer även regler om hur ofta patienten har möjlighet att byta vårdgivare, incitament att gå till den vårdgivare man är listad vid, osv.

I den ovan nämnda fördjupade jämförelsen med fyra andra länder framkommer att etablerade mottagningar har större frihetsgrader i de andra länderna. Mottagningar och allmänpraktiserande läkare i de länderna kan exempelvis själva välja att sätta ”tak” för antalet listade, även om det finns krav på en viss lägstanivå för heltidsarbetande läkare. Det finns också ett större utrymme att neka individer att lista sig om de bor långt ifrån mottagningen. I svensk primärvård har det bedömts att det i princip inte finns sådana möjligheter att neka listning, när en privat eller offentlig primärvårdsmottagning väl är etablerad. Däremot har svenska privata mottagningar mycket större frihetsgrader än i andra länder när det gäller var de ska etablera sin verksamhet och vem som kan äga mottagningen.

5.8 Kort jämförelse med skolan

Sedan början av 1990-talet är det svenska skolsystemet decentraliserat. Huvudmannaskapet för skolan är delat på så sätt att kommuner och privata leverantörer (s.k. fristående skolor) ansvarar för grundskolor och gymnasier, inklusive organisationsutveckling och kontroll, och lärarutbildning och kompetensutveckling. Kommunerna ansvarar dessutom för vuxenutbildning. Det skiljer huvudmannaskapet från hälso- och sjukvården där landstinget är huvudman även för den vård som privata (kontrakterade) utförare bedriver. Fristående skolor följer samma regler och läroplan som offentliga skolor.

Fri etablering efter statligt godkännande

En annan skillnad jämfört med hälso- och sjukvården är att fristående skolor inte upphandlas enligt LOU eller kontrakteras enligt LOV. Fristående skolor har fri etableringsrätt efter prövning och godkännande av Skolinspektionen. Enligt 2 kap. 5 § skollagen ska godkännande ska lämnas om den enskilde:

1. genom erfarenhet eller på annat sätt har förvärvat insikt i de föreskrifter som gäller för verksamheten,
2. har ekonomiska förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för verksamheten, och
3. i övrigt har förutsättningar att följa de föreskrifter som gäller för utbildningen.

För att godkännande ska lämnas krävs därutöver att utbildningen inte innebär påtagliga negativa följder på lång sikt för eleverna eller för den del av skolväsendet som anordnas av det allmänna i den kommun där utbildningen ska bedrivas. Om godkännandet avser gymnasieskola eller gymnasiesärskola ska följderna i närliggande kommuner för den del av skolväsendet som anordnas av det allmänna också beaktas. Avser godkännandet förskoleklass, grundskola eller grundsärskola krävs därutöver att elevunderlaget är tillräckligt för att verksamheten ska kunna bedrivas långsiktigt.

Valfrihet inom skolan

Hemkommunen är skyldig att ordna en plats för alla barn i grundskolan och vårdnadshavaren har rätt att välja skola för sitt barn i hela kommunen.

Hur många elever som får plats vid varje skolenhet bestäms av kommunen. Kommunen ska i första hand utgå från vårdnadshavarens önskemål när en elev ges en plats vid en skola. Men vårdnadshavarens önskemål får inte gå ut över ett annat barns rätt till placering vid en skolenhet nära hemmet (närhetsprincipen). Det kan dock finnas flera skolor i kommunen som ligger nära hemmet, så närhetsprincipen innebär inte alltid att barnet blir placerad i den skola som ligger närmast hemmet. När platserna tar slut på en skola är det kommunen som bedömer vilka elever som har rätt till en plats på skolan.

Grundskolelever har dessutom rätt att välja en fristående skola (oavsett geografisk plats). Hur många elever som får plats vid en fristående skola beslutas av den privata leverantören. De fristående skolorna har vidare sina egna antagningssystem, som ska vara icke-diskriminerande. Vanliga antagningskriterier är syskonförtur, geografisk närhet och turordning utifrån ansökningsdatum.

Ersättning

Skolans finansiering fastställs av kommunen med undantag för vissa riktade statliga bidrag. Kommunerna är skyldiga att finansiera grundskola och gymnasieutbildning för barn som är bosatta i kommunen, oavsett om barnet har valt en friskola eller en skola i en annan kommun. Finansieringen sker genom ett bidrag som bl.a. avser ersättning för undervisning, läroverktyg, elevhälsa, måltider, administration, mervärdesskatt och lokalkostnader. Beloppet bestäms på samma grunder som vid kommunens fördelning av resurser till sin egen grundskola.

Jämlikheten i skolan utreds

Utredningen om en mer likvärdig skola (U 2018:05) har uppdraget att bl.a. analysera och ta ställning till hur bestämmelserna om dels placering vid kommunala skolenheter, dels mottagande och urval till fristående skolor, bör ändras för att i större utsträckning främja en allsidig social sammansättning av elever inom förskoleklass och grundskola samt, vid behov, grundsärskola. Utredningen ska också kartlägga och analysera de bakomliggande orsakerna till skillnaderna i avsatta resurser för undervisning och elevhälsa inom förskoleklass och grundskola mellan kommunerna och mellan de enskilda huvudmännen samt hur skillnaden i avsatta resurser påverkar kunskapsresultaten. Uppdraget ska redovisas senast den 30 mars 2020.

6 Analys och överväganden om vårdvalssystemen i primärvården

I detta kapitel beskriver och diskuterar utredningen de problem vi ser med dagens vårdvalssystem och med de överväganden som gjordes vid vårdvalssystemens införande. De mycket närliggande och ibland överlappande frågorna om patientens valfrihet över länsgränser samt framväxten av digitala vårdtjänster som en del i vårdvalssystemen och utomlänsvården kommer att diskuteras i kapitel 8 och 10.

6.1 Primärvården behöver reformeras

6.1.1 Utmaningarna i primärvården går utöver brister i vårdvalssystemen

Utredningen vill inledningsvis betona att vårdvalssystemen bara är *en del* i primärvårdens utveckling mot framtiden hälso- och sjukvård. Det blir därmed viktig att diskutera vårdvalssystemen i en bredare kontext. Som tidigare konstaterats i flera sammanhang har den svenska primärvården stora brister och behov av utveckling. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) gjordes bedömningen att primärvården är underdimensionerad i förhållande till förväntningar och potential. Tillgängligheten i akuta fall är låg och många patienter söker sig till sjukhusakuten i stället för primärvården med följd att patienter inte sällan befinner sig på fel vårdnivå. Primärvården har också låg status hos befolkningen – det verkar vara accepterat att man vänder sig till akutmottagning även i de fall vårdcentralen skulle vara ett bättre alternativ. Slutligen bedömdes primärvården i Sverige ha en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas

hemsjukvård och socialtjänst. I *Effektiv vård* beskrevs att systemet för vård och omsorg är fragmenterat. Enskilda insatser fungerar bra för sig och levereras ofta med hög kvalitet men när det kommer till informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora brister.

Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara t.ex. yngre med kroniska sjukdomar.

(SOU 2016:2)

Den nu aktuella utredningens arbete har på många sätt bekräftat denna problembeskrivning, bl.a. under utredningens hearingar.

Förtroendemätningar visar också på ett hos befolkningen långsamt minskande förtroende för hälso- och sjukvården i allmänhet och i synnerhet för primärvården. Brister i tillgängligheten, personkontinuiteten, kompetensen och personcentreringen anges som huvudorsaker till bristande förtroende. Skillnaderna mellan landstingen är dock stora. På landstingsnivå samvarierar bl.a. en bättre tillgänglighet och en låg andel hyrläkare med ett stort förtroende för primärvården (Vårdanalys 2018b).

6.1.2 Utredningens utgångspunkter för att nå målbilden om primärvårdens del i framtidens hälso- och sjukvård

Mot bakgrund av analysen av primärvården i betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) tillsattes utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). I delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) anges en färdplan för omställningen av hälso- och sjukvården mot en starkare primärvård:

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård och omsorg som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser. Primärvården är navet i vården och omsorgen och samspelar både med annan specialistvård på och utanför sjukhusen, med övrig kommunal hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

I betänkandet anges vidare att man ser den nära vården som

mer flexibel, ofta mobil, en hälso- och sjukvård och omsorg som möter och inkluderar patienten eller brukaren utifrån var och ens förutsättningar och preferenser. Personen är en aktiv part i att medskapa sin vård utifrån aktuella behov, förutsättningar och preferenser och i det som tillhandahålls har vården redan på systemnivå tagit ansvar för att vården erbjuds utifrån beslutade prioriteringsgrunder. Det är tydligt att vården samordnas och hänger ihop oavsett huvudman eller vårdaktör. Stöd till egenvård och förebyggande arbete är centrala delar i bilden. Hälso- och sjukvården och omsorgen mobiliseras utifrån personen, som i det moderna hälso- och sjukvårdssystemet är subjekt i förhållande till vården och omsorgen, inte längre ett passivt objekt. Det är samtidigt viktigt att betona att den som vill ha mer stöd av vårdens medarbetare i sin hälso- och sjukvård och omsorg förstås ska beredas den möjligheten.

Vi ställer oss helt bakom denna övergripande inriktning för framtidens hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av de problem som vi för närvarande ser i primärvården och i den organisering som följer av vårdvalssystemen i primärvården bedömer vi att det finns ett antal komponenter i denna omställning som är särskilt viktiga:

1. **Patient-/invånarperspektivet** med en mer personcentrerad vård som i ökad utsträckning utgår från individers olika behov, både i organiseringen av vården och i mötet med patienten. I den samordnade och inkluderande vården blir relationer särskilt viktiga och för att skapa dessa behövs långsiktighet och kontinuitet, vilket är tydligt prioriterat när patienter tillfrågas. En del i detta är vidare att vården blir mer proaktiv och arbetar hälsofrämjande och förebyggande.
2. **Systemeffektiviteten** för hela den offentligt finansierade hälso- och sjukvården behöver öka. En central del i detta är en resurs- och kompetensmässigt starkare primärvård. Detta förutsätter en tydlig horisontell prioritering där primärvården prioriteras högre än i dag. Ytterligare en central del är kontinuitet inom alla delar av hälso- och sjukvården, inkl. kommunernas hälso- och sjukvård. Kontinuitet är den enskilt mest effektivitetsbefrämjande faktorn. Kontinuitet ökar patientsäkerheten, minskar dödligheten och minskar behovet av akutbesök och sjukhusvård.

3. **En mer integrerad och samordnad vård** behövs, mellan olika vårdgivare, vårdnivåer och huvudmän där organisering, styrning och arbetssätt i högre grad ska utgå från att de med störst behov ska ha företräde till vården och att främja kontinuitet, sammanhängande vårdkedjor och det mest effektiva omhändertagandet. Konkurrerande parallella spår samt motstridiga ersättningsprinciper och incitament tas bort.
4. **Ett mer transparent och stabilt system** med ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig av vården och vad utförarens åtagande är. Det är en nödvändighet för en bättre arbetsmiljö, vilket är avgörande för kvalitet och patientsäkerhet. Det är också en förutsättning för en starkt kompetensförsörjning för att möjliggöra kontinuitet för patienten och en bra arbetsmiljö.
5. **Den digitala revolutionen** behöver få ett brett genomslag i vården och bli en mer integrerad del i all hälso- och sjukvård, där det ska vara självklart att vården är digital när det är möjligt och fysisk när det behövs. Det förutsätter utveckling och nyttiggörande av digitala arbetssätt integrerat i den traditionella fysiska vården. Det förutsätter vidare förbättrade möjligheter att utbyta information inom offentligt finansierad vård och omsorg med likvärdiga möjligheter oavsett var informationen om patienten finns. Digitala arbetssätt är dessutom ett viktigt sätt att uppnå ökad personcentrering och effektivisering speciellt i kombination med kontinuitet.
6. **Ett mer nationellt system** med minskade skillnader i landstingens styrning. De stora variationerna i patientavgifter och i landstingens styrning skapar ett ojämnt system för patienter men också utförare, där ytterligare steg bör tas mot en mer nationell ram för primärvårdens styrning som samtidigt ger möjlighet till lokal anpassning.

6.1.3 Ökad systemeffektivitet med en starkare primärvård kräver tydlig horisontell prioritering

I delbetänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) anges att landstingen och kommunerna behöver fatta beslut för att genomföra omställningen av hälso- och sjukvården mot

en starkare primärvård med start 2020 men det anges inget närmare om dessa beslut eller landstingens pågående arbete.

Det verkar finnas en brett uttalad viljeinriktning att ställa om hälso- och sjukvården mot en nära vård. Många av landstingen ställer sig bakom färdplanen men anser samtidigt att den för närvarande är alltför vag. Region Västmanland framför t.ex. att ”det inte i tillräcklig omfattning beskrivs hur förändringen/förflyttningen kan och ska göras. En kostnads kalkyl saknas också. Skarpa förslag som säkerställer en förflyttning till en mer primärvårdbaserad sjukvård saknas vilket medför att förändringen av den svenska sjukvården kommer ta lång tid.” Region Östergötland framför att ”det är av stor vikt att utforma en tydlig färdplan på makro-, meso- och mikronivå för att färdplanen skall komma att realiseras.”

Några av landstingen kommenterar i sina remissvar att omställningsplanen ligger i linje med deras egna tankar men samtidigt får konstateras att det ännu saknas en samlad bild av hur primärvårdens omställning ser ut i Sverige.

Hälso- och sjukvårdens struktur fortsatt ett hinder mot omställningen

I betänkandet *God och nära vård* (SOU 2019:29, bilaga 4) finns en uppföljning av utvecklingen och omställningen av primärvården. I flera landsting finns olika typer av planer eller strategier med koppling till omställningsarbetet men det är svårt att ännu få en tydlig eller samlad bild av vart utvecklingen är på väg. Uppföljningen visar att *primärvårdens kostnadsandel av den totala hälso- och sjukvården minskar* något i de flesta landsting. Sammantaget har inte primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader ökat under lång tid, trots politiska ambitioner att stärka primärvården (se avsnitt 5.6.3). Vi menar att det är en allvarlig utveckling som visar att primärvården trots allt fortfarande inte är prioriterad av landstingen.

Utredningen har viss förståelse för att omställningen är ett långsiktigt arbete. Samtidigt måste konstateras att det nu finns starka skäl för både landstingen och staten att intensifiera arbetet med omställningen och att driva på mot en resursmässig förstärkning av primärvården. I ett sådant arbete ryms många aspekter men både den nuvarande resursfördelningen mellan hälso- och sjukvårdens olika verksamhetsområden och tidigare analyser visar att en viktig faktor är att fort-

sätta att föra ut vård från sjukhusen och att totalt sett öka effektiviteten på sjukhusen (jfr SOU 2016:2).

Primärvårdens funktion och uppdrag behöver återspeglas i resurser

Under utredningens hearingar och andra möten har det från både verksamheter och beställarfunktioner i landsting förmedlats en bild av att både förväntningarna på och uppdragen till primärvården ökat under lång tid. Ett landsting beskrev t.ex. att man har kommit långt med att föra ut specialiserade mottagningar för olika kronikergrupper till primärvården (vilket varit önskvärt) och samtidigt haft en ganska snabbt ökande konsumtion/produktivitet av primärvård utan att samtidigt tillföra resurser och att detta i nuläget tänjt verksamheterna ”till bristningsgränsen”. Flera har beskrivit hur primärvården har svårt att förhålla sig till och balansera mellan å ena sidan de med stora vårdbehov och för låg konsumtion och å andra sidan de med små vårdbehov och för hög konsumtion.

Tidigare studier visar att primärvården har svårt att på ett ändamålsenligt sätt ta hand om patienter med stora behov av hälso- och sjukvård (Vårdanalys 2017a). T.ex. har endast 14 procent av primärvårdsläkarna angett att de är förberedda på att vårda patienter med (allvarlig) psykisk ohälsa, trots att över 40 procent av läkarna svarat att de ofta träffar sådana patienter. En betydande andel av de multisjuka äldre har enligt SKL:s kartläggning inom projektet ”de mest sjuka äldre” förvånansvärt lite kontakt med primärvården. I stället bollas man mellan olika sjukhusanknutna specialistmottagningar och söker vård på akutmottagning när läget blivit akut eller allvarligt. Detsamma gäller personer med risk att utveckla kroniska sjukdomar eller som har en sådan sjukdom i ett tidigt stadium. Utredningens möten, bl.a. med patient- och brukarrådet på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har bekräftat denna bild.

I kontrast till detta konsumeras en relativt stor andel (i uppskattningar upp till 25 procent) av primärvårdens resurser av personer där vårdgivaren bedömt att tillståndet kunde ha hanterats med egenvård. Det gäller i synnerhet unga personer (16–26 år) som söker för t.ex. muskelsmärter, huvudvärk, sjukdomskänsla och trötthet. Unga vuxna upplevs av primärvårdsrepresentanter i större utsträckning än tidigare

söka vård för att hantera livssituationer som de inte ser en lösning på, som avslutade förhållanden eller stress på arbetet (Vårdanalys 2017a).

Flera yrkesverksamma i vården har till utredningen beskrivit en utveckling hos särskilt yngre personer som innebär dels att man oroar sig över sin hälsa och inte upplever att man har någon närstående att fråga, dels att man är otålig och kräver snabba svar på frågor av vården, helst av en läkare. Den höga tillgängligheten hos de s.k. nät-läkarna och konsumtionsmönstren av den vården menar vi ger visst stöd för denna bild.

Samtidigt hör dessa (ofta yngre) personer till grupper som i intervjuer anger att de ofta söker information på internet eller via 1177. De anger vidare att det dels är svårt att hitta bra information med tydliga rekommendationer på internet, dels att 1177 ofta rekommenderar dessa grupper att söka vård, snarare än att ge råd om egenvård.

Detta visar att det finns ett behov av bättre guidning, rådgivning och starkare stöd för egenvård, där digitala vårdtjänster kommer att ha stor betydelse.

Den demografiska utvecklingen understryker behovet

År 2028 beräknas Sveriges folkmängd att passera 11 miljoner. Enligt SCB:s senaste framskrivning kommer det då att vara 231 000 fler barn och unga, 399 000 fler i åldrarna, 19–64 år, och 309 000 fler som är 65 år och äldre jämfört med i dag. Allra mest, procentuellt sett, ökar de som är 80 år och äldre och år 2028 beräknas de vara 255 000 fler än i dag, en ökning med 50 procent. Mot denna bakgrund behöver det övervägas hur primärvården i en nära framtid på lämpligt sätt kan möta denna historiskt kraftiga befolkningsökning, eftersom primärvården redan nu har underkapacitet.

En starkare primärvård främjar en mer jämlik och behovsbaserad vård

Vår slutsats i delbetänkandet utifrån tidigare studier är att primärvården kan ha en viktig omfördelade funktion eftersom de med lägre socioekonomi, och antagligen också högre ohälsa, konsumerar mer primärvård. Geografisk närhet till vården har ett samband med hur mycket kontakt vi har med vården, där ett ökat utbud påverkar

i form av ökad konsumtion. Respektive landstings ansvar för att utreda och planera hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning borde därmed innebära att primärvården ges en stark ställning och att utbud, tillgänglighet och funktionssätt motsvarar medborgarnas behov. Både utbudet av primärvård och tillgången till kontinuitet varierar mellan landstingen. De nya digitala vårdtjänsterna har hittills i huvudsak accentuerat dessa skillnader eftersom de hittills primärt konsumeras av personer i tätbebyggda områden med god tillgänglighet.

Principerna för prioriteringar i vården talar för en omfördelning till primärvården

Det finns stöd i den etiska plattformen för att prioritera primärvården högre och för att organisera den så att möjligheterna till förebyggande arbete och vård av kroniska sjukdomar stärks. Men frågan om förhållandet mellan primärvården och prioriteringar i vården är inte okomplicerad. Plattformen kan nog till del sägas utgå från ett sjukhus-specialist-perspektiv, där det kan finnas tydligare evidens för åtgärders nytta och hälsoekonomiska bedömningar. Så kallade horisontella prioriteringar (t.ex. mellan verksamheter) är särskilt svåra att göra. Men vi bedömer att både gruppstorleken och möjligheterna till kostnadseffektiva insatser starkt talar för att primärvården bör prioriteras högre. Primärvården ska vara första linjens vård som vänder sig till hela befolkningen. Det är i primärvården som tidiga eller förebyggande insatser kan göra störst nytta.

Samtidigt kan noteras att plattformen ger begränsad vägledning och i utredningens intervjuer har bl.a. framkommit att det vid prioriteringsplattformens införande fanns en önskan att låta primärvården delvis stå utanför plattformen eller att prioriteringsgrupperna skulle ges en annan inbördes ordning. Det finns skäl att göra ett samlat omtag om prioriteringar i vården i samband med omställningen mot en mer nära vård. Vi noterar att landstingen inom ramen för det gemensamma systemet för kunskapsstyrning angett att man vill utveckla en nationell modell för horisontell prioritering inom ramen för landsting och regioners system för kunskapsstyrning (SKL 2019f).

6.2 Bristande förutsättningar för fungerande vårdvalssystem

6.2.1 Den svenska primärvårdens underkapacitet är ett hinder för vårdvalssystemen

En grundläggande förutsättning för ett fungerande system med patientval är att det finns viss överkapacitet. Innan valfrihetssystemen infördes konstaterades detta av Konkurrensverket:

För att valfrihetsmodellens intentioner ska infrias krävs att det råder faktisk valfrihet för konsumenterna. Det måste således finnas flera utförare på marknaden och ett (potentiellt) överutbud bör råda – dvs. utbudet bör vara större än efterfrågan för att undvika köbildning och att konkurrensen därmed hämmas. För att fler än en producent ska kunna vara verksamma på marknaden krävs det att kundunderlaget är tillräckligt stort. Det kan därför vara svårt att uppnå verklig valfrihet i glesbefolkade områden.

(Konkurrensverket 2007)

Redan 2003 påtalade den norska tillsynsmyndigheten behovet av extra kapacitet i Norge för att möjliggöra val (Statens helsetilsyn 2003 s. 25). Trots minskningen i antalet ”öppna listor” och ”listplatser” i Norge överstiger dock antalet lediga platser på öppna listor fortfarande med råge antalet invånare som saknar listning eller har plats på en lista utan läkare. Att det skett en ökning i antalet verksamma läkare (sett till antalet motsvarande heltidstjänster) beskrivs alltså som en förutsättning för Fastlegeordningens genomförande. (SOU 2008:37 s. 168).

Även i förarbetena till vårdvalssystemen noterades detta men det finns inga slutsatser om i vilken mån det svenska systemet hade förutsättningar för ett fungerande patientval. Betänkandet refererade till de norska erfarenheterna om det principiella behovet av överetablering i ett system med patientval; utan överetablering finns ingen dynamik i systemet eftersom bytet till en viss läkare endast kan ske om någon annan väljer bort samma läkare. Däremot nämndes ingenting om antalet specialister i allmänmedicin i Sverige eller antalet läkare verksamma i primärvården. I underlaget för reformen saknas det således en bedömning av om den svenska primärvården hade en tillräcklig kapacitet för fungerande vårdvalssystem.

Som konstaterats i föregående avsnitt lider den svenska primärvården av en uttalad underkapacitet. Detta förhållande har i princip varit oförändrat sedan vårdvalsreformens införande. Till exempel har

andelen specialisläkare i allmänmedicin nätt och jämnt följt med befolkningsutvecklingen och utgör en tydligt minskande andel av det totala antalet specialisläkare under den senaste tio-årsperioden (se avsnitt 5.6.3). Givet de ökande behoven i befolkningen på grund av demografiska förändringar, de ökande förväntningarna på vad primärvården ska kunna göra liksom glidningen av primärvårdens uppdrag framstår primärvården som i det närmaste anorektisk. Att på detta system och utan resurstillskott lägga en valfrihetsreform kan konstateras ha varit mindre lämpligt.

Visserligen ökade antalet utförare (dvs. vårdcentraler) i primärvården under reformens första år men i allt väsentligt utan att resurserna (ekonomiskt eller i form av personal) till primärvården ökade. Resurserna tycks snarare ha smetats ut.

I Norge fanns en hel struktur riggad för valet liksom en modell för hur en aktör på ”marknaden” ska möta en stor efterfrågan (kösystem) liksom hur en principiell avvägning av vårdbehov kan ske (företrädare för äldre) medan dessa frågor får sägas ha lämnats därhän i Sverige.

I en norsk studie undersöks valfrihetens effekter på tillgängligheten. Studiens resultat visar att det behövs överkapacitet i systemet för att det ska få effekter på väntetiderna. Studien visar att det inte råder ett enkelt samband mellan patienters valmöjlighet och väntetid, utan att andra faktorer som exempelvis läkarnas kapacitet till att kunna ta emot nya patienter inverkar på väntetiden (Winblad 2012).

6.2.2 Olika mål har inte tillräckligt balanserats mot varandra

Ett sällan diskuterat faktum är att hälso- och sjukvårdslagstiftningen innefattar ett antal mål som riskerar att komma i konflikt med varandra. Ett exempel är de senaste årens utveckling mot en stark ställning för patienten å ena sidan och att den som har störst behov ska ha företräde till vården å andra sidan. Visserligen är de bestämmelser som rör patientens ställning formulerade som skyldigheter för vården att tillvarata, snarare än legala rättigheter som kan utkrävas av patienten. Konstruktionen av t.ex. vårdgarantin och valfriheten ger dock patienten möjligheter att agera och tillvarata sin ”rätt”. Detta har på många sätt bedömts som en eftersträvanvärd utveckling men det har också konstaterats att alla inte har samma möjligheter att nyttja den starkare

ställningen. Särskilt de med störst behov av vård kan ha svårare att både informera sig och agera utifrån de möjligheter lagstiftningen ger. Forskning visar t.ex. att äldre inte alltid har de kognitiva, fysiska och psykiska resurser som krävs för att informera sig och göra val (Winblad 2013).

Varken staten eller landstingen diskuterade potentiella målkonflikter vid införandet av vårdvalet

En risk med reformer som stärker valfrihet och marknadsmekanismer i vården är att de bidrar till ökade skillnader mellan grupper av socioekonomiskt ”starka” individer och socioekonomiskt ”svaga” individer som har sämre förutsättningar att informera sig, göra informerade eller medvetna val och att ”rösta med fötterna”. Det gäller även grupper som på grund av sjukdom, funktionsnedsättningar eller ålder har svårt att ta tillvara den starkare ställning som lagstiftningen avsett att ge dem (Vårdanalys 2017c).

I linje med detta har i forskningen sedan länge betonats risker med marknadskrafter i hälso- och sjukvården. Teoretiskt har förutspåtts att marknadskrafterna kommer ge ett inverterat förhållande mellan tillgången till hälso- och sjukvård och befolkningens behov, dvs. att marknadskrafterna leder till ett svagt utbud i områden där behoven av hälso- och sjukvård är stora. Man har vidare menat att detta inverterade förhållande är starkare ju starkare marknadskrafterna är (Burström 2017). I praktiken har landstingen i ökande grad försökt möta detta genom att justera styrningen (se vidare avsnitt 6.2.8).

Vid en analys av förarbeten och den debatt på nationell nivå som föregick införandet av vårdvalssystemen kan konstateras att nu nämnda frågor, liksom andra som är av relevans för utredningen inte adresserades. Det saknas konsekvensbeskrivningar av hur vårdvalsreformen skulle kunna påverka jämlikheten i hälso- och sjukvården när det gäller fördelningen av utbud eller vårdkonsumtionsmönster. Inte heller diskuterades hur reformen skulle påverka befintlig ojämlikhet i vården, t.ex. att en jämlik hälsa skulle kunna kräva ett ojämlikt utbud till förmån för de med lägre socioekonomi. Inte heller problematiserades förhållandet mellan å ena sidan vårdvalet, som bygger på utgångspunkter som konsumerism och individuella val, och å andra sidan hälso- och sjukvårdslagen som utgår från jämlikhet och vård efter behov (Winblad 2013). Det tidigare områdesansvaret som fanns

vid varje vårdcentral har inte ersatts av något motsvarande inom vårdvalet.

När frågan om ”behov” diskuterades lyftes särskilt fram att reformen stärker patientens möjligheter att utifrån personliga behov och önskemål avgöra vilken läkare som ger vården. Det innebär en viss glidning från den tydliga åtskillnad mellan behov och efterfrågan som finns i förarbetena till prioriteringsplattformen:

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

(prop. 1996/97:60).

Landstingens utredningar i samband med införandet av vårdvalssystemen fokuserade främst på tillgänglighet även om det fanns en förhoppning om att vårdvalssystemen skulle bidra till en utveckling av primärvården. I en genomgång av beslutsunderlagen inför införandet av vårdvalet framkommer att de landsting som redan hade ”vårdval” på frivillig väg ansåg att anpassade kundvalssystem i enlighet med LOV var ett sätt dels att bättre kunna bemöta behoven som finns hos befolkningen, dels bemöta utvecklingen och det framtida behovet av primärvård. Det blev även ett sätt att öka tillgängligheten vilket många landsting upplevde som ett problem (Tillväxtanalys 2011a).

För de landsting som inte sedan tidigare hade vårdval var det vanligaste målet med att införa vårdvalssystemen att öka tillgängligheten för den enskilde att söka och få den vård denne önskar. Det näst vanligaste var att man genom ett kundvalssystem avsåg att utveckla alternativa driftsformer som i sin tur kan leda till effektivitet och högre kvalitet. Andra landsting fastställde inget mål men betonade att man hade förhoppningen om att kundvalssystemet skulle leda till en mångfald i form av fler utförare inom vården för att bättre bemöta behoven som kan komma i framtiden (Tillväxtanalys 2011a).

6.2.3 Vårdvalsreformen har i varierande grad bidragit till måluppfyllelse

Som framgår av resultatredovisningen i kapitel 5 finns det skäl att skilja på de av regeringen uppsatta målen för vårdvalsreformen och de mål som finns för hälso- och sjukvården som helhet. I vilken utsträckning reformen bidragit till dessa sistnämnda mål är särskilt intressant eftersom vi bedömer att de övergripande målen för hälso- och sjukvården är överordnade reformens mål.

Måluppfyllelse i förhållande till målen för reformen

Måluppfyllelsen när det gäller de av regeringen uttalade målen för vårdvalsreformen visar på blandade resultat, som framkommit i avsnitt 9.

Det kan konstateras att vårdvalsreformen ledde till en ökad *etablering och mångfald* med betydligt fler utförare i primärvården, vilket skulle kunna ses som det primära målet med vårdvalsreformen. Den mycket långtgående koncentration av ägandet som befarades har inte gått så långt, fortfarande finns ett stort antal aktörer som äger/driver vårdcentral, varav många endast driver en vårdcentral.

Vidare får ur ett patientperspektiv anses att *valfriheten* stärktes genom vårdvalsreformen. Även om resurserna inte ökade genom reformen, varken i form av finansiering eller personal, ökade ändå antalet utbudspunkter i hälften av landstingen och särskilt i de tre största landstingen. För majoriteten av befolkningen finns det alltså mer att välja bland än före reformen. Det nuvarande utbudet av antalet vårdcentraler i relation till befolkningen visar att landsting som kännetecknas av glesbygd oftast har fler vårdcentraler i relation till befolkningen. Men på grund av tidsavstånden till vårdmottagningar är ändå den reella valfriheten i glesbygd ytterst begränsad.

Ett annat tydligt uttalat mål var satt stärka *tillgängligheten*. Ur vissa perspektiv har tillgängligheten förbättrats det senaste decenniet, främst genom att många har fått närmare till en vårdcentral. Genom de senaste årens utveckling av digitala vårdtjänster, vilket hittills främst har skett inom ramen för primärvården, har det också blivit enklare för patienter att få kontakt med primärvård. Det mer klassiska måttet på tillgänglighet, väntetider, har däremot inte visat någon förbättring när det gäller primärvården under den senaste tio-årsperioden. Detta

var tämligen väntat eftersom resurserna i form av personal förblivit relativt oförändrade och de ekonomiska resurserna snarast minskat. Men ett lika viktigt skäl är att det inte skett någon radikal förändring av arbetssätten, t.ex. genom att tillvarata digitaliseringens möjligheter. Det är problematiskt eftersom data pekar på att förtroendet för primärvården samvarierar starkt med tillgänglighet (Vårdanalys 2018b). En bristande tillgänglighet riskerar med andra ord att underminera befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården. Att vården är och uppfattas som tillgänglig är därför viktigt inte bara för den enskilde patienten, utan också för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet.

När det slutligen gäller den *kvalitetskonkurrens* som regeringen bedömde skulle uppstå genom patientens valfrihet kan konstateras att det ännu inte går att bedöma, även om det finns regionala indikationer på minskad nöjdhet med primärvården. Kvalitetsmått för primärvården saknas dock ännu till stor del och de patientrapporterade mått som finns är svåra att följa över tid.

Måluppfyllelse utöver reformens mål

Jämlik vård utgör ett centralt mål för hälso- och sjukvården och en central del i utredningens direktiv. Det är inte lätt att definiera eller analysera begreppet eller att nå en samlad slutsats med 21 olika huvudmän med olika förutsättningar och olika utformning av respektive vårdvalssystem. Utredningens samlade slutsats utifrån det befintliga underlaget (se avsnitt 5.6.1) är att så som de olika vårdvalssystemen har utformats av landstingen kan vårdvalsreformen ha haft en viss negativ effekt på *jämlikheten* i vården. Det finns dock starkt stöd för att de största ojämlikheterna inom hälso- och sjukvården är de regionala skillnaderna, som till betydande del sannolikt fanns redan innan reformen. T.ex. råder betydande regionala skillnader när det gäller utbudet av primärvård. Som framgår av avsnitt 5.5.1 har dessa skillnader efter vårdvalets införande i enstaka fall minskat men i flera fall har de snarare förstärkts. Avseende utbudet i relation till socioekonomi varierar slutsatserna huruvida existerande skillnader ändrats till följd av vårdvalsreformen.

Behovsbaserad vård kan som nämnts tidigare handla om den övergripande fördelningen av vårdutbudet utifrån analyser av befolkningens

behov i olika områden eller inom olika grupper. Det kan t.ex. avse att utbudet inte motsvarar de socioekonomiska skillnader som finns i befolkningen. Behovsbaserad vård kan vidare handla om hur arbetet i verksamheterna organiseras för att möta de med störst behov. Det fåtal analyser som gjorts (se avsnitt 5.6.1) visar att vårdvalet inte gynnar de med störst behov när det gäller konsumtion av vård och vårdvalet har vidare försvårat integrerad vård för de med stora (komplexa) behov.

Kontinuiteten i vården har varit fortsatt låg efter reformens införande, t.ex. mätt som tillgången till fast läkarkontakt i primärvården. Det finns vissa indikationer på en något försämrad kontinuitet vilket kan förklaras av att det tillkommit fler utbudspunkter utan en förstärkning av resurserna i form av personal. Detta har drivit på konsumtionen av vård utan att skapa bättre förutsättningar att organisera arbetet utifrån att personalen kan ta ett ansvar för ”sina” patienter.

Det är svårt att mäta och jämföra till *effektiviteten* i vården eller primärvårdens bidrag till denna. Som en del i effektiviteten mäts *produktivitet* i vården där primärvården efter några års positiv utveckling efter vårdvalsreformen, under senare uppvisat en fallande produktivitet.

6.2.4 Valfrihetens nuvarande utformning medför svårigheter

Förarbetena till vårdvalsreformen ger liten vägledning om valfrihetens utformning, som är långtgående i ett jämförande perspektiv. Samtidigt har många inspel till utredningen handlat om valfrihetens konsekvenser för primärvården.

Valfriheten som princip är uppskattad

Som konstaterats i kapitel 5 har patienten en obegränsad valfrihet i primärvården, både tidsmässigt och geografiskt. En stor majoritet av de patienter som tillfrågats om detta uppskattar möjligheten att kunna välja. Det finns således ett starkt stöd för valfrihet som princip.

I de studier som närmare belyses i avsnitt 5.5.2 framgår att intresset för att i praktiken byta utförare verkar vara totalt sett tämligen lågt i *jämförelse* med hur högt valfriheten principiellt värderas, vilket överensstämmer med annan forskning på området (Winblad 2012). Samtidigt bör man vara försiktig med att dra långtgående slutsatser

av dessa uppgifter eftersom begreppen ”byta”, ”val”, etc. kan definieras olika och sådana gränsdragningar görs oftast inte; t.ex. när det gäller skillnaden mellan att lista sig eller att göra ett enskilt besök (”otrohetsbesök”), vilka båda får ses som att patienten använder sin valmöjlighet.

Det är inte givet att valfrihet är det som värderas högst av patienter

Vidare är det oklart vilka preferenserna är om valfrihet ställs mot andra värden (betalningsvilja). Varken i förarbetena till LOV (prop. 2008/09:29) eller till vårdvalsreformen (prop. 2008/09:74) diskuteras vad valfriheten kan och bör innehålla eller avgränsas liksom hur patienterna värderar valfriheten i förhållande till annat. Såvitt framkommit saknas ännu studier som jämför patienternas prioriteringar när olika värden ställs mot varandra, såsom valfrihet mot tillgänglighet, kontinuitet, geografisk närhet, jämlikhet eller effektivitet (se Winblad 2012). Men det finns indikationer på att andra värden värderas högre, t.ex. angavs i en studie att patienter värderar möjligheten att påverka innehållet i vården högre än vad de värderar möjligheten att välja vårdgivare i primärvården (Hjelmgren, Anell 2007).

I dialog med patientföreträdare, bl.a. på utredningens hearingar och med Patient- och brukarrådet på Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framträder också bilden av att *valfriheten i sig* är mindre intressant när diskussionen kvalificeras med värden som kontinuitet, delaktighet och trygghet i vården. Det bör samtidigt konstateras att det inte finns några enkla svar om det ena eller det andra utan många inspel tyder på önskemål om en balans mellan olika värden. Några exempel på kommentarer angående nuvarande system var:

Varför ska man behöva byta för att få sina behov tillgodosedda – varför lägger man inte resurserna på att alla ska hålla en högre nivå?

Patienter med sämre förmågor att läsa på och fatta beslut har svårt att välja när utbudet är enormt och det skapar ojämlikhet.

Blev det som det var tänkt, dvs. mer valfrihet för de patienter som den var riktad till? Alla patienter kan inte välja vårdcentral. Det är många patientgrupper som aldrig kan välja eller byta om de är missnöjda. Inom hemsjukvården finns ingen valfrihet.

Jämförelsevis stor valfrihet i primärvården

Vi kan konstatera att valfriheten inom primärvården är långt driven i jämförelse med andra välfärdsområden. Lagen ger inga begränsningar när det gäller patientens val och *i teorin* innebär det svenska valet att man väljer vid varje kontakt i stället för att välja på förhand. I vårdvalsbetänkandet betonades utgångspunkten att fast ersättning (kapitering) skulle användas i vårdvalssystemen men enligt vår bedömning utformades sedan inte lagförslaget på ett sätt som understödjer en sådan fast ersättning. Ingenstans i motiven resoneras om förutsättningarna för valfrihet: t.ex. lätt tillgänglig och relevant information, stöd och guidning i valsituationen, systemegenskaper som överkapacitet, vem som har ansvar för att tillgodose patientens val – huvudmannen eller utföraren (i nuläget faller det på utföraren), likheterna med andra marknadsval i form av att det kan uppstå kö, att efterfrågan vida överstiger utbudet, att patienten kan behöva rangordna alternativ, ta ansvar för/hålla sig till ett val, etc.

Den svenska valfriheten i primärvården sticker också ut något i ett internationellt perspektiv. Många andra länders primärvårdssystem innebär krav på "listning" hos läkare eller ekonomiska incitament till listning. Det har vidare konstaterats att valfriheten och etableringsfriheten inom svensk primärvård i en europeisk jämförelse är relativt stora efter införandet av LOV. Flera länder med en betydligt längre erfarenhet av valfrihet och privata vårdgivare än Sverige har mer regleringar av både valfrihet och tillträde till marknaden (se avsnitt 5.7).

Valfrihet och listning innebär i dag två parallella system

En viktig fråga när det gäller valfriheten är om valet innebär att patienten knyts till utföraren på något sätt. Som framgått ovan är detta det normala i andra länder och var också en grundtanke med den s.k. husläkarreformen på 1990-talet.

Numera använder alla landsting s.k. listning, vilket i vårdvalssystemen inte är ett rättsligt begrepp men som har fått stor betydelse både kommunikativt och för administration av ersättningar.

Det rådande synsättet verkar vara att när patienten väljer en utförare så blir hen också listad hos denne. Den dominerade principen för ersättning till utförare i primärvården, kapitering, utgår från de listade patienter en utförare har (se avsnitt 5.4.3). Genom att ge vård-

centraler ekonomiskt ansvar för ”sina listade” patienters besök i andra delar av vården (genom s.k. täckningsgrad) eller på en annan vårdcentral (kostnadsansvar för besöket) har samtliga landsting dessutom markerat vikten av att utföraren håller fast vid sina patienter och att patienterna inte gör ”otrohetsbesök” hos en annan utförare.

Förekomsten av t.ex. kostnadsansvaret vid ”otrohetsbesök” verkar öppna för att patienten fritt kan välja att gå till en annan utförare utan att ”lista om sig”. Från vår dialog med landsting, patienter och verksamheter har framkommit att praxis vid val av vårdcentral verkar variera och att det relativt ofta är så att patienten erbjuds att lista sig eller till och med att patienten måste lista om sig för att kunna välja just den utföraren. Sett till valfrihetens rättsliga utformning bedömer utredningen att det är tveksamt om en sådan tillämpning är lagenlig. Samtidigt kan konstateras att avsaknaden av rättsmedel för patienter innebär att sådana frågor inte prövas i dag (Vårdanalys 2017c).

Såvitt framkommit finns det däremot ur patientens perspektiv ingen fördel med att vara listad – det enda undantaget vi kunnat se är att listade patienter i Västra Götalandsregionen betalar en lägre patientavgift än olistade patienter. I övrigt behandlas alla patienter lika vad gäller väntetider, ingångar till vården, avgifter, etc.

I praktiken innebär lagregleringen av vårdvalssystem och tillämpningen av dessa att två parallella system har skapats i den svenska primärvården.

1. Dels ett system där patienten utan begränsning kan välja och väljas om utförare utan att val eller omval i sig får några positiva konsekvenser för patienten. Det finns inga krav på att patienten ska hålla fast vid sitt val. Det erbjuds inte heller några särskilda fördelar till den patient som gör ett val, bortsett från det som kan följa av att patienten väljer en vårdgivare med kortare väntetid eller att patienten väljer bort en vårdgivare som hen är missnöjd med. Detta system menar vi styr främst mot en konsumtions- och tillgänglighetsbaserad primärvård.
2. Dels ett administrativt system där patienten listas, vilket har stor betydelse för ersättningen till utföraren i primärvården och där det ges starka incitament för att patienten inte ska välja att gå till någon annan utförare. Detta system menar vi styr främst mot en kontinuitetsbaserad primärvård.

3. Dessa två system kan således sägas dra åt olika håll, vilket hittills inte uppmärksammats i förarbeten eller utredningar. I förarbetena till vårdvalsreformen anförde utredningen:

I en vårdvalmodell enligt utredningens förslag ska landstingen konstruera ersättningssystemet så att ersättningen följer patientens val, oavsett om vården utförs i offentlig eller privat regi. Grunden i ett sådant ersättningssystem är en kapitationsersättning, dvs. en fast ersättning utbetald per invånare till den vårdgivare som invånaren väljer. Kapitationsersättningen kan kompletteras med andra ersättningar, t.ex. för prestation eller för uppnådda kvalitetsmål.

(SOU 2008:37)

De inspel som lämnats till utredningen under bl.a. våra hearingar handlar mycket om detta förhållande.

Fritt val och listning hänger inte ihop och skapar svårigheter för patientsäkerhet, arbetsmiljö och planeringsförutsättningar

Många representanter för utförare i primärvården har till utredningen pekat på oförenligheten i de två ”systemen”. En representant framförde:

Jämför systemet med skolan: det skulle aldrig vara aktuellt att en populär lärare på en populär skola skulle ta hand om 600 elever. För populära vårdcentraler räcker inte längre personal, tider eller lokaler till, samtidigt som vi inte kan säga nej. Vi blir tvingade att göra ett dåligt jobb. Resultatet blir att personalen flyr efter ett kort tag och sedan flyr patienterna efter något år när de upptäcker att personalen inte finns kvar.

Upprepade synpunkter på samma tema handlade om att detta leder till flera problem: hög belastning, arbetsmiljöproblem, bristande kontinuitet, m.m. Flera allmänläkare påpekade att de kan ansvar för så många som 3 000 patienter, vilket resulterar i en svår arbetssituation och på sikt en risk för sjukskrivningar. Flera verkar uppleva att det inte finns något sätt att begränsa inflödet – att sätta stopp med hänsyn till t.ex. arbetsmiljön.

Även om valfriheten som grundprincip verkar vara uppskattad även bland professionerna har återkommande framhållits att det är svårt att skapa kontinuitet, vilket hotar både patientsäkerhet och arbetsmiljö. Några kommentarer till utredningen var:

Det händer att patienter hotar att lista om sig om de inte får de tider de vill ha.

Det blir en tuffare arbetsbelastning när många patienter är nya.

Patienter kommer för att de är missnöjda någon annanstans, inte får tider, inte får förlänga sin sjukskrivning etc. och det sätter i gång en ny utredning hos en annan vårdgivare.

Ska man träffa en ny läkare och börja en ny utredning gång på gång skapar det ingen trygghet.

Även om omlistningar verkar vara en marginell företeelse när landstingen mäter de som frekvent omlistar sig, kan konstateras att en inte försumbar andel av befolkningen ändå byter utförare varje år. Det finns inga entydiga uppgifter men data tyder på att åtminstone 10 procent av befolkningen listar om sig 1–2 gånger per år.

Det kan vidare konstateras att en relativt stor andel (totalt cirka sju procent) av besöken i primärvården utgörs av s.k. otrohetsbesök. Detta innebär ett inflöde av patienter som utföraren inte hade planerat för och där det normalt inte finns någon tidigare kännedom om patienten. Sannolikt är situationen när det gäller detta starkt varierande mellan olika utförare – variationerna mellan och inom landsting är mycket stora.

Svagt stöd för att välja och för att hjälpa patienten rätt i vården

Det finns enligt utredningens bedömning fortfarande brister i det stöd som patienter ges för att välja. Det är i flera studier visat att patienter tycker att det är svårt att ”navigera” och hitta rätt i vården (se avsnitt 5.5.2). Det kan också konstateras att det i samband med vårdvalsreformen och därefter gjorts relativt begränsade insatser för att stärka guidningen av patienter.

6.2.5 Vårdvalssystemen riskerar bidra till ökad fragmentering i vården

När det gäller informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg finns stora och väl kända brister (SOU 2016:2). Detta blir i sin tur ett stort problem för vårdens (och omsorgens) effektivitet eftersom det i synnerhet är informationsutbyte, samordning och kontinuitet som behövs för de som konsumerar den absoluta merparten av all vård och omsorg. Det handlar

ofta om äldre med omfattande behov men kan också vara t.ex. yngre med kroniska sjukdomar. I betänkandet Effektiv vård beskrivs att vårdvalet har försvårat samlade lösningar för de patienter som har behov av samordnade insatser, bl.a. därför att det är svårt att upprätthålla en verklig samverkan med många aktörer samtidigt – ibland inte bara primärvård utan också annan specialiserad vård och kommunal vård och omsorg (SOU 2016:2). Några av de exempel som lyfts fram tidigare har handlat om att vårdvalssystem försvårat för samverkanslösningar, som t.ex. äldrevårdscentraler och familjecentraler, därför att mödra- och barnhälsovården blivit egna vårdvalssystem.

I utredningens dialoger beskrev t.ex. en landstingsföreträdare situationen i ett landsting där psykoterapi är utbrutet ur vårdvalssystemet för primärvården och organiseras som ett eget vårdval. Det innebär att de patienter som söker hjälp i primärvården hänvisas till det separata vårdvalet – där det finns cirka 300 aktörer att välja mellan. På grund av hur kraven på konkurrensneutralitet uppfattas i verksamheterna har primärvårdsutförarna bedömt att de inte heller kan ge patienten vägledning i den valsituationen.

6.2.6 Kvalitetskonkurrens i primärvården är svårt att förverkliga

Hälso- och sjukvården som ”marknad” karakteriseras av att efterfrågan vida överstiger utbudet. Ett skäl till det är att prissättningsmekanismen är satt ur spel; det är inte möjligt för individuella utförare att förändra det pris som möter patienten. Eftersom prismetanismen är satt ur spel återstår för vårdgivare att konkurrera via andra metoder, i synnerhet via kvaliteten i den vård som ges. Som framgår ovan var också en idé med vårdvalsreformen att stimulera kvalitetsutveckling i primärvården. Regeringen bedömde att stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet och att det därmed skapas konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Flera faktorer försvårar konkurrens inom vården

Sådan kvalitetskonkurrens på marknaden som regeringen efterfrågade försvåras dock av ett antal faktorer.

Olika patienter har olika stor möjlighet att tillskansa sig information. Som nämnts ovan har personer i grupper med störst behov sällan de kognitiva, fysiska och psykiska resurser som krävs för att göra informerade val. I viss mån kan andra individer täcka upp för denna brist – t.ex. anhöriga – men att en grupp som står för en stor del av konsumtionen (jämfört med andra patientgrupper) har sämre förmåga att göra informerade val hämmar konkurrensen på marknaden.

De ”transaktionskostnader” som är förknippade med ett omval kan dessutom förväntas vara större för de patienter som har störst behov, t.ex. på grund av ålder eller dålig hälsa, varför de kan förväntas välja om mindre ofta. Flera patientföreträdare som utredningen mött benämner ofta valfriheten eller möjligheten till omval som irrelevant för dessa grupper av patienter. Men hur stora dessa grupper är och hur stora transaktionskostnaderna är svårt att uppskatta.

Tillgången till information är begränsad och därmed kan patienten bara ta ställning till vårdgivare i efterhand. Det är i nuläget svårt att uttala sig om kvaliteten i primärvården – endast ett fåtal kvalitetsmått finns och de försök till bredare kvalitetsmätningar som pågår, t.ex. genom Primärvårds kvaliteten, (se avsnitt 5.5.4) är i ett uppstartsstadium. Och syftet är i det fallet inte en transparent redovisning för att främja patientens val utan att verksamheterna ska använda uppföljningen och data i det lokala förbättringsarbetet (SKL 2019a). Det kan dessutom ofta vara så att det tar lång tid innan kvalitetsbrister blir synliga för patienterna. I de beskrivningar som lämnats till utredningen är det ofta först när personal börjar lämna en utförare eller sjukskriva sig som brister blir synliga för patienterna.

Kompetensbristen, i synnerhet avseende specialister i allmänmedicin, innebär en flaskhals i vårdproduktionen som gör att utbudet inte heller på ett enkelt sätt kan utvidgas för att matcha efterfrågan.

En effekt av den rådande diskrepansen mellan utbud och efterfrågan är att befintliga aktörer har svaga incitament att anpassa sin verksamhet eftersom de sannolikt ändå kan behålla ett tillräckligt patientunderlag. Det är också oklart vilken effekt kvalitetskonkurrensen har haft inom primärvården. Det finns t.ex. generellt sett få tecken hittills på att utförare konkurrerats ut även om det utifrån de

få befintliga kvalitetsmåten (inklusive patientrapporterade) kan konstateras att kvaliteten varierar inom primärvården. Enligt uppgift har i ett par landsting utförare i egen regi lagt ned på grund av ett vikande patientunderlag.

Ett alternativ som i mindre utsträckning diskuterades vid införandet av vårdvalet var om inte transparent redovisning av resultat och jämförelser därav skulle ha större betydelse för kvalitetsutvecklingen. Men en sådan utveckling med öppna jämförelser som görs av resultat inom många andra delar av vården förutsätter en uppskalning av det utvecklingsarbete som pågår när det gäller primärvårdens kvalitet. Det är i sammanhanget viktigt att poängtera att jämförelser kräver tillräckligt stora volymer, vilket knappast kan förväntas hos många mindre utförare i primärvården.

6.2.7 Vårdvalet som form för att organisera primärvården är inte alltid relevant

Ett naturligt inslag i en marknadsreform som vårdvalet är att etableringar styrs dit det finns ett tillräckligt befolkningsunderlag. Av avsnitt 5 framgår att i nio av landstingen har antalet vårdcentraler minskat under ett decennium (åren 2006–2017). Nästan 90 procent av ökningen har skett i landstingen i Skåne, Västra Götaland och Stockholm (sammanslagt 104 av totalt 120 nya vårdcentraler under samma period). De data om tidsavstånd till vårdcentral som redovisas i avsnitt 5.5.3 visar också att det i vissa delar av landet kan vara svårt att göra ett val av vårdcentral. Under utredningens hearingar har också framkommit från landsting som representerar ner omfattande glesbygd att vårdvalet egentligen är en ickefråga. Det är på grund av befolkningsunderlaget svårt att få nya etableringar och de företrädare för privata utförare som uttalat sig påpekar att det sällan finns ett intresse av att konkurrera ut en befintlig verksamhet i landstingets egen regi. I dessa landsting anser man att det är viktigare att lägga uppmärksamhet på ransonering och på strategiska utbudspunkter, vilket upplevs försvåras av vårdvalssystemet.

6.2.8 Det behövs en mer långtgående styrning för ett behovsbaserat utbud

Starkare styrning genom ersättningssystemen

Vid införandet av vårdvalssystemen tycks det inledningsvis ha funnits en förhållandevis naiv inställning till styrningen av vårdvalssystemen. Det har framkommit under flera av utredningens möten med personer som på olika sätt ansvarade för vårdvalet när det infördes. En person uttryckte följande:

När LOV kom visste inte landstingen vilken typ av lag det var. I vårdvals-nätverket på SKL undrade alla: Vad är detta, en upphandlingslag eller vad? Det gjorde att alla genomgående försökte vara försiktiga med villkor och annan styrning. Ingen har riktigt utmanat lagstiftningen. Om vi då hade vetat det vi vet nu hade vi gått längre i styrningen av etableringar.

De landsting som först introducerade vårdval – Halland, Stockholm och Västmanland – använde förhållandevis enkla principer där enbart ålder användes för att justera den fasta ersättningen per individ (SKL 2012a). Därefter användes i ökande grad mer komplicerade ersättningsmodeller av landstingen. Ett uttryck för detta är att riskjusteringen av kapiteringsersättning används av allt fler. Justering genom Adjusted Clinical Groups (ACG) användes i åtta landsting år 2012 och i 15 landsting år 2017 och Care Need index (CNI) användes i 16 landsting år 2012 jämfört med 19 landsting år 2017. Graden av riskjustering har också ökat. Det finns således en rörelse mot mer komplexa styrsystem, i synnerhet när det gäller ersättningarna och hur dessa riskjusteras. Det kan vara en viktig förutsättning för att styra verksamheterna mot en mer behovsbaserad vård, där en ökad riskjustering i ersättningen skulle kunna ha betydelse. Samtidigt får konstateras att tröskeln för att etablera en vårdcentral i dag är högre än den var de första åren, den kraftiga ökningen av antalet vårdcentraler skedde under de första åren vid vårdvalets införande och har därefter helt avstannat. Styrningen av utbudet kan således sägas ha skett tidigt under reformen där de nu nämnda riskjusteringarna inte alls var lika framträdande – och det finns tecken på att utbudet inte motsvarar behoven i befolkningen.

Inget landsting har gått långt i tillämpningen av lagstiftningen för att styra mot en behovsbaserad vård

Inget landsting har realiteten gått särskilt långt när det gäller styrning för att främja en mer behovsbaserad vård. Tillämpningen kan sägas ha präglats av försiktighet och staten har också gett tämligen lite stöd till landstingen i genomförandet och tolkningen av lagen. Genom införandet av vårdvalssystemen i primärvården beslutade samtliga landsting om tämligen likartade ramar för systemen. Utredningens sammantagna bedömning efter dialog med landsting och myndigheter är att det finns ett betydande utrymme att på olika sätt styra utbudet.

Ett eller flera vårdvalssystem i primärvården inom ett landsting?

Vart och ett av landstingen har beslutat att *hela* landstinget ska omfattas av samma vårdvalssystem i primärvården. Det innebär att den utförare som uppfyller villkoren i förfrågningsunderlaget enligt LOV kan etablera sig var som helst i landstinget. Ett sådant förbehållslöst tillträde till systemet verkar vila på en idé om att marknaden ska kunna lösa fördelningen av utbudet, vilket inte stöds av måluppfyllelsen hittills. Ett landsting framförde t.ex. att

syftet med lagen är att fri etablering, dvs. det är ingen patientlag. Tänk om man kunde dela in regionen i tårtbitar med olika typer av ersättningsystem som gagnar de olika tårtbitarna så kanske det skulle bli mer jämlikt.

Frågan om *hela* landstinget ska vara ett vårdvalssystem för utföraren framgår inte av lagtexten, vare sig i LOV eller HSL. Däremot anges att landstinget inte får begränsa den *enskildes val* (dvs. patienten) *till ett visst geografiskt område* inom landstinget (7 kap. 3 §). Detta förefaller i praktiken ha tolkats som att inte heller etableringar kan begränsas till ett visst geografiskt område i landstinget. Frågan har såvitt framkommit inte prövats rättsligt.

Utredningens bedömning är tvärtom att lagstiftningen ger utrymme för att ett landsting kan delas upp i flera områden. Fördelar med ett sådant angreppssätt är att på ett enklare sätt kunna anpassa uppdrag ersättningar/justeringar till de varierande förhållanden som råder i landstinget. Vi bedömer att LOV ger tämligen stor frihet att utforma villkor som bedöms relevanta, i förarbetena anges bl.a. att det finns

en rad krav som kommuner och landsting kan ställa, under förutsättning att dessa är proportionerliga och relevanta. I sin verksamhet ska landstingen och kommunerna beakta allas likhet inför lagen samt iakttä saklighet och opartiskhet. Det offentliga får därför inte sätta upp några osakliga krav som inte står i proportion till ändamålet och som skulle innebära att olika leverantörer skulle komma att behandlas olika. Det finns dock inget som hindrar att landstinget eller kommunen sätter upp rimliga och motiverade krav som gäller för samtliga leverantörer. (SOU 2008:15)

Komplettera utbudet genom offentlig upphandling eller verksamhet i egen regi?

Trots justeringar av ersättningen har flera landsting uppgett att det är svårt att åstadkomma etableringar i vissa geografiska områden, särskilt i glesbygd. Inget av de landstingen har försökt att komplettera utbudet genom att ge mer fördelaktiga villkor enligt det undantag från likabehandling som medges i HSL. Det finns inom ramen för vårdvalssystemet inget som hindrar att landstinget kompletterar utbudet genom att antingen starta en vårdcentral i egen regi eller genom upphandling enligt LOU. I så fall är det fullt möjligt att ekonomiskt särbehandla den utförare som etableras. I motiven anges följande.

Skäl att särbehandla olika utförare kan föreligga exempelvis då ingen utförare är intresserad av att tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) och landstinget därför gör en vanlig upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU), med andra ekonomiska villkor. Vidare kan landstingets s.k. befolkningsansvar motivera förmånligare ekonomiska villkor än för de externa utförarna i den mån detta yttersta ansvar för patienterna medför högre kostnader.

(prop. 2008/09:74)

Utredningens bedömning är att landstingen redan i dag ibland särbehandlar egenregion. Till skillnad från vad som uttalades i förarbetena har inte denna särbehandling skett på ett transparent sätt och där villkoren har tydliggjorts på förhand.

Etableringsmättnad?

Vart och ett av landstingen har beslutat att inte begränsa antalet utförare som kan komma in i systemet. Detta innebär att *alla* leverantörer som uppfyller villkoren i landstingets förfrågningsunderlag kan etablera. Det har till utredningen framkommit olika uppfattningar om behovet av någon form av etableringskontroll eller etableringsmättnad, såsom finns i vissa andra länder eller inom skolväsendet. Vid en jämförelse med etablering av friskolor kan konstateras att det där finns vissa uttalade möjligheter att ta hänsyn till utbudet i övrigt (se avsnitt 5.8). För att en fristående skola ska godkännas krävs att utbildningen inte innebär påtagliga negativa följder på lång sikt för eleverna eller för den del av skolväsendet som anordnas av det allmänna i den kommun där utbildningen ska bedrivas samt att elevunderlaget är tillräckligt för att verksamheten ska kunna bedrivas långsiktigt.

Utredningen har inte kunnat se något stöd för en liknande tillämpning när det gäller vårdvalssystemen och tvärtom att det skulle strida mot grunderna för LOV som förfarande.

Formerna för företagande innebär en balansgång i en tillitsbaserad styrning

En viktig skillnad mellan Sverige och flera andra länder är formerna för företagande inom ramen för vårdvalssystemen och att vi i Sverige har en blandning av offentliga och privata aktörer. Förekomsten av aktiebolag som utförare i primärvården skiljer Sverige från (vissa) andra i övrigt närliggande system. Det finns givetvis fördelar med aktiebolag, t.ex. i form av minskad ekonomisk risk för enskilda. Samtidigt bör noteras att aktiebolagsformen ställer höga krav på den som beställer vården. Syftet för ett aktiebolag är alltid att generera vinst om inte annat framgår av bolagsordningen (3 kap. 3 § aktiebolagslagen). Det innebär ett krav på styrelsen att inte fatta några beslut och vidta andra rättshandlingar än som ligger i linje med vinstsyftet (Skog 2015). Detta kan givetvis inskränkas av t.ex. offentlighetsrättsliga krav som bolaget måste förhålla sig till men frågan är vilken betydelse det får i hälso- och sjukvården? Särskilt när det gäller komplexa tjänster och dynamiska verksamheter är det svårt att fullt ut vägledas av de övergripande och oprecisa målbestämmelserna i HSL. Det innebär således bl.a. ett krav på det offentliga att ställa relevanta krav på

de företag som etablerar sig. Detta innebär i sin tur att det ställer höga krav på offentliga huvudmän att styra aktiebolag med tillit, vilket är viktigt att vara medveten om. Såvitt framkommit i Tillitsdelegationens arbete finns de hittills bästa exemplen på tillitsbaserad styrning i verksamhet i egen regi, t.ex. Skönsmons hemtjänst.

6.3 Vårdvalet behöver reformeras som en del i en primärvårdsreform

Vår samlade analys i föregående avsnitt visar att nuvarande organisering av primärvården innebär brister när det gäller målpuppfyllelse. Vårdvalsreformen innebar visserligen en viss förstärkning av patientens ställning genom den reglerade valfriheten och tillgängligheten förbättrades i form av ett ökat utbud. Samtidigt får konstateras utifrån analysen i föregående avsnitt att den nuvarande *regleringen* och *tillämpningen* av vårdvalssystemen riskerar att bidra till en ojämlig, efterfrågestyrd, fragmenterad och ineffektiv primärvård.

Grundproblemet som vi ser det är att systemet i för hög grad saknar tillräcklig styrning avseende såväl etableringarnas lokalisering som valfrihet. Dessa brister i styrningen resulterar bl.a. i fragmentering, bristande kontinuitet och dåliga planeringsförutsättningar för utövarna vilket i sin tur medför dålig patientsäkerhet och arbetsmiljö. Problemen har förts ned till enskilda utförare att hantera i stället för att hanteras av ansvariga på systemnivå. Kombinationen av den alltför snäva resursramen, den otillräckliga styrningen av vårdutbudet och utvecklingen mot en mer efterfrågestyrd vård med en stark efterfrågan på ökad tillgänglighet bedömer vi har skapat en många gånger orimlig situation. De parallella system för ersättning som finns spär också på frustrationen i primärvården.

Det behövs justeringar

Vi bedömer mot ovan bakgrund att det behövs justeringar i styrningen av systemet mot en mer behovsbaserad vård med ökad effektivitet. I enlighet med de utgångspunkter som vi angav för omställningen av primärvården (se avsnitt 6.1) ser vi att det behövs justeringar för att stimulera:

- en mer personcentrerad vård byggd på kontinuitet,
- ökad systemeffektivitet,
- en mer integrerad och samordnad vård,
- ett mer transparent och stabilt system,
- ett större genomslag av den digitala revolutionen,
- ett mer nationellt system.

Utredningen delar uppfattningen från tidigare analyser av primärvården att vi i högre grad måste tillvarata de egenskaper som primärvården kan ha: förmågan till helhetssyn och förebyggande arbete, den naturliga samordningsroll som följer av helhetssynen samt primärvårdens möjlighet att erbjuda *både* en mer tillgänglig vård för alla och en högre kontinuitet jämfört med annan vård (se Vårdanalys 2017a). Samtidigt behöver primärvården bli mer diversifierad för att klara sitt uppdrag att möta hela befolkningens behov av första linjens vård.

En utgångspunkt för utredningen att det är på mikronivån, dvs. i mötet med patienten, som ”värdet” av vården uppstår. Att skapa bra förutsättningar i mötet/interaktionen mellan patienten och vården förutsätter, enligt utredningens synsätt, åtgärder på alla nivåer – verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå liksom på nationell nivå – eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer. I det följande kommer därmed perspektiven att behöva vävas samman. Åtgärder som rör huvudmän och utförare har i grunden ett tydligt patientperspektiv.

6.3.1 Alternativa vägar framåt för ett reformerat vårdval

Nollalternativet – vad händer om inget görs?

I föregående avsnitt har vi beskrivit det som vi ser som problemen med den rättsliga regleringen, tillämpningen och bristande målluppfyllelsen. Det leder oss till slutsatsen att det behövs vissa åtgärder, som vi återkommer till i de följande avsnitten.

Vår bedömning är att primärvårdens underkapacitet i kombination med det nuvarande sättet att organisera primärvården, där vårdvalssystemen har stor betydelse, innebär fortsatta risker för bristande jämlikhet och effektivitet. Det bidrar också till brister i patientsäker-

het, arbetsmiljö och inte minst befolkningens förtroende för primärvården. Att bibehålla detta system riskerar på sikt att förvärra situationen.

Många anställda i primärvården vittnar om en svår arbetsmiljö med resursbrist, ett ansvar som omfattar för många patienter och svårigheter att prioritera de som har störst behov av vård. Många i primärvården arbetar också deltid på grund av belastningen.

Skulle ökade resurser ensamt lösa problemen?

En given fråga med hänsyn till den önskade inriktningen på vårdens omställning till en nära vård är om ökade resurser i sig löser problemen.

Vår bedömning är att en resursomfördelning till primärvården har betydelse, i synnerhet om den görs som en del i en omställning av hälso- och sjukvården i sin helhet. Det finns starka skäl för både staten och landstingen att driva på denna omställning, bl.a. genom resurstillskott. Men flera av de problem som vi berört i vår analys kommer att bestå även med ökade resurser. Den ineffektivitet som finns i det nuvarande systemet gör att det är troligt att ökade resurser ensamt inte ger någon större effekt. En risk är att eventuella tillskott delvis ”äts upp” av ett ineffektivt system. De samband som finns mellan ökat utbud och ökad konsumtion innebär troligen att den bristande målfyllnelsen kvarstår.

Återgång till ett system där huvudmännen styr utbudet?

Ett alternativ framåt vore att avskaffa obligatoriet att organisera primärvården i form av vårdvalssystem genom att tillämpa LOV men att fortsatt låta patienten välja utförare. Detta alternativ föreslogs tidigare av regeringen men mötte stark kritik (se avsnitt 5.3.1). Bland invändningarna fanns bl.a. att det skulle medföra försämrad likvärdighet över landet och att de tidsbegränsade entreprenadupphandlingarna som gjordes innan vårdvalssystemen innebar stora risker för möjligheterna att upprätthålla bl.a. kontinuitet. Frågan är också om det är styrmedlen för att styra etableringarnas lokalisering som är problemet eller regionernas sätt att använda dem. Utredningen bedömer som framkommit ovan att huvudmännen fortfarande kan göra mycket men inom ramen för vårdvalssystemen för att i högre grad styra utbudet

och därigenom skapa bättre förutsättningar för jämlik och behovsbaserad vård samt bättre effektivitet, patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Utredningen har mot bakgrund av det underlag som finns genom regeringens tidigare förslag valt att inte ytterligare utreda detta alternativ. Vi bedömer dessutom att det inte är en aktuell fråga av flera skäl:

1. Inriktningen i övrigt pekar starkt mot ett mer nationellt system på olika plan (se vidare avsnitt 6.6).
2. Landstingen har först på senare år på allvar börjat utveckla de styrmedel som tillåts inom ramen för vårdvalssystemen. Vi bedömer att det finns mycket utrymme kvar att pröva innan vi avfärdar LOV.
3. LOV som verktyg för vårdval har inte tillämpats tillräckligt lång tid för att vi ska kunna avfärda det.

Återgång till ett husläkarsystem med listning på läkare och etableringar med personliga avtal?

Ett annat alternativ för ett reformerat vårdval vore att återgå till grunderna i det husläkarsystem som fanns under tidigt 1990-tal i Sverige (se avsnitt 5.2.2). Ett sådant system liknar det system som för närvarande används i Norge och har under senare år återkommande lyfts fram som en önskvärd utgångspunkt för en primärvårdsreform.

Utredningen bedömer att det finns fördelar med t.ex. det norska systemet, t.ex. att det är så tydligt hur patienten gör för att välja och vad patienten väljer, att systemet innebär en mycket hög personkontinuitet och att det är ett stabilt system med få omval. Patienternas förtroende för primärvården är dessutom mycket hög i Norge.

För att uppnå de positiva utfallen med listning på en enskild läkare ser utredningen att det som i Norge eller det tidigare svenska husläkarsystemet behöver kombineras med enskilda avtal, där det finns ett personligt ansvar från läkarens sida etc. Detta har i Norge inneburit att en mycket hög andel av primärvården bedrivs av enskilda privata läkare. Vår bedömning är att det skulle innebära ett stort steg för den svenska primärvården:

- Det skulle leda till minskade möjligheter för läkare att vara anställda, vilket för vissa är en önskvärd utveckling och för andra inte. I Norge finns en växande kritik från den yngre generationen av

läkare som inte önskar det ansvar och belastning det kan innebära att vara egen företagare. I Sverige har utredningen anekdotisk information från yngre läkare som talar i samma riktning.

- De större vårdcentralerna med ett multiprofessionellt teamarbete betraktas vanligen som den svenska primärvårdens styrka. Det har visat sig att det kan vara en utmaning att kombinera detta med ett system som bygger på enskilda avtal med läkare. I Norge pågår flera pilotprojekt i syfte att finna vägar till det. I Norge måste de som vill arbeta i team dessutom vara arbetsgivare.
- Vi har för närvarande ett blandat system med nästan lika delar offentliga och privata utförare av varierande storlek. En reform med enskilda avtal skulle innebära en mycket kraftig förändring när det gäller både ägarskap och struktur hos primärvårdens utförare. Det är t.ex. tveksamt om de större privata aktörerna kan vara kvar på marknaden i nuvarande form.
- Den norska reformen föregicks av ett förberedande arbete för att bl.a. tillgodose att ett tillräckligt antal läkare, företrädesvis specialister i allmänmedicin fanns på plats. Sverige har i jämförelse få allmänläkare, vilket innebär att tillgängligheten till primärvården skulle försämrats ytterligare.

Vid en sammantagen bedömning har utredningen stannat vid att övervägande skäl talar emot att återinföra husläkarreformen eller kopiera sådana modeller, t.ex. enligt norsk förebild. Däremot kan delar av sådan modell integreras i ett kommande svenskt system, t.ex. behovet av kontinuitet och möjligheten att välja utförare ända ned på individnivå.

Reformerad valfrihet?

Utöver de ovannämnda alternativen, som främst rör formerna för etablering, ser utredningen att ett alternativ vore att utifrån patientperspektivet förändra innehållet i det som patienten väljer.

Som vi beskrivit ovan medför valfrihetens nuvarande utformning svårigheter. Till skillnad från formerna för etablering har valfriheten inte tidigare diskuterats till form, innehåll och avgränsning. Inte heller har i någon högre grad diskuterats hur patienterna värderar valfri-

heten i förhållande till tillgänglighet, kontinuitet, geografisk närhet, jämlikhet eller effektivitet.

I likhet med de mer allmänna överväganden som gjordes i anslutning till valfrihets- och vårdvalsreformerna kan utredningen instämma i att valfriheten har ett inneboende värde i sig. Med hänsyn till detta och den betydelse valfriheten har för patientens ställning finns det således starka skäl att behålla den. Valfrihetens form och innehåll behöver däremot omprövas.

Vi bedömer att den stora bristen i regleringen av vårdvalssystemen är att det saknas en balansering mellan olika mål och strävanden. I synnerhet gäller detta den i det närmaste obegränsade valfriheten. Detta har i kombination med styrningen av vårdvalssystemen bidragit till de brister som sammanfattades inledningsvis i detta avsnitt.

Som framkommit ovan bedömer vi att det finns mycket kvar att göra i tillämpningen av LOV för att styra utbudet och förutsättningarna för etablering och därigenom skapa bättre förutsättningar för en mer jämlik och behovsbaserad vård. Valfrihetens utformning bedömer utredningen däremot att det är svårare för landstingen att påverka. Ett alternativ för ett reformerat vårdval vore att justera valfrihet i riktning mot val på förhand liknande det svenska skolvalet. Efter att man valt genom listningen bör styrningen inriktas på att patienten i största möjliga utsträckning erhåller vård hos den utförare man valt och således listat sig hos samt att patienten inom den utföraren ges möjlighet att dessutom välja person eller team. Ett sådant val skulle bli mer likt det norska systemet och det tidigare svenska husläkarsystemet.

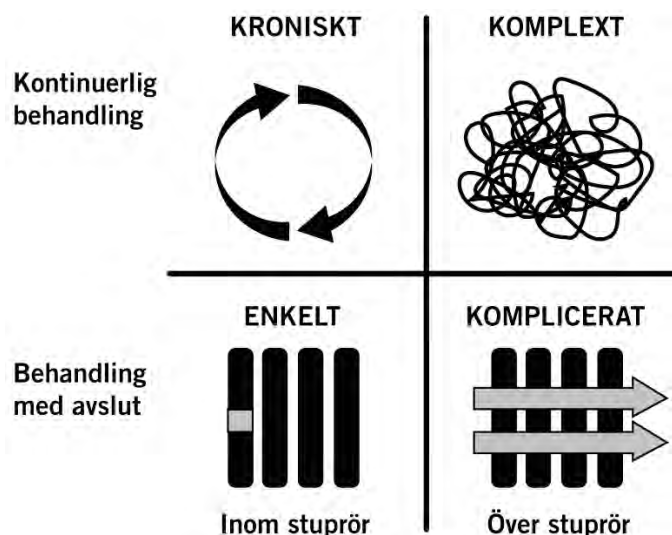
6.4 Valfriheten behöver ges en ny form som främjar kontinuitet

6.4.1 Det behövs ett mer personcentrerat system som utgår från behov och bygger på kontinuitet och tillgänglighet

Personcentrerad vård innebär att utgå från individens behov, preferenser och resurser i alla delar av patientens vårdprocess – innan, under, mellan och efter ett vårdmöte eller kontakt. Det handlar t.ex. om att skapa enkla kontaktvägar in i vården, att vårdpersonal och patienter tar gemensamma beslut om vård och behandling och att vården ger stöd till patientens egenvård.

Som vi konstaterat i delbetänkandet är en central fråga för hälso- och sjukvårdens utveckling dess förmåga att hantera och anpassa sig till patienters olika behov och förutsättningar. Ett återkommande sätt att beskriva detta är att grovt förstå patienters behov i fyra kategorier: enkla, komplicerade, kroniska och komplexa, se figur nedan. Dessa kategorier ställer alla olika krav på bl.a. organisering och arbetssätt i vården. Men vården är ännu i låg grad präglad av en sådan anpassning (SOU 2018:55). I primärvården möts alla dessa kategorier av behov och det är därmed en särskild utmaning att skapa en diversifierad vård som både möter behoven hos vårdens storkonsumenter (som särskilt återfinns i kategorierna kroniskt och komplext) och samtidigt hanterar det tryck som kommer av en stor efterfrågan (som särskilt återfinns i kategorin enkelt).

Figur 6.1 Fyra patientgrupper som ställer olika krav på styrning och organisering



Källa: Rognes 2016.

Kontinuiteten behöver stärkas för en behovsbaserad och effektiv vård

Kontinuitet är en del i kraven på en god vård enligt 5 kap. 1 § HSL och därmed ett mål i sig. Men kontinuitet är också en av de mest centrala faktorerna för vårdens måluppfyllelse när det gäller en behovsbaserad, patientcentrerad och effektiv vård.

Kontinuitet ger bättre förutsättningar för personcentrerad vård

Att bedriva hälso- och sjukvård utifrån kontinuitetsprincipen handlar i första hand om patientperspektivet. Det finns stark evidens för att personlig kontinuitet i hälso- och vården, inte minst i primärvården, har en positiv effekt på hälsa, patientnöjdhet, medicinska utfallsmått, ökad följsamhet till behandling samt minskad vårdkonsumtion och minskade kostnader (TOP 2017). Personkontinuitet till läkare kan även kopplas till minskad dödlighet (Pereira Gray 2018). En nyligen genomförd analys av patienters upplevelser av vården visar också ett samband mellan kontinuitet och positiva upplevelser. De patienter som träffar samma personer i vården – antingen i form av fast läkar-kontakt eller annan vårdprofession – upplever i högre utsträckning att kommunikationen med vården fungerar väl, att de är mer delaktiga i sin egen vård och att samordningen av vården mellan olika vårdinstanser fungerar bättre, vilket är några nyckelkomponenter för en mer personcentrerad vård. Patienter som träffar samma personer i vården är också mer nöjda med sin medicinska vård och ger ett högre betyg till sjukvårdens övergripande kvalitet och tycker att sjukvårdssystemet fungerar bättre jämfört med patienter som inte träffar samma personer i vården (Vårdanalys 2018c). Andra studier visar också att det har betydelse för patienternas möjligheter att vara medaktörer i sin egen vård (Vårdanalys, 2018b).

Kontinuitet ger bättre förutsättningar för effektiv vård

Kontinuitet har bedömts vara en starkt effektivitetsskapande faktor (SOU 2016:2). De patienter som har kroniska eller komplexa vårdbehov, inte sällan äldre personer med flera kroniska sjukdomar, konsumerar en stor del av vårdens resurser. Ett bättre omhändertagande

av dessa patienter är således både ett sätt att i högre grad utgå från en behovsbaserad och personcentrerad vård men bedöms också ge stora möjligheter till ökad effektivitet i vården. Ett exempel är den som är i behov av sammanhållen vård, t.ex. vid komplexa tillstånd, kroniskt cancersjuka, flera sjukdomar eller funktionsnedsättning (även demens) som innebär att man behöver extra stöd att samordna sina vårdkontakter.

Det finns således all anledning att driva kontinuitetsprincipen även utifrån huvudmänna- eller systemperspektivet. Kontinuitetsbaserade arbetssätt frigör resurser och kan ses som en viktig faktor för att klara framtidens demografiska utmaningar med åtföljande starka krav på effektivisering. Det är på sätt och vis förvånande att landstingen inte i större utsträckning styrt mot kontinuitet. Ett arbetssätt som ger nöjdare patienter, ökar förtroendet för sjukvården, förbättrar patientsäkerheten, minskar dödligheten och minskar vårdkonsumtionen borde rimligtvis stå högt på önskelistan.

I betänkandet *Effektiv vård* anges vidare följande.

Vården av dessa patienter kräver ofta att man ”prövar sig fram” och testat hypoteser. Det krävs att någon har överblick över patientens historik och en idé om vad som behöver göras när en hypotes/strategi inte visar sig fungera. Utredningens uppfattning är att ett sådant arbetssätt förutsätter personlig kontinuitet innefattande ett personligt ansvarstagande för patienten. Beskrivningarna, från bl.a. satsningen på de mest sjuka äldre, av de patienter med omfattande behov som i nuläget flyter runt i vården ”vind för våg” och som blir föremål för många punktsatser utan inbördes samordning talar starkt för att ett sådant angreppssätt behövs, men som ofta saknas i dag. Genom personlig kontinuitet minskar risken för att patienten faller mellan stolarna och kan således vara en klart patientsäkerhets- och kvalitetshöjande åtgärd. Det kan både minska antalet olika vårdkontakter och bidra till ett minskat användande av laboratorieundersökningar. Kontinuitet bidrar också till att professionerna kan arbeta effektivare.

Inläsningstiden minskar om man ”känner till” patienten och risken minskar också för den vanligt förekommande situationen att grundläggande information om patienten dokumenteras flera gånger. Personlig kännedom minskar också behovet av att lägga tid på att kommunicera endast i syfte att skapa kontakt med en person som man inte träffat tidigare. ”Det goda samtalet” mellan personal och patient handlar dock om mycket annat. För personalen handlar det om mekanismer som ofta är omedvetna. Personalen registrerar personlighetstyp, där spännvidden kan vara en trygg person med bra nätverk eller en ensam och otrygg person. Personalen registrerar också faktorer som har stor betydelse för kommunikation och information. Många av dessa faktorer är svåra att

förmedla vidare eller registrera i journalhandlingar men bidrar till effektiviteten i mötet om patienten redan är känd.

(SOU 2016:2)

I betänkandet *Effektiv vård* rekommenderas mot denna bakgrund att kontinuitet som bärande princip bör genomsyra styrning, organisation och arbetssätt.

Utveckling mot en kontinuitetsbaserad vård

Som framkommit i avsnitt 5.6.2 finns det mycket stora brister i kontinuiteten i den svenska vården. När patienter tillfrågas anger de dessutom att den faktor som flest anser skulle öka förtroendet är möjligheten att få samma läkare varje gång. Det finns vidare tecken på de med svagare socioekonomi har svårare att få kontinuitet.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund och med hänsyn till de stora vinsterna av kontinuitet som nämndes i föregående avsnitt att det finns synnerligen starka skäl att vidta kraftfulla åtgärder för att förbättra kontinuiteten i vården. Särskilt för de som står för den högsta vårdkonsumtionen, oftast personer med flera kroniska sjukdomar är det tydligt att kontinuitet blir särskilt viktigt, vilket flera utredningar slagit fast (se SOU 2016:2, SOU 2018:39, Vårdanalys 2017a). Även om kontinuitet har störst betydelse för vårdens storconsumenter är det viktigt att betona att kontinuitet i princip alltid gynnar effektiviteten.

Att arbeta kontinuitetsbaserat innebär i första hand att organisera arbetet i vården på nya sätt. Det behöver t.ex. innefatta att alla verksamheter analyserar hur den personliga kontinuiteten kan stärkas. I en sådan analys behöver ingå vilka patientgrupper man möter som har de verkligt stora behoven av kontinuitet. Verksamheten behöver planeras och schemaläggas på ett sådant sätt att det blir möjligt att upprätthålla personlig kontinuitet. Därefter behöver man se till att det finns en metodik för att konsekvent boka patienter till ”sin” hälso- och sjukvårdspersonal (SOU 2016:2).

Det finns dock flera åtgärder på systemnivå som behöver vidtas för att underlätta sådana arbetssätt. Huvudmännen behöver förändringar i hälso- och sjukvårdens struktur för att göra det möjligt att bättre möta patienternas behov av kontinuitet i de fall det finns,

vilket i synnerhet handlar om att genomföra omställningen mot en förstärkt primärvård.

Huvudmännen behöver skapa både förutsättningar och drivkrafter för personlig kontinuitet. Vidare behöver styrningen av vården i högre grad utgå från att premiera kontinuitet, särskilt för de patienter som har störst behov. Det kan också handla om att avstå från att styra mot att en viss profession ska träffa patienten.

Därtill behövs ändrade förutsättningar vad gäller primärvårdens organisering genom vårdvalssystemen. Systemet behöver i ökad utsträckning utgå från långsiktighet och kontinuitet, vilket bl.a. förutsätter att valfriheten utvecklas.

Mer proaktiv vård centralt för kvaliteten

Arbetsätten spelar stor roll för effektiviteten. Traditionellt har vården arbetat reaktivt – man agerar när ett problem uppstått. Genom att arbeta mer proaktivt kan vården uppnå avsevärda förbättringar för patienterna. Detta gäller inte minst vården av multisjuka. Framgångsrik proaktiv vård ställer krav på patientcentrering. För multisjuka ställer proaktivitet krav på fungerande samverkan mellan bl.a. kommun och landsting. Flera exempel i landet, t.ex. Västra Skaraborg och Ängelholmsmodellen, visar att man drastiskt kan minska behovet av inläggningar och besök på akutmottagningarna via ett proaktivt mobilt arbetssätt. Ibland förefaller det som mobiliteten verkar ha fått större uppmärksamhet än det proaktiva arbetssättet. Det torde dock vara kombinationen som varit framgångsfaktorn.

Behovet av ett mer förbyggande arbetssätt är generellt. Vårdens mål är att skapa hälsa. Framgångsrikt folkhälsoarbete kräver samverkan med ett flertal andra samhällsaktörer, t.ex. näringsliv, civilsamhälle, socialtjänst, polis, Arbetsförmedling och Försäkringskassan. Generellt är tidig intervention en avgörande framgångsfaktor. Detta gäller såväl somatiska som psykiatriska åkommor.

En mer samordnad vård och omsorg är viktigt för kontinuitet och utreds fortsatt

Regeringen konstaterar i tilläggsdirektiv (dir. 2017:97) till utredningen Samordnad utveckling för en god och nära vård att god samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen är en förutsättning för ett gott omhändertagande och en förbättrad kontinuitet för många patienter. Det är angeläget att närmare utreda relationen mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen. Utredaren ska därför lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården och omsorgen kan underlättas och hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut.

Vidare har den utredningen fått tilläggsdirektivet (dir. 2018:90) att undersöka hur förutsättningarna för att samordna vårdinsatser för patienter och brukare i alla åldrar med omfattande och komplexa vårdbehov kan förbättras. Utredningen ska även se över befintlig lagstiftning när det gäller krav på vårdplaner och överväga en författningsreglering som ställer krav på patientkontrakt i form av en övergripande vårdplan för patientens samtliga vårdinsatser oavsett aktör eller huvudman.

Ingen konflikt mellan personcentrering och jämlik vård

Som vi konstaterat i delbetänkandet finns det ingen konflikt mellan personcentrering och jämlik vård. Bristande anpassning efter, och kompensation för, patienters skilda egenskaper och förutsättningar kan snarast vara en bidragande förklaring till att det uppstår omotiverade skillnader i vården (Vårdanalys 2014b). Om vårdgivare utgår från patientens unika förutsättningar och egenskaper, bör den anpassning och kompensation som i dagsläget verkar brista, bli ett mindre problem och följaktligen leda till minskade omotiverade skillnader.

Tillgängligheten behöver stärkas för att upprätthålla förtroendet för hälso- och sjukvården

Som diskuteras ovan präglas vården ofta av industriell logik på så sätt att organisation och flöden normalt är likadana oavsett patientens egenskaper och behov (se även SOU 2016:2). Patientens behov behöver i mycket högre utsträckning än i dag förstås och påverka på vilket sätt vården förmedlas till patienten. Olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser har behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver prägla organisation och arbetssätt i vården beroende på vilken patient det handlar om.

För primärvården finns ett inbyggt dilemma i att vara första linjens vård utan avgränsning och att kunna balansera mellan å ena sidan de med stora vårdbehov och för låg konsumtion och å andra sidan de med små vårdbehov och för hög konsumtion. En anpassning efter olika behov och förutsättningar innebär att vården behöver organiseras enligt olika förmedlingslogiker. T.ex. kan det på en vårdcentral vara nödvändigt att organisera en del av verksamheten som infektionsmottagning eller snabbmottagning där möjlighet ges till korta oplanerade besök. Det finns goda exempel på att ett sådant sätt att planera och organisera verksamheten för väl avgränsade behov är effektivt (Savage 2019). Behovet av kontinuitet är i de fallen mindre och därför kan andra logiker än kontinuitet prägla den delen av verksamheten, t.ex. hög tillgänglighet.

Kontinuitet prioriteras olika

Som konstateras i avsnitt 5.5.2 skiljer det sig också när det gäller hur högt kontinuitet värderas utifrån ålder. Yngre personer tycker det var viktigast att snabbt kunna få en tid för läkarbesök till sig själv eller till sina barn och det var mindre betydelsefullt att få träffa samma läkare.

Liknande resultat ses i en mer nylig amerikansk undersökning av unga vuxna, s.k. millennials. Enligt studien är den gruppen ofta inte intresserade av kontinuitet i form av en fast vårdkontakt eller en fast vårdcentral utan av att maximera tillgängligheten, där det viktigaste är bekvämlighet, snabbhet i tjänsterna och möjligheten till digitala kontakter. I USA beskrivs att unga vuxna i stigande grad vänder sig

till snabbt växande alternativ till den traditionella fysiska vården på vårdcentraler – t.ex. snabbkliniker på snabbköp eller stormarknader, fristående närakuter med kvälls- och helgöppet och fristående digitala vårdtjänster (Boodman 2018).

Den nuvarande situationen i Sverige är ännu inte kartlagd med mycket av den anekdotiska information som utredningen fått tyder på att samma tendens finns i Sverige. Ett antagande är att detta ser olika ut för olika grupper och olika personer, beroende på den situationen individen befinner sig i. Eftersom det rör sig om individuella preferenser kommer det som patienter värderar högt att variera också hos individen beroende på ålder, hälsotillstånd, familjesituation och liknande.

De intryck vi fått från samtal med patientföreträdare är att valfriheten inte är oviktig men i sig är mindre intressant framför att få kontinuitet, delaktighet och trygghet i vården. De intryck vi har fått av personer som skulle kunna betecknas som mer rörliga på vårdmarknaden är att ett viktigt element i valfriheten är att den kan användas av individen för att negera effekterna av den bristande tillgängligheten i primärvården. En av styrkorna med de digitala vårdtjänsterna som vuxit fram sedan 2016 är just den både rumsliga och tidsmässiga tillgängligheten, vilket vi bedömer starkt har bidragit till intresset för sådana tjänster. I en reformerad valfrihet är det viktigt att ta fasta på dessa möjligheter till tillgänglighet som följer med digitaliseringen. Som påpekats ovan så kan det dock finnas anledning för systemansvarig att styra mot kontinuitet även hos patientgrupper som inte prioriterar kontinuitet eftersom kontinuitet förbättrar resursutnyttjandet.

Utveckling mot en mer diversifierad vård som är digital när det är möjligt och fysisk när det behövs

Det finns för närvarande en stark utveckling mot att använda olika typer av digitala arbetssätt och tjänster i primärvården. Den pågående utvecklingen pekar på ett flertal möjligheter som behöver tillvaratas, t.ex. följande:

- Bättre tillgänglighet där vården potentiellt kan kontaktas dygnet runt och varifrån som helst. Det är viktigt att behov styr vilken profession man får kontakt med. Kontakt behöver inte alltid betyda kontakt i realtid utan kan vara s.k. asynkron.
- Möjligheter till automatisering med hjälp av AI, genom t.ex. digitalt triage, anamnesupptagning och överföring till journal, där vårdpersonal inte behöver inhämta vissa uppgifter och där patienten både vill och tillåts bidra.
- Möjligheter att enklare genomföra återbesök eller på andra sätt ha en tätare uppföljning, t.ex. vid kroniska sjukdomar där patientens sjukdom kan monitoreras ständigt och där patienten själv kan bidra med mätvärden.

En av de största potentialerna i den digitala utvecklingen ligger i ett bättre stöd till att hantera kroniska sjukdomar och troligen fungerar de digitala kontakterna som bäst i ett system byggt på kontinuitet. Det finns omfattande studier om effekter av digital vård för kroniskt sjuka patienter, särskilt inom diabetes och hjärtsjukdomar. Överlag finns tydliga belägg för minskade kostnader och högre patientnöjdhet från digital uppföljning och medicinering. Studier visar att distansvård för kroniska sjukdomar har inneburit färre fysiska vårdbesök, färre akuta vårdbesök och ökad livskvalitet för patienter med diabetes och hjärtsjukdomar (Blix 2018).

Det är förtroendefråga för systemet att det ska gå snabbt att få kontakt och en första bedömning. Att kunna ha en hög tillgänglighet är också en jämlikhetsfråga. Vid låg tillgänglighet finns en risk för att socioekonomiskt svaga inte tar sig fram i systemet. Tidigare analyser visar på skillnader till förmån för de med högre inkomst (se delbetänkandet s. 108).

I avsnitt 10 utvecklar utredningen analysen av hur digitaliseringen kan tillvaratas av och integreras i primärvården.

6.4.2 Valfrihet i en ny form som främjar kontinuitet

Kundvalsmodeller finns och har prövats i många solidariskt finansierade hälso- och sjukvårdssystem de senaste årtiondena. Enkelt uttryckt utgår ett sådant system från att kunden, som i det här fallet är en patient, väljer den utförare som tilltalar den eller bäst matchar

vederbörandes behov. De utförare som erbjuder god kvalitet får alltså kunder och de som inte erbjuder god kvalitet får inga kunder och kommer därmed tvingas stänga sin verksamhet (eller förbättra den).

I det svenska kundvalssystemet i primärvården har i viss mån lagen och tillämpningen av denna gjorts utan begränsningar. Om man strängt följer teorin kring kundval är det antagligen korrekt, men troligtvis är det mindre bra i en verksamhet som primärvård. Kanske bekräftas detta också av att inget annat land har oreglerad valfrihet på det sätt som Sverige har. I det svenska skolvalsystemet har man också i viss mån valt ett annat system. Där accepteras exempelvis att skolor kan ta emot ett begränsat antal elever, samt att huvudmannen kan få ha ett visst inflytande över etableringen.

Utifrån motiven till prioriteringsprinciperna för hälso- och sjukvården borde relationen mellan utbud och behov stå i fokus. Som framkommit ovan kan det vara vanskligt att lägga patientens val till grund för en förändring av utbudet när verksamheten inte kan skalas upp i tillräcklig utsträckning för att möta efterfrågan. Därmed kvarstår behovet att anpassa utbudet. Om behoven hos patientgruppen som helhet är det centrala behöver ”grindvaktfunktionen” i primärvården stärkas – med dagens system kan patienten byta utförare till dess att patienten får den vård som efterfrågas oavsett det faktiska behovet.

Valfriheten behöver ges en ny form

Patientens valfrihet inom hälso- och sjukvården är av principiella skäl viktig att bevara. Men vi bedömer att det finns anledning att överväga ändringar i utformningen av valfriheten inom primärvården. Det finns starka skäl till att tydligare knyta patienterna till utförare inom primärvården och att minska den ovannämnda splittringen mellan styrningen mot konsumtion och tillgänglighet å ena sidan och kontinuitet och långsiktigt ansvar å andra sidan. Vår bedömning är att det är nödvändigt för att bättre balansera de olika målsättningar som diskuterats ovan, inte minst när det gäller valfrihet och behovsbase-rad vård. Vidare talar sambanden mellan ett bättre omhändertagande av de som konsumerar mest vård och ökad kontinuitet samt en ökad effektivitet för att systemet bör gå mot ökad kontinuitet.

Som framkommit i analysen ovan bedömer vi att nuvarande valfrihet och "listning" innebär två parallella system, som inte hänger ihop och att det i sig skapar stora problem i primärvården. Utredningen bedömer att en tydligare inriktning i lagstiftningen mot listning skulle ge bättre förutsättningar för att bättre organisera vården efter behov och utifrån kontinuitet och samtidigt bibehålla en valfrihet för patienten. En sådan inriktning skulle innebära att vi frångår den absoluta, obegränsade valfriheten som utgångspunkt och sätter vissa ramar för valfriheten.

Som framgår av genomgången i avsnitt 5.7 är någon form av registrering på förhand, ofta genom *listning*, det vanligaste sättet att inrätta valfrihet i andra länders primärvård, såsom Norge och Danmark. Det motsvarar det system för valfrihet som rådde tidigare både i regleringen enligt husläkarlagen men även i praxis efter husläkarlagen. Listningsbegreppet används i praktiken fortfarande av både patienter, vårdgivare och huvudmän, trots att det inte i dag finns reglerat i lagstiftningen.

En tydligare koppling mellan valfriheten och målbilden om primärvårdens del i framtidens hälso- och sjukvård

Ett skifte mot att grunderna för valfrihet och organisering ska hänga ihop med kontinuitet som utgångspunkt kommer vara en viktig del i omställningen till en mer nära vård. Det markerar på ett normerande plan att utgångspunkten i systemet är stabilitet och långsiktiga relationer – i stället för konsumtion av vård där det är möjligt med ett val vid varje vårdtillfälle. På sikt kan det bidra till att återupprätta tanken på "min vårdcentral, utförare eller mitt vårdteam" som navet i den nära vården.

6.5 Det behövs ökad tydlighet om vad patienten kan förvänta sig och vad utförarens åtagande är

Som vi konstaterat i avsnitt 6.2.4 finns det i nuläget inga särskilda fördelar för en patient att vara listad vid någon särskild vårdcentral. I praktiken väljer en majoritet den vårdcentral som ligger närmast bostaden eftersom det geografiska läget ses som viktigt. Men det ges inga särskilda signaler eller incitament till patienten att välja en viss

vårdcentral och hålla fast vid sitt val. Den information som finns tillgänglig och som kan vägleda valet är normalt sett också tämligen svag. T.ex. finns viss information om väntetider men patienten vet inget om hur många patienter som listat sig på vårdcentralen och i relation till den bemanning som finns. Trots detta styrs vårdgivarna tämligen starkt genom kapitering mot att patienten ska stanna vid vårdcentralen.

Utredningen bedömer att det finns skäl att i ett system där valfriheten bygger på listning bli tydligare med vad patienten kan förvänta sig när hen gör sitt val. Som en del i ett systemskifte mot att valfriheten bygger på listning behövs därmed flera samtidiga förändringar. Det kan t.ex. handla om en tydligare styrning för att ge patienten incitament att vara listad, t.ex. avgiftsfrihet där man är listad och någon form av garanti för kontinuitet – t.ex. i form av fast läkar-kontakt eller fast kontakt med någon annan personalkategori.

Ett transparent system för val och information

Utredningen bedömer vidare att transparensen i systemet som helhet behöver öka. Det behöver bli tydligare för alla parter vad som finns att välja på, om det är ”fullt” eller inte på vårdcentralen (se nedan) och hur val och omval kan gå till. I Norge finns t.ex. en nationell tjänst för listning och köhantering. I Sverige är sedan många år en nationell listningstjänst planerad, vilket är starkt efterfrågat (se vidare avsnitt 8.1). Det är angeläget att ett sådant utvecklingsarbete, som i nuläget verkar stå still, prioriteras högre.

Planeringsförutsättningar, arbetsmiljö och patientsäkerhet talar för möjligheten att begränsa åtagandet

Utredningens slutsats vad gäller både den rättsliga styrningen och tillämpningen av lagstiftningen när det gäller vårdvalssystemen är att en svärbemästrad situation uppstått.

Å ena sidan har landstingens styrning inneburit en detaljreglering av vad utförare ska göra. Förfrågningsunderlagen (ibland s.k. regelböcker) är inte sällan omfattande och det finns fortfarande detaljstyrning som direkt påverkar ersättningen.

Å andra sidan innebär lagstiftningen och landstingens tillämpning att det är oklart hur stort utförarens åtagande är. Genom den obegränsade valfriheten i form av både listning och otrohetsbesök i primärvården är det svårt att förutsäga eller planera för utförarens åtagande. Genom den nuvarande konstruktionen har landstingen i praktiken i hög grad lämnat över ansvaret till utförarna att planera hur vården kan inrättas och dimensioneras för att möta befolkningens behov.

Under utredningens arbete har bilden framträtt av en primärvård som ofta har oklara och svåra planeringsförutsättningar. Flera andra samverkande faktorer verkar också bidra till detta, bl.a. den pågående omvandlingen av hälso- och sjukvården i stort där omhändertagandet av patientgrupper förs ut till primärvården, den vikande finansieringen, svårigheterna att bemanna samt den ibland höga patientrörligheten och de bristande förutsättningarna att sätta stopp. Allt detta ger en många gånger bristande arbetsmiljö, som i sin tur både genererar sjukskrivningar och rekryteringssvårigheter. Utöver att denna situation många gånger förmedlats till utredningen under arbetets gång har också larmrapporterna om detta har avlöst varandra i media (se t.ex. Trysell 2015, Apel Röstlund 2017, Berglund 2018, Mellgren 2019). En bedömning som ofta framkommer i dessa sammanhang är att arbetsmiljö och patientsäkerhet starkt hänger samman. De faktorer som nämns ovan har således också betydelse för patientsäkerhetsrisker.

Flera utredningar har uppmärksammat detta. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) lyfts särskilt fram att för vårdens storkonsumenter är personlig kontinuitet efterfrågat och önskvärt och kan innebära stora effektivitetsvinster, skapa ökad trygghet hos patienten och en bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård delar i betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) denna analys och bedömer vidare att ”En rimlig begränsning av antal patienter per fast läkarkontakt kan t.ex. ge bättre förutsättningar för den enskilde läkaren att vara tillgänglig för sina patienter och erbjuda en god och säker vård. Det ger även läkaren möjlighet att ha kontroll över sin arbetssituation. En god arbetsmiljö för medarbetare i primärvården är även en grundläggande förutsättning för att primärvården ska ses som en attraktiv arbetsplats.”

Hur kan åtagandet begränsas?

I utredningens dialoger med landsting och andra aktörer har många sett behovet av att införa begränsningar i listningen. Ofta benämns detta som "listningstak", vilket kan innebära två olika saker: antingen ett maximalt antal patienter som kan vara listade hos en utförare givet de resurser som utföraren har, eller ett maximalt antal patienter som en enskild läkare ska ha ansvar för på "sin lista".

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhåller särskilt behovet av ett "listningstak" kopplat till utföraren och anför bl.a. följande:

Enligt utredningens bedömning saknar landsting/regioner enligt 7 kap. 3 § HSL möjlighet att neka enskilda att fritt lista sig hos en utförare i Vårdval primärvård. En utförare kan därmed inte begränsa antalet patienter som listar sig hos utföraren. Det är därmed inte heller upp till utföraren att välja i vilken skala den vill bedriva sin primärvårdsverksamhet. För en vårdgivare kan detta vara problematiskt av flera skäl. Det kan finnas praktiska hinder för en utförare att växa, om lokalerna inte är möjliga att utvidga och alternativa lokaler inte finns. Då finns en risk att en välfungerande utförare börjar fungera sämre och t.o.m. kan behöva lägga ner sin verksamhet. Även tillfälliga problem kan uppstå på grund av att man inte hinner rekrytera personal till en utförare som växer snabbt. Alla utförare vill inte heller ansvara för att driva en stor verksamhet. Utredningen ser därför ett behov för utförare att i vissa fall kunna sätta stopp för ytterligare listning, tillfälligt men även permanent. För att skapa förutsättningar för mångfald behöver det vara möjligt att bedriva även mindre verksamheter med ett mer begränsat antal patienter.

(SOU 2018:39)

I praktiken har vissa landsting ändå tillåtit "listningstak" med hänvisning till bl.a. patientsäkerhet där det inte finns lokaler som räcker till att ta hand om ett ökande antal patienter. Och bl.a. landstinget i Stockholm län har infört möjlighet till "listningstak".

Det finns fördelar med att kunna begränsa listning. Den obegränsade valfriheten utan (den uppfattade) möjligheten för enskilda utförare att tacka nej till patienter menar vi har inneburit att det övergripande ansvaret för att planera och dimensionera vården så att utbudet matchar behoven eller i detta fall också efterfrågan har tryckts ned från landstingen som huvudmän till utförarna. Möjligheten att ha listningsbegränsningar innebär (i viss mån) att "flytta tillbaka" ansvaret för att garantera vård från utförarna till vårdens huvudmän.

En invändning mot listningsbegränsning som framförts är att det snarare introducerar en *valfrihet för utförare* att välja bort icke-önskvärda patienter. Det är dock svårt att se hur en sådan cream-skimming skulle gå till i praktiken. Det skulle förutsätta en bedömning av en enskild patient innan beslut om att listan är full, vilket inte får förekomma. Den som invänder med argument om cream-skimming gör dessutom antagandet att listningen ska helt hanteras av enskilda vårdcentraler och i det dolda.

Utredningen bedömer att ett system som bygger på listning tvärtom behöver inrättas som ett *transparent* system där valmöjligheter och kö m.m. redovisas öppet och valet sker av patienten i någon form av regional eller nationell tjänst.

Listningsbegränsningar kan vara tillåtet i dag men bör ses i ett större sammanhang

Vi är tveksamma till den bedömning som gjorts av andra (se t.ex. SOU 2018:39) att "listningstak" inte skulle vara tillåtet i dag. Landstingen är skyldiga att organisera primärvården så att patienten kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Det behöver inte innebära, som vi ser det, att patientens val alltid kan eller måste tillgodoses. Landstingen och enskilda vårdgivare har dessutom ett ansvar för patientsäkerhet och arbetsmiljö och vi har inte funnit något stöd för att den enskildes val ur rättlig synvinkel skulle vara en rättsligt överordnad princip framför andra skyldigheter som finns. Utifrån en lex specialist-tolkning kan tvärtom hävdas att patientsäkerhetslagens krav går före.

Resursbrist och rättsliga överväganden talar emot generella listningsbegränsningar i dagens system

Med ganska grova uppskattningar av antalet läkare i primärvården och hur många patienter en läkare "bör ha på sin lista" (se vidare SOU 2018:39) går det att uppskatta dagens "överlistning" av patienter till drygt 1 miljon patienter, motsvarande knappt 700–800 heltidsläkartjänster. En sådan uppskattning tar inte hänsyn till ändrade arbets sätt, effektiviseringar genom t.ex. digitalisering eller omfördelning av arbetsuppgifter. En generell nationell listningsbegränsning för alla

utförare skulle allt annat lika i teorin lämna en relativt stor andel av befolkningen ”utanför” primärvården. Detta visar tydligt hur kraftigt underdimensionerad primärvården är för närvarande.

Vår samlade bedömning är dock att listningsbegränsningar kan fylla en funktion för *enskilda* utförare och innebära en principiellt viktig ansvarsförskjutning från utförare till huvudman. Införandet av listningsbegränsningar behöver dock balanseras mot den totala kapaciteten i primärvården där en resursmässigt utbyggd primärvård är viktigt att åstadkomma. Det kommer i sin tur att innebära ett minskat behov av generella listningsbegränsningar, även om det fortfarande kommer vara relevant för vissa utförare.

En annan och viktig aspekt är att listningsbegränsningar i *dagens system* spår på den spänning som finns mellan det fria valet och det administrativa listningssystemet. I praktiken (men inte teoretiskt) innebär ett listningstak en begränsning av den fria valfriheten, vilket i viss mån kan ge upphov till ett oklart rättsläge. Troligen skulle ett listningstak vara verkningslöst om patienten hävdar att hen inte vill lista sig utan bara göra besök, vilket får sägas vara förenligt med den nuvarande lagstiftningen. Utredningens bedömning är därför att det finns skäl att rättsligt tillåta listningsbegränsningar som en del i en primärvårdsreform där valfriheten utövas genom listning på utförare.

6.6 Det behövs ett mer nationellt system med tydligare ramar för styrningen av primärvården

Som vi konstaterade i delbetänkandet präglas landstingens styrning av vårdvalssystemen av de regionala skillnaderna. Den farhåga som uttrycktes i förarbetena till vårdvalsreformen, att det i teorin fanns risk för att 21 olika vårdvalssystem skulle uppstå i landet, har visat sig vara helt korrekt. Dessa skillnader beror delvis på de olika förutsättningar som de olika landstingen har vad gäller geografi, demografi, skatteunderlag, m.m. men också när det gäller utvecklingskraft och synen på styrning. Skillnaderna är svåra att åtgärda i det svenska decentraliserade systemet om inte nationella åtgärder vidtas av landstingen gemensamt eller staten.

En jämlik vård som ger utrymme för lokal anpassning främjas av nationella ramar

Det är nästan paradoxalt att det i det svenska decentraliserade systemet är så svårt att få lokal anpassning. Mot bakgrund av bl.a. dialogen på utredningens hearingar har en bild framträtt där det behövs en ändring av styrningen på en mer övergripande nivå. Den nuvarande ordningen framstår alltmer som förlegad där varje landsting skapat sitt eget vårdvalssystem för hela landstinget – i stort sett lika i hela landstinget – samtidigt som styrningen skiljer sig åt mellan landstingen. En mer diversifierad primärvård utifrån den målsättning för framtidens vård som beskrivs ovan talar snarare för att det borde vara större skillnader *inom* varje landsting än *mellan* landstingen. Detta talar för en *tydligare nationell ram* samtidigt som utrymmet för lokal anpassning är stort, vilket bl.a. innebär en minskad detaljstyrning.

Nationella ramar skulle främja utvecklingen

Den förhoppning som fanns i förarbetena till reformen, att de olika vårdvalssystemen kan stimulera utvecklingen genom att de prövas mot varandra, kan knappast uppnås i dagsläget. I nuläget är det samlade systemet otransparent och det finns skäl att ifrågasätta argumentet att det är positivt att landstingen får utveckla olika system eftersom det kan leda till innovation. Hur vet man det när det inte går att jämföra de olika systemen? Både SKL och större privata vårdgivare har försökt göra mer systematiska jämförelser av styrningen, framför allt ersättningsnivåerna, mellan landstingen. En anledning till att göra det är att det ur flera perspektiv (bl.a. utifrån analyser av måluppfyllelse och lönsamhet) är viktigt att förstå hur styrningen prioriterar mellan olika grupper. Hittills har det visat sig omöjligt att åstadkomma sådana jämförelser på grund av att landstingens samlade styrning genom uppdrag, ersättningsprinciper, kostnadsansvar, m.m. är så komplex. Det har inte varit möjligt att fullt ut ta hänsyn till alla ingående variabler som skiljer sig åt mellan landstingen.

Erfarenheterna från de vårdgivare som verkar inom flera landsting är att avsaknaden av ett nationellt vårdvalssystem innebär en relativt stor utmaning att på ett adekvat sätt förhålla sig till de olika villkoren i olika landsting.

6.6.1 Behovet av ändringar i ersättningssystemen

Det nationella grunduppdraget är ett viktigt första steg mot en mer jämlik vård

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har föreslagit ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården (SOU 2018:39). Med utgångspunkt i tidigare förslag (SOU 2016:2) anförs att en utbyggd primärvård är den enskilt viktigaste åtgärden för att uppnå en mer jämlik vård oavsett om det handlar om geografiska områden eller olika grupper i befolkningen och att uppdraget är en viktig del av detta. Vidare konstateras att den regionala samordning av primärvårdens uppdrag som regeringen förväntade sig av landstingen har uteblivit samt att det finns en i stort sett samstämmig bild av att det krävs en ökad nationell styrning för att alla ska få en jämlik vård i hela landet. I remissvaren på betänkandet framkommer att landstingen och många andra remissinstanser ställer sig bakom denna bedömning.

Jämlikhetskäl talar för att utforma nationella ersättningsprinciper

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård gjorde vidare bedömningen att beroende på vilka ersättningsmodeller som tillämpas skickas olika styr signaler, vilket riskerar att leda till att vården blir olika, även om uppdraget i stort sett är detsamma. Den utredningen rekommenderade därför landstingen att samverka för att skapa en mer *enhetlig utformning av ersättningsmodeller* för sina vårdval inom primärvård. En sådan harmonisering skulle underlätta jämförelser mellan landstingen och underlätta för de privata vårdvalsaktörer som är verksamma i flera landsting. Som viktiga delar i en sådan enhetlig utformning såg utredningen kapiteringsersättning som grund med en mer harmoniserad användning av viktningsfaktorer som t.ex. CNI, samt kompletterat med viss styrning mot hög tillgänglighet. Detaljstyrning mot enskilda åtgärder eller resultat bör enligt den utredningen undvikas och kostnadsansvaret för enskilda utförare bör övervägas (SOU 2018:39).

Förevarande utredning har haft uppdraget att särskilt analysera ersättnings- och finansieringsmodeller utifrån direktivens utgångspunkter att styrningen ska främja en mer jämlik, behovsbaserad och

tillitsbaserad vård. Vi delar bedömningen som gjordes av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* att de skillnader i ersättningssystemen och de effekter som styrningen ger upphov till riskerar att vidmakthålla de skillnader som finns trots ett reglerat grunduppdrag.

Vår slutsats är att ersättningssystemen i vården är minst lika styrande som uppdraget (om inte mer) och att det dels finns stora skillnader mellan landstingens styrning i denna del, dels att ersättningssystemen är så spretiga och komplexa att jämförelser svårligen låter sig göras. Flera av de landsting som utredningen talat med vittnar om att de egentligen inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom ersättningen styr mot vård efter behov. De privata utförare som verkar i flera landsting menar att den varierande styrningen och den bristande transparensen försvårar etableringar.

I vår analys framkommer att styrningen fortfarande i alltför låg grad tar hänsyn till behoven i befolkningen. Det innebär att det inom landstingen uppstår ojämlikheter och att principen om behovsbaserad vård inte alltid är vägledande. Skillnaderna i ersättningssystemen mellan landstingen är stora och kan inte förklaras. Det innebär att det även mellan landstingen uppstår ojämlikheter. Ersättningssystemen är alltför komplicerade och har trots de senaste årens ansatser endast delvis minskat detaljstyrningen. Detaljstyrning och i vissa fall kostnadsansvar för bl.a. medicinsk service visar att styrningen inte utgår från tillit.

6.6.2 Behovet av ökad jämlikhet i patientavgifter

Nuvarande uttag av patientavgifter i hälso- och sjukvården

Landstinget får för närvarande besluta om grunderna för att ta ut vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök. Patienter som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. 1–3 §§ ska behandlas lika. Första stycket gäller inte i den mån annat är särskilt föreskrivet (17 kap. 1 § HSL). För öppenvård, förbrukningsartiklar och viss tandvård finns ett gemensamt högkostnadstak som innebär att för den enskilde får de posterna tillsammans under ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats, uppgå till högst 0,025 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§

socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget.

För slutenvårdens del finns redan en nationellt reglerad avgift, som beräknas per vård dag. I 17 kap. 2 § HSL anges att landstinget får för slutenvård fastställa avgiftsnivåer i olika inkomstintervall och besluta om vilka regler om nedsättning av avgiften som ska gälla. Avgiften för slutenvård får för varje vård dag uppgå till högst 0,0023 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste tiotal kronor.

De varierande avgifterna i primärvården upplevs ojämlika

En av de mest uppenbara skillnaderna i hälso- och sjukvården är de varierande patientavgifterna i öppenvården. Som framgår i avsnitt 5.4.4 är variationerna i primärvården tydliga oavsett kontakttyp, dvs. oavsett om det handlar om ett fysiskt eller digitalt läkarbesök eller en fysisk eller digital kontakt med någon annan personalgrupp i hälso- och sjukvården. Landstinget i Södermanland har som enda landsting 0 kronor i patientavgift och Jämtland–Härjedalen har genomgående högst patientavgift, 300 kronor oavsett kontakttyp. I det spannet varierar avgifterna även om de flesta regioner har en fast avgift oavsett vilken kontakttyp det handlar om.

Utredningen har vid hearingar och andra möten funnit ett mycket starkt stöd för att patientavgifterna bör ensas. Det har framkommit flera skäl till detta men tydligast är rättvisaspekten. Det ska inte kosta olika mycket att vända sig till vården i ett system där bl.a. patientlagen har som mål att göra vården gränsöverskridande. Även utvecklingen mot digitala arbetssätt verka i gränsöverskridande riktning. Utvecklingen mot ett mer nationellt system talar således för att patientavgiften inte bör vara en faktor för om patienten väljer att använda sig av utomlänsvården.

Patientavgifter har effekt på om man avstår från att söka vård

Som beskrivs närmare i delbetänkandet avstår en låg andel av befolkningen som helhet från att söka vård av ekonomiska skäl, knappt fyra procent. Cirka sju procent har avstått från att hämta ut receptbelagda läkemedel av ekonomiska skäl. När frågorna slås ihop och

bryts ner på inkomstnivå, visar det sig att klyftan mellan vuxna med låg inkomst och övriga inkomstgrupper är stor, och relativt sett större i Sverige än snittet för OECD. Andelen med låg inkomst i Sverige som avstått från att söka vård eller hämta ut läkemedel är 2,3 gånger så stor som övriga inkomstgrupper.

Patientavgifter har i övrigt liten effekt för vårdkonsumtion

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjorde 2018 en kartläggning av bl.a. vilka systematiska översikter det finns som undersöker hur nivån på egenavgifter för läkarbesök påverkar patienters hälsa och efterfrågan på läkarbesök. I en större översikt undersöktes hur egenavgifter för bl.a. allmänläkarbesök, specialistläkarbesök och ambulerande vård i höginkomstländer påverkade efterfrågan på de tjänster som egenavgiften gällde, om egenavgifter ledde till negativa effekter eller ökade användningen av andra tjänster, samt om egenavgifter ledde till någon form av fördelningseffekter inom befolkningen. Slutsatser var att egenavgifter minskade nyttjandet av receptläkemedel, läkarbesök inom öppen- och specialistvård, och ambulerande vård. Vidare drogs slutsatsen att egenavgifter påverkade nyttjandet av vård mer hos särskilt utsatta grupper, t.ex. de med låg inkomst eller de med särskilda behov av vård, än i övriga populationen (Kiil 2014).

I en tidigare översikt undersöktes vidare "priselasticiteten", dvs. känsligheten i efterfrågan för prisökningar. Genomgången visade att priselasticiteten för läkarbesök varierar beroende på ett antal faktorer – mest inkomst, men även ålder, kön och utbildning. Vårdgivarens kvalitet och geografiska läge samt priset på alternativa sjukvårdstjänster hade betydelse för priselasticiteten. Den genomsnittlige patienten är inte särskilt priskänslig och marginella avgiftsändringar medför inte några större förändringar i efterfrågan (Skriabikova 2010). En svensk studie visar på liknande resultat (Jakobsson 2016).

Avgiftsfrihet kan dock ha en större påverkan på konsumtionen. Samtliga landsting införde från och med den 1 januari 1998 avgiftsfrihet för barn och ungdomar vid läkarbesök i öppenvård. De landsting som följde upp konsekvenserna av nolltaxan för barn visade på en ökning av besöksfrekvensen med 15–17 procent för denna åldersgrupp. Antalet besök låg även två år efter reformen kvar på en högre nivå än före nolltaxan, vilket talar för att det inte var en temporär effekt (SOU 2012:2).

7 Utomlänsvård inom primärvården

I detta kapitel går utredningen igenom patientens möjligheter att välja vård över landstingsgränser, s.k. utomlänsvård.

7.1 Utvidgad valfrihet genom patientlagen

Historik om utomlänsvården

För mer ovanligt förekommande eller högspecialiserad vård fanns det redan vid den gamla hälso- och sjukvårdslagens införande 1982 en indelning av landstingen i sex hälso- och sjukvårdsregioner med skyldighet att samverka (se nuvarande HSL 7 kap. 8 § samt hälso- och sjukvårdsförordningen [2017:80] 3 kap. 1). Detta har under senare år även kompletterats med särskilda bestämmelser om högspecialiserad vård (tidigare rikssjukvård).

Sedan 1990 har det dessutom varit möjligt för landstingen att på lika villkor som för den egna befolkningen erbjuda hälso- och sjukvård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård, *om landstingen kommer överens om det* (se prop. 1989/90:81).

Sådan frivillig samverkan formaliserades bl.a. genom dåvarande *Landstingsförbundets rekommendation om valmöjligheter i hälso- och sjukvården*. Rekommendationen innebar att medborgarna fritt skulle kunna välja vårdcentral och sjukhus i det egna landstinget och utanför landstingsgränsen kunna välja slutenvård. För detta krävdes dock att läkare i hemlandstinget fastställt vårdbehovet, med andra ord behövde patienten en remiss.

Samtliga landsting anslöt sig till en reviderad rekommendation 2003, som även öppnade för fritt val av specialiserad öppen vård i annat landsting.

Rekommendationens ”regler” om utomlänsvård speglades även i det första Riksavtalet för utomlänsvård, som beslutades 2004.

Valfrihetsrekommendationen fick i praktiken ett ganska begränsat genomslag och patienterna tycks inte ha varit särskilt medvetna om sina möjligheter att välja vårdgivare. Inte heller tycks personalen ha känt till vad som förväntades av dem. Vissa av landstingen såg dessutom valfriheten som en utmaning mot den egna planerings- och kostnadskontrollen och var därför tveksamma till att införa reformen (Fredriksson & Winblad 2008, Winblad 2007, 2008).

Utomlänsvården kodifierades genom patientlagen 2015

Vid patientlagens införande 2015 lagreglerades det fria valet inom öppenvård över landstingsgränser. Regleringen innebär att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom detta landsting, ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård (9 kap. 1 § PL). Den vård som i dag inkluderas i patientens valmöjligheter utgörs av val av utförare inom primärvård och specialiserad öppenvård som inte kräver intagning i vårdinrättning (t ex. dagkirurgi), som bedrivs antingen i landstingets egen regi, hos privat vårdgivare som har avtal med landstinget, eller hos vissa andra privata utförare.

Regeringen bedömde att lagreglering av den tidigare frivilliga utomlänsvården skulle innebära flera fördelar för såväl patienter som utförare (prop. 2013/14:106). Framför allt att landstingen har en skyldighet att upprätthålla de krav på valmöjlighet för patienten som den ovan nämnda rekommendationen innebär. Det bedömdes vidare öka öppenheten för patienter och övriga medborgare och samtidigt tydliggöra att valfrihet som kan leda till ökad tillgänglighet är en viktig kvalitetsaspekt. Det skulle också leda till en ökad kännedom om det fria vårdvalet även hos vårdpersonalen.

Utomlänsvården innebar att bl.a. vårdvalssystemen är tillgängliga för alla patienter

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

Bestämmelsen innebär alltså en *utvidgning* av landstingens ansvar att erbjuda *öppen hälso- och sjukvård* till att även gälla patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar, dvs. även till patienter som är *bosatta* i ett annat landsting eller vissa andra angiva grupper av patienter (se avsnitt 4).

Detta utökade ansvar är i dag begränsat till *öppen vård* dvs. *primärvård* och *specialiserad vård* som inte utgör slutenvård och således kräver intagning i vårdinrättning. *Vårdgarantin gäller* däremot *inte* patienter som omfattas av ett annat landstings primära ansvar för hälso- och sjukvård. Regeringen anförde följande:

Vårdlandstinget ska, när det är aktuellt, erbjuda patienter från andra landsting möjlighet att välja behandlingsalternativ enligt 7 kap. 1 § patientlagen och att få en ny medicinsk bedömning enligt 8 kap. 1 §, dock enbart inom öppenvården. I övrigt ska vården ges på samma villkor som dem som gäller för de egna invånarna. Detta innebär att landstingen inte ska prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har. Att vården ska ges på samma villkor för patienter från ett annat landsting innebär vidare att de ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt, få del av vårdlandstingets öppenvårdsutbud även om detta är ett annat än i hemlandstinget, samt att det är vårdlandstingets patientavgifter och andra lokalt beslutade taxor etc. som ska tillämpas vid den länsöverskridande vården. [...]

En patient kommer att kunna välja utförare, antingen en offentlig aktör eller en privat utförare som har avtal med landstinget. Den sistnämnda behöver således vara upphandlad av landstinget enligt [LOU], alternativt godkänd inom ett s.k. valfrihetssystem enligt [LOV]. Patienten kan även välja öppen vård hos läkare eller fysioterapeuter som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. **Patienten kommer dessutom ha möjlighet att "lista" sig på en vårdcentral**".

(prop. 2013/14:106).

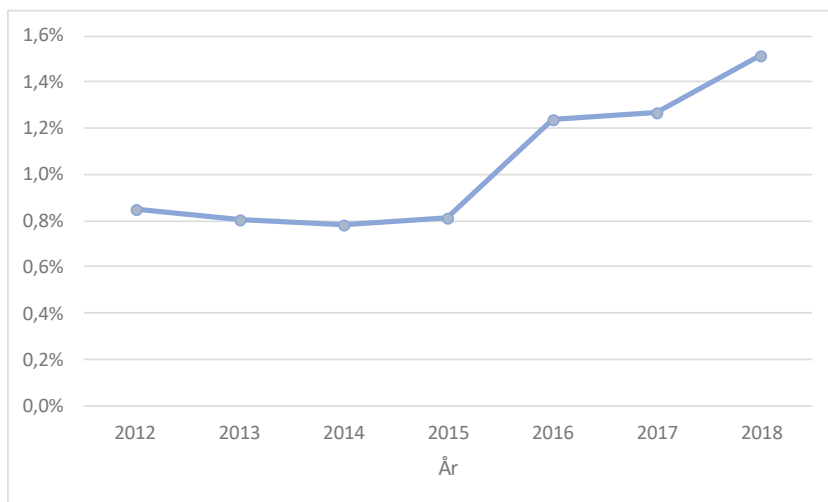
Regeringen bedömde att förändringen innebär en mindre utökning av planeringsansvaret och inte skulle medföra några märkbara konsekvenser. Man menade vidare att det är bättre för landstingen att i så stor utsträckning som möjligt planera för alla dem som omfattas av deras ansvar än att underlåta att göra det. Regeringen bedömde inte att det skulle röra sig om några betydande patientströmmar, utan anser att detta endast i undantagsfall kan ha någon avgörande inverkan på landstingens planering av hälso- och sjukvården. Regeringen menade vidare att förslaget i viss utsträckning påverkar möjligheterna för landstingen att bestämma över hur de ska bedriva sin verksamhet men att landstingen redan hade gjort frivilliga åtaganden, genom rekommendationen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården och riksavtalet för utömlänsvård, att erbjuda patienter möjligheten att välja vård i andra landsting.

7.2 Utvecklingen av utömlänsvården i primärvården

Utömlänsvårdens omfattning i Sverige kan, när det gäller primärvården, utläsas i det så kallade räkenskapssammandraget för landstingen, som årligen tas fram av Statistiska centralbyrån (SCB). I figuren nedan framgår landstingens köp av verksamhet (primärvård) från andra landsting i relation till nettokostnaderna för primärvård.

Kostnadsandelen var relativt konstant under åren innan och direkt efter att patientlagen trädde i kraft och patientens gavs (rättslig) möjlighet att söka utömlänsvård. Tidigare analyser visar i linje med detta att patientlagen haft begränsad effekt på den *fysiska* utömlänsvården, inte bara för primärvården utan även inom annan öppenvård (Vårdanalys 2017c). De senare data som utredningen tagit fram visar emellertid ett kraftigt trendbrott som innebär att utömlänsvårdens andel av primärvården fördubblats under 2015–2018. Detta sammanfaller tidsmässigt med den snabba ökningen av konsumtionen av digitala vårdtjänster i primärvården, vilket i huvudsak sker i form av utömlänsvård, se vidare avsnitt 9.

Figur 7.1 Landstingens köp av primärvård från andra landsting i relation till nettokostnader för primärvården, 2012–2018



Källa: SCB – Räkenskapsammandrag för kommuner och landsting. Utredningens beräkning baserad på uppgifter om nettokostnader exkl. läkemedel inom förmånen samt köp från landsting.

8 Analys och överväganden om utomlänsvården

8.1 Utomlänsvården och den utökade valfriheten har inte bidragit till måluppfyllelse

8.1.1 Utomlänsvården i dess nuvarande form bidrar till ett fragmenterat system

I samband med införandet av patientlagen 2015 möjliggjordes s.k. utomlänsvård, dvs. att en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård, inom eller utom detta landsting, ska få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Utomlänsvården är avsedd för att patienten förflyttar sig utanför sitt landsting

Vid införandet av systemet var en tydlig utgångspunkt i betänkandet att utomlänsvården handlade om att patienten skulle kunna välja att resa till ett annat landsting för att ges vård (SOU 2013:2). Det förutsågs avse både specialiserad vård av ”engångskaraktär” men också att patienten skulle kunna söka primärvård, t.ex. om hen arbetade på andra sidan en länsgräns. De digitala vårdtjänsterna var ännu outvecklade inom vården varför den utveckling som senare skedde med den nya s.k. nätläkarvården inte förutsågs. Utredningen anförde t.ex.

Efter att patienten vårdats i ett annat landsting utifrån den medicinska bedömning av vårdbehovet som gjorts där kan vårdlandstinget därmed kräva att patientens hemlandsting ersätter den faktiska kostnaden för patientens vård. I denna del lämnar utredningen till landstingen att lösa hur de ekonomiska transaktionerna ska genomföras. Det är emellertid av vikt att understryka att det endast är de faktiska kostnaderna som ska ersättas.

Utredningen är medveten om att kostnader för resa och uppehälle i ett annat landsting kan uppgå till ansevärd belopp och att denna kostnad kan utgöra ett hinder för vissa patienter att kunna utnyttja de ökade valmöjligheterna. I vissa fall kan emellertid den motsatta situationen uppstå. Då en patient redan befinner sig i ett annat landsting, t.ex. arbetar på annan ort, och ett icke akut vårdbehov uppkommer, behöver inte patienten resa tillbaka till sitt eget hemlandsting för att få vårdbehovet tillgodosett. Även personer som bor nära en landstingsgräns kan – utan några eller nämnvärda merkostnader – få ett utökat vårdutbud som enkelt kan nyttjas.

Utredningen bedömde vidare att förslaget inte skulle ge några nämnvärda kostnader eller kostnadsökningar för landsting eller kommuner och anförde vidare:

Det är den enskilde patientens medicinska behov som ska vara avgörande för om öppen vård ska erbjudas i ett annat landsting än det där patienten är hemmahörande. Det innebär rimligen att patientens hemlandsting ändå skulle fått bekosta vård för patienten. Förslaget får därför i allt väsentligt betecknas som ett ”nollsummespel” där landsting tar emot patienter från andra landsting, vilket genererar en intäkt för landstinget, och bekostar öppen vård i andra landsting för patienter som valt att få sin vård där. Det finns ingenting som talar för att patienter, som en direkt följd av förslaget, i så mycket högre grad än vad som sker i dag kommer att resa till andra landsting i syfte att erhålla vård. Uppföljningar av vårdval inom primärvården visar bl.a. att patienter värdesätter geografisk närhet och kontinuitet när det gäller val av utförare.

Regleringen har inte bidragit till likabehandling eller måluppfyllelse

Det överlämnades till landstingen att reglera de närmare ekonomiska transaktionerna, vilka styrs av det s.k. riksavtalet för utomlänsvård (SKL 2015). Där anges bl.a. att ”ersättning för en vårdtjänst är densamma för inom- och utomlänspatienter” (§ 8.2). I praktiken har landstingen frångått detta och landstingens ersättning till utförare skiljer sig ofta vida åt beroende på om det är en inom- eller utomlänspatient (se avsnitt 5).

Regeringen angav i propositionen att ”patienten kommer ha möjlighet att ”lista” sig på en vårdcentral och välja en fast läkarkontakt i ett annat landsting.” (prop. 2013/14:106). Som framgår av nedanstående tabell är det ännu relativt ovanligt förekommande med listning över länsgränser. Ett problem är att landstingen fortfarande inte hittat en samsyn vad gäller hanteringen av patientens listning på

vårdcentral i ett annat landsting. Endast en minoritet av landstingen betalar kapiteringsersättning till utförare för *listade utomlänspatienter* (Skåne, Uppsala, Jönköping, Kalmar, Gotland och Västmanland). Och landstingen har i linje med ett beslutsstöd från SKL valt att inte ersätta varandra för en eventuell kapiteringsersättning vid utomlänsvård på grund av ”uppenbara svårigheter” (SKL 2014).

Tabell 8.1 Förekomst av individer listade i andra landsting, samt ersättning för listade utomlänspatienter, 2018

Landsting	Antal listade utomlänspatienter	Kapiteringsersättning för listade utomlänspatienter
Blekinge	721	
Dalarna	i.u.	i.u.
Gotland	226	x
Gävleborg	1 420	
Halland	5 000*	
Jämtland Härjedalen	700*	
Jönköping	2 519	x
Kalmar	788	x
Kronoberg	1 450	
Norrbottn	0	
Skåne	4 000*	x
Stockholm	18 618	
Sörmland	2 273	
Uppsala	5 819	x
Värmland	400*	
Västerbotten	i.u.	
Västernorrland	910	
Västmanland	1 370*	x
Västra Götaland	7 218	
Örebro	i.u.	
Östergötland	3 000	

Källa: SKL (ej publicerade data).

Not: *Uppskattat antal. I vissa fall med stor osäkerhet då det inte sker någon ”avlistning” i systemet.

Vi kan konstatera att utvecklingen när det gäller utomlänsvården hittills i låg grad stödjer en utveckling mot en mer kontinuitetsbaserad vård, där patienten kan ges möjlighet att välja en utförare i ett annat län som ges incitament att ta ett helhetsansvar för patienten. Både de administrativa systemen och ersättningsprinciperna vid

utomlänsvård utgår, som framkommit ovan, snarare från att det handlar om tillfällig vårdkonsumtion. Detta är också en särskild utmaning när det gäller de digitala vårdtjänster som har utvecklats främst av de s.k. nätläkarna och som har en tydlig gränsöverskridande karaktär (se vidare avsnitt 10). Under en hearing framförde en landstingsföreträdare t.ex.

I nuläget finns tre parallella system, vårdvalet, nationella taxan och de digitala vårdföretagen. Det hotar på sikt att kortsluta primärvården. Om man inte kan påverka kostnaden som utförare bör man inte heller ha något kostnadsansvar för vård som utförs av andra, utan landstinget bör ta det centralt.

Bristande samordning kan ha långtgående effekter

En uppföljning av patientlagens effekter har visat att det kopplat till utomlänsvården finns en efterfrågan på nationellt samordnad information om vårdutbudet, ett gemensamt system för elektronisk remisshantering, en nationell listningstjänst och samordning när det gäller högkostnadsskydd men sådana tjänster saknas ännu (Vårdanalys 2017c).

Den bristande samordningen landstingen emellan ger upphov till långtgående och oavsedda effekter.

- I praktiken finns det i nuläget *inget som hindrar* en patient från att vara listad i 21 olika vårdvalssystem och därmed hos 21 olika utförare samtidigt.
- Inte heller finns det vid utomlänslistning reell möjlighet för patienten att välja att *inte vara listad* på en vårdenhet i hemlandstinget.
- Kapiteringsersättning utgår normalt sett *endast* till patientens utförare i hemlandstinget (som hen kanske inte ens vill vara listad på, men inte kan välja bort).
- Utföraren i hemlandstinget straffas omvänt med debitering för köpt vård till utomlänstaxa, när patienten gör besök hos en utförare i ett annat landsting – kanske på en vårdcentral som patienten också är listad på och själv ser som sin egentliga egna vårdcentral.

- Utföraren får i sin tur ingen ersättning för att patienten (som bor i ”fel” region) är listad där, utan får endast styckersättning för besök – vilket dels leder till ett felaktigt vårdincitament utifrån premissen att kapiteringsbaserade system är de bästa, dels kan leda till att vårdefterfrågan inte speglar ersättningen (vilket kan slå i bägge riktningarna).

Utredningen bedömer att dessa nuvarande systembrister motverkar kontinuitet och patientsäkerhet och skapar oklarheter kring det medicinska ansvaret för patienten, när hen är listad hos flera olika vårdgivare samtidigt.

Det finns således starka skäl att skynda på arbetet med en nationell listningstjänst, som bl.a. innebär en samordnad listning så att en patient bara kan vara listad hos en vårdenhet i taget i landet (och att man därmed kan vara icke-listad i sitt hemlandsting). I så fall bör kapiteringsersättningen utbetalas från patientens hemlandsting, till den utförare där patienten är listad, oavsett i vilket landsting detta är.

Det kan diskuteras om ersättningen ska baseras på ersättningsreglerna i vårdvalet i patientens hemlandsting eller där patienten är listad men med den ökade samordning av ersättningsystemen som utredningen bedömer bör ske (se avsnitt 6) minskar svårigheterna.

8.1.2 Med patientlagen tilläts patienter att röra sig fritt, men inte deras information

Idén om gränsöverskridande valfrihet har inte underbyggts av fungerande informationssystem och ersättningssystem

Den valfrihet över landstingsgränser som lagfästes genom patientlagen är enligt utredningens bedömning fortfarande inte fullt ut genomförd. Som tidigare påtalats finns det både ett starkt behov av och starka förväntningar på en ny hälso- och sjukvårdsdatalag och socialtjänstdatalag, vilka skulle innebära väsentliga förenklingar för informationshanteringen inom och mellan vård och omsorg. Men även om det tidigare förslaget genomförs saknas reglering av förutsättningarna för att utbyta patientinformation mellan landstingshuvudmän i samband med hälso- och sjukvård över landstingsgränser. Med hänsyn till att patientlagen ger patienten en möjlighet att söka öppen vård i valfritt landsting får det anses vara en brist att lagstiftningen

inte medger att informationen enkelt kan följa med patienten mellan landstingen. Det är tydligt att lagstiftningen i denna del inte går i takt med den utveckling som anses vara önskvärd när det gäller patientens ställning i vården. Denna fråga har dock varken behandlats i samband med införandet av patientlagen eller i samband med förslaget till hälso- och sjukvårdsdatalag. Vi bedömer att det ur ett patientsäkerhetsperspektiv, liksom ett kvalitets- och effektivitetsperspektiv är angeläget att regeringen hanterar denna fråga och att frågan behöver utredas vidare.

8.1.3 Utomlänsvården försvårar för landstingen att fullgöra sitt uppdrag

Landstingen har som huvudmän ett ansvar för att tillhandahålla och planera vård för deras invånare. Enligt HSL 7 kap. 2 § ska landstingen planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård. Och enligt 2 a § ska landstingen organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen.

Detta betyder att landstingen ansvarar för att det, vid behov, finns vård för de som bor inom länets gränser. Detta ansvar slutar inte att gälla för att invånare väljer att söka sig till vården i ett annat landsting. Givet de ansvarsförhållanden som råder är detta alltså inget som är självreglerande som ett valfrihetssystem, alltså att ju mer vård som konsumeras utanför hemlandstinget desto mindre vård kommer hemlandstinget att behöva tillhandahålla eftersom deras tjänster inte efterfrågas. Landstinget måste fortsatt enligt lag se till att det finns vård för invånarna även när den inte efterfrågas.

Det finns en paradox i att mer frihet och valfrihet för patienten för huvudmännen innebär sämre planeringsförutsättningar och att tvingas till ineffektiv resurshantering.

Utredningen har inte för avsikt att ta tillbaka den valfrihet över länsgränser som patienter och invånare fick i och med patientlagen. Däremot har vi som målsättning att ändra valfrihetssystemet så att valfriheten blir mer nationellt transparent och så att den kan kombineras med bättre planeringsförutsättningar för huvudmän och utförare.

8.2 Utomlänsvården bör inte fortsatt vara ett eget spår inom primärvården

Likvärdigheten var en central del vid införandet av utomlänsvården. Utomlänsvården skulle enligt regeringen ges utifrån samma principer som vården av inomlänspatienter – bl.a. att utomlänspatienter ska få möjlighet att lista sig, välja en fast läkarkontakt och få tillgång till en fast vårdkontakt, samt att det är vårdlandstingets patientavgifter och andra lokalt beslutade taxor etc. som ska tillämpas vid den länsöverskridande vården (se föregående avsnitt).

I avsnitt 6 har utredningen dragit slutsatsen att patientens val av utförare i primärvården bör ske genom att patienten listar sig. Utifrån utredningens utgångspunkter om behovet av ett mer integrerat och ett mer nationellt system gör vi bedömningen att samma principer bör gälla för patienten oavsett om hen söker vård i sitt eget landsting eller i ett annat. Valet av utförare i annat landsting bör således också ske genom listning.

Landstingens måste leva upp till lagens krav

Som konstateras i föregående avsnitt har landstingen inte ännu levt upp till intentionerna om likabehandling i patientlagen. Utredningen ser det som angeläget att alla landsting gemensamt återupptar arbetet med att skapa likvärdiga förutsättningar när det gäller listning och att man hittar former för att ersätta utförare för detta.

Ersättningen för all utomlänsvård inom primärvården bör ses över

Inte bara den digitala utomlänsvården sker inom ramarna för ett snedvridande ersättningssystem (se avsnitt 10). Vår genomgång i avsnitt 5 visar att fysiska utomlänsbesök ersätts ibland tio gånger så högt som ett besök inomläns. Denna ersättning tar ingen hänsyn till innehållet i besöket utan utbetalas även för enkla åkommor och oavsett om patienten gör ett enskilt eller alla sina besök på samma ställe. Som framhålls ovan finns det risk för att detta skapar både snedvridande incitament och ger oavsedda effekter för utförare som får kostnadsansvar för sina listade patienters besök i andra landsting.

Det framstår som angeläget att hela denna ersättningsmodell ses över i syfte att likställa ersättningen för inom- och utomlänspatienter.

Alternativa vägar vad gäller den primärvård som ges som utomlänsvård

Utredningen har övervägt men avfärdat andra alternativ när det gäller patientens valfrihet över länsgränser.

1. Bibehålla utomlänsvården som ett parallellt system som bygger på besöksersättning (nollalternativet)

Det första alternativet innebär att bibehålla det nuvarande systemet med parallella spår för inom- och utomlänsvård. Utredningen bedömer att det nuvarande systemet snarast motverkar övergången till en mer digifysisk primärvård där fysiska och digitala tjänster integreras. Vår bedömning är att utomlänsvården, som den nu fungerar för primärvårdens del inte är ett långsiktigt hållbart system. Den kraftigt ökade rörlighet hos vårdtjänsterna som uppstått genom utvecklingen av de digitala verktygen är troligen ännu bara i sin linda. De effekter som redan finns, på grund av den bristande samordningen och det faktum att utomlänsvården fungerar som ett parallellt system till inomlänsvården, kan således förväntas ytterligare förstärkas.

2. Ta bort möjligheten att söka öppen vård i annat landsting

Ett alternativ framåt vore att avskaffa möjligheten att söka vård i ett annat landsting. Vissa skäl talar för detta, framför allt den rådande diskrepansen landstingens planeringsförutsättningar och legitimiteten i att kunna utkräva politiskt ansvar i ett och samma landsting där individen både betalar skatt och konsumerar välfärdstjänster. Detta alternativ skulle också kunna minska fragmentisering och öka informationsintegrationen. Det är dessutom i linje med den kommunala självstyrelsen och man undviker att patientinformation styckas upp mellan olika landstings journalsystem.

Samtidigt ser utredningen ur ett patientperspektiv att det är svårt, för att inte säga omöjligt, att dra tillbaka den möjlighet som patienter

fått att kunna söka vård obegränsat över landstingsgränser. Tillkomsten av digitala vårdkontaktvägar gör dessutom geografiska gränser irrelevanta vilket talar starkt emot en begränsning av valfriheten. Det mesta talar för att valfrihet över landstingsgränser (och landsgränser) långsiktigt är att föredra.

3. Undanta primärvården från möjligheten att söka vård i annat landsting

En mindre ingripande alternativ framåt vore att undanta endast primärvården från möjligheten att söka vård i ett annat landsting. Skäl för detta skulle vara den pågående inriktningen mot nära vård och relationsskapande. Som framkommit i analysen ovan försvåras detta av utomlänsvården i dess nuvarande form, som snarare bidrar till fragmentering och försvårar kontinuitet. I detta alternativ skulle patienten fortfarande kunna välja att lista sig i annat landsting om det finns anknytning dit via exempelvis bostad, arbete eller på annat sätt. Men patienter skulle få välja att lista sig hos utförare som finns inom ett visst avstånd från bostad, arbete eller annan anknytningspunkt. Detta på grund av att det ökar planeringsförutsättningarna utan att egentligen utgöra någon större begränsning, de flesta patienter listar sig nära sin bostad eller arbete redan i dag. Det skulle också skapa en försäkran om att det fortsatt kommer att finnas utförare närvarande även i små städer eller orter. Detta alternativ strider dock mot vårdvalets grundläggande bestämmelse om att patienten inte får begränsas geografiskt i valet av utförare. Utredningen bedömer att även en sådan inskränkning är onödigt långtgående. Vid arbetspendling eller liknande situationer samt vid geografisk närhet till vårdcentral i ett landsting är valfriheten ytterst motiverad och även i andra fall har ett utökat utbud positiva effekter för patientens ställning.

9 Digitala vårdtjänster inom den offentligt finansierade primärvården

I detta kapitel beskriver utredningen utvecklingen inom primärvårdens vårdvalssystem vad gäller digitala kontaktvägar. Här avgränsar vi beskrivningen till de aktiviteter som vi tolkar att direktiven avser med ”så kallade nätdoktorer” och liknande verksamhet. Vår tolkning är att det syftar på digitalt profilerade vårdgivare som ofta inte har avtal med landstingen utan verkar som underleverantörer till en vårdcentral i ett landsting men erbjuder sina tjänster nationellt. De ersätts framför allt via den av SKL rekommenderade ersättningen för digitala utomlänsbesök.

Det sker mycket vad gäller digitala verktyg inom vården och i vår analys har vi ett bredare perspektiv där fokus ligger på vilken roll dessa aktiviteter spelar i vårdsystemet. Vi beskriver också det arbete som pågår inom landstingen och mer etablerade privata aktörer.

9.1 Kort historik

Digitalisering i vården har pågått länge och inom många olika delar av vården. Att fenomenet med digitala konsultationer inom primärvården har fått ett sådant genomslag senaste åren beror på en lagändring och hur landstingen har implementerat lagen.

Den 1 januari trädde patientlagen (2014:821) i kraft. I ett tidigt skede kritiserades lagen för att ha marginell påverkan. En av de saker som var nya med lagen var att den gav patienter (rättslig) möjlighet att söka öppen vård utanför hemlandstinget. Patientmaktsutredningen (SOU 2013:2) som skrev förslaget om patientlagen såg att förslaget skulle få marginell effekt, och att den främst skulle ha en

betydelse för patienter som reser till ett annat landsting för att söka vård, eller för patienter som bor nära en landstingsgräns.

År 2013 grundades bolaget Min Doktor i Skåne och erbjöd då framför allt recept online till patienter med urinvägsinfektion. Tjänsten var då privatfinansierad. Kry grundades 2014 och hade initialt ett samarbete med Region Jönköping där deras plattform användes för digitala konsultationer inom landstingets vårdval. Kort därefter valde regionen att övergå till Visiba Cares plattform. Under 2015 beslutade Region Jönköping om att ett digitalt vårdbesök skulle likställas med ett mottagningsbesök vad gäller hur det ersätts från regionen.

I december samma år slöt Kry ett avtal med Läkarhuset i Tranås, en privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping. Genom detta avtal kan Kry ta emot patienter digitalt och få det ersatt av Region Jönköping. Tjänsten riktas dock bredare än så och patienter i andra landsting började också använda tjänsten. Till en början fakturerade Region Jönköping andra landsting som att dessa digitala konsultationer är vanliga utomlänsbesök, vilket innebar cirka 2 000 kronor per besök. Anledningen till att ersättningen var så hög, var att man antog att utomlänsbesök som gjordes av en patient som tillfälligt vistades i annat landsting skulle innebära en merkostnad för vårdgivaren. Året därpå slöt Min Doktor ett liknande avtal med en annan privat vårdvalsleverantör i Region Jönköping, Wetterhälsan i Jönköping.

I januari 2017 beslutade SKL om en rekommendation om att sänka ersättningen per besök till 1 200 kronor. I maj samma år kom en ny rekommendation om 650 kronor per besök. SKL och landstingen har också enats om en nationell patientavgift för digitala utomlänsbesök, om 100 kronor. Denna rekommendation kom efter att Region Sörmland hade beslutat att göra primärvården avgiftsfri för patienter, och det ungefär samtidigt startats en digital leverantör, Doktor.se, i Sörmland. I juni 2019 beslutade SKL återigen om en rekommendation om att sänka ersättningen till 500 kronor per besök. Detta har inte implementerats än.

Parallellt har fler aktörer dykt upp i privat regi och i stort sett alla landsting har upphandlat plattformar och försökt skynda på den digitala utvecklingen i primärvården. Det har också pågått en stundtals infekterad debatt om de så kallade nätläkarna.

Generellt karakteriseras digitalt profilerade vårdaktörer av ett arbetssätt som bygger på att resurser i form av arbetskraften ”poolas” och därmed kan de erbjuda mycket hög tillgänglighet när tjänsterna

riktar sig till hela landet. Fler av dem utvecklar också olika typer av digitala verktyg, såsom AI-triage, kunskapsstöd och vårduppföljning.

Som regel har nätläkarföretagen inte haft direkta avtal med huvudmän utan är avtalsparter till enskilda vårdvalsutförare i ett landsting. Några av dem lägger stora resurser på marknadsföring, något som tidigare inte har varit särskilt vanligt inom primärvården. Några av reklamkampanjerna har också mottagit kritik för att den har uppfattats som aggressiv och har ansetts uppmuntra till onödig konsumtion av vård.

9.2 Riksavtalet för utomlänsvård

Det av SKL:s styrelse beslutade Riksavtalet för utomlänsvård med kommentarer gäller i sin nuvarande lydelse fr.o.m. den 1 januari 2015. Riksavtalet innehåller bestämmelser om vad som gäller när en person får vård utanför sitt hemlandsting. Avtalet omfattar således

vård efter remiss från hemlandstinget, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer sådan vård, medicinsk service, hjälpmedel samt transporter och resor. Riksavtalet gäller då verksamhet i dessa avseenden, kapitel 2 t.o.m. 7, inte regleras med avtal inom sjukvårdsregionen eller avtal mellan landsting.

Vidare beskrivs det att Riksavtalet förutsätter att vården är *landstingsfinansierad* och *lämnas av*:

- landsting
- privata vårdgivare som har kontrakt med landstingen med stöd av antingen lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV).
- vårdgivare som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.
- När det gäller övrig utomlänsvård som patientens hemlandsting ersätter i och med att patienten själv väljer vården, anføres följande:

Patienten ska få möjlighet att välja öppen vård i andra landsting. En utomlänspatient omfattas inte av vårdlandstingets vårdgaranti. Detta gäller både för den lagreglerade nationella vårdgarantin och den eventuella vårdgaranti därutöver som ett vårdlandsting på frivillig grund tillämpar. Patienter ska få möjlighet att "lista" sig inom primärvården i

andra landsting. En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att i andra landsting få en ny medicinsk bedömning. En patient ska få möjlighet att välja läkarvård eller sjukvårdande behandling i hemsjukvård. Hemsjukvård som tillhandahålls av kommunerna regleras inte i riksavtalet. Söker en patient öppen vård ersätter hemlandstinget vårdlandstinget enbart om hemlandstingets eventuella remisskrav från allmänläkare till specialistläkare och fysioterapeut/sjukgymnast har iakttagits. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för vårdlandstingets egna invånare. Detta innebär att landstingen inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter från andra landsting utan enbart ska ta hänsyn till de medicinska behov som patienterna har ...

Den 12 maj 2017 beslutades av SKL:s förbundsstyrelse en Rekommendation till landsting och regioner om gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården

att rekommendera landstingen att tillämpa gemensamma utomlännersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården enligt vad som framgår av bifogad rekommendation, samt att i skrivelse till landsting och regioner rekommendera dem att omgående godkänna och tillämpa denna rekommendation.

Riksavtalet för utomlänsvård och utvecklingen av digitala vårdtjänster

Den arbetsgrupp som hade i uppdrag att ta fram underlaget inför ovan rekommendation fick även fortsatt uppdrag av Ekonomidirektörsnätverket att

se över behovet av förändringar och anpassningar av Riksavtalet för utomlänsvård (RIA), eller dess tillämpningar, som följer av den ökande förekomsten av digitala vårdtjänster” med syftet att ”skapa förutsättningar för att avtalet ska stödja och bidra till – inte motverka – en fortsatt och bred utveckling av den digitala vården.

Arbetsgruppens förslag till ekonomidirektörerna var att:

- Initiera ett arbete för landstingsgemensamma och tydligare krav på vårdgivare och deras underleverantörer, för att RIA ska kunna fungera på avsett vis.
- Inför krav på en tydligare information till patienten vid varje digital vårdkontakt som tydligt anger vilken vårdcentral som är kontraktsansvarig och om det är utomlänsvård.

- Ge ett tilläggsuppdrag till nuvarande projekt (Inera) för att ytterligare förenkla utomlänsfaktureringarna.
- Besluta att alla landsting ska göra lika genom att utomlänspriser ska redovisas brutto, och betald patientavgift dras av i samband med fakturering. Även hanteringen av momskompensationen bör göras på samma sätt av alla.
- Rekommendera Hälso- och sjukvårdsdirektörerna att verka för att organisationen för Kunskapsstyrning utformar medicinska riktlinjer för vilka sjukdomstillstånd som lämpar sig för behandling på distans.
- Initiera ett arbete med att förtydliga kriterierna för utomlännersättning i SKL:s rekommendation om digitala vårdkontakter och betalningsskyldighet för hemlandstinget.
- Enas om att verka för att alla landsting (och inte bara ett som i dag) tillämpar de regler som finns i RIA om att ge samma besöksersättningar till vårdgivare inom LOV för olistade såväl utomlänss- som inomlänsspatienter.
- Enas om att RIA:s regler om vidarefakturering av kostnader för vård enligt LOV bör förtydligas eftersom följsamheten varierar i dag, och att alla landsting tillämpar reglerna.
- Överväga ett förslag om att införa en för alla landsting gemensam patientavgift för digitala vårdkontakter.
- Besluta om en konsekvensanalys av de föregående tre punkternas effekt bl.a. för vårdutbudet.
- Initiera en bredare översyn av RIA:s regler, med inriktning mot ett nationellt listningssystem och ev. gemensamma ersättningsystem och mer enhetliga patientavgifter.
- Initiera en fortsatt översyn av området medicinsk service vid digital vård, med inriktning mot en gemensam rekommendation.

9.3 Leverantörer och utförare

Nedan ges en överblick över olika aktörer och initiativ som pågår vad gäller digitalisering inom primärvården. För mer uttömmande kartläggning hänvisas till Socialstyrelsens rapport Digitala vårdtjänster riktade till patienten (2018).

9.3.1 Privata utförare

Här följer en kort beskrivning av de största digitala vårdgivarna och de största privata utförarna som också arbetar digitalt i primärvården. Med digital vårdgivare syftar vi på vårdgivare som är digitalt profilerad och via ett bolag erbjuder digital konsultation.

Texterna nedan är inte uttömmande. Syftet är att ge en övergripande bild av de största aktörerna, hur de kommer in i det offentliga systemet, vilka olika typer av verksamheter de bedriver samt hur de skiljer sig åt. Informationen nedan kommer från aktörernas hemsidor och från möten samt mejlkontakt som utredningen har haft med dem.

Kry

Kry grundades år 2014 och erbjuder huvudsakligen videokonsultation med läkare, psykolog och sjuksköterska. Via hemsida och app erbjuds vägledning för vilken typ av besvär som lämpar sig för videokonsultation. Patienten väljer i appen om de söker vård för sig själv eller sitt barn och får därefter fylla i ett symptomformulär. Beroende på vad patienten anger som sökorsak till vårdbesöket bokas patienten in till antingen en läkare, psykolog eller en sjuksköterska, alternativt hänvisas vidare till annan lämplig vårdnivå om besvären inte lämpar sig för ett digitalt besök. Patienter loggar in i appen via bank-id och blir uppringda i denna när det är deras tur. Kry uppger att väntetid vanligtvis är några minuter och de har öppet dygnet runt. Kry har under 2019 lanserat sjuksköterskebesök samt AI-triage.

Kry har utvecklat sitt eget kunskapsstöd för personalen och använder även sitt eget journalsystem. De uppgifter som registreras i journalsystemet fördes tidigare över till Region Jönköpings journalsystem via Tranås läkarhus, där Kry var en underleverantör. Uppgifterna förs också in i Nationell patientöversikt (NPÖ). Under 2019

har Kry förvärvat vårdcentralen Nyckeln i Nyköping. Kry's digitala vård sker därmed nu utifrån Region Sörmland.

Kry samverkar med vårdcentraler och labb för provtagning och annat. De samarbetar också med bl.a. Lloyds apotek, Dynamic Code och Unilabs. Kry öppnade i december 2018 en vårdcentral i Lund efter att de hade godkänts som utförare inom Region Skånes vårdvals-system. Även som vårdvalsutförare är deras ide att främst arbeta digitalt.

Kry driver verksamhet i Norge, England och Frankrike under namnet Livi.

Min Doktor

Bolaget grundades år 2013 och fokuserade till en början på att hantera urinvägsinfektioner digitalt. Min Doktor erbjuder i dag konsultation med läkare, barnmorskor, psykologer, fysioterapeuter samt sjuksköterskor främst via asynkron chat, och vid behov kan även video eller telefon nyttjas. Kontakten inleds alltid med att patienten skriftligen besvarar besvärsspecifika frågor. Anamnesupptaget fungerar även som autotriage för att sortera patienter till rätt vårdnivå: egenvård, fysisk vård eller fortsatt digital vård. När handläggning av ärendet påbörjas av en läkare chattar hen asynkront med patienten och kan på så vis hålla ett ärende öppet i dagar för att följa utvecklingen av ett besvär. Min Doktor har utvecklat egna inbyggda beslutsstöd för läkarna i den digitala tjänsten.

Min Doktor uppger att de sedan starten samarbetat med cirka 600 provtagningsenheter, både privata och offentliga, som patienten kan gå till i det fall de får en remiss. Provsvaret skickas från provtagningsenheten till Min Doktor som därefter kontaktar patienten för fortsatt handläggning. Min Doktor ersätter provtagningsenheten ekonomiskt.

Min Doktor hade fram till och med juli 2019 avtal med en vårdvalsleverantör i Jönköping som heter Wetterhälsan. Wetterhälsan förde in patienternas uppgifter i Region Jönköpings journalsystem och därifrån skickades patientdata upp till NPÖ. I juli 2019 köpte Min Doktor en vårdcentral i Nyköping varigenom de digitala ärendena numera registreras, och de ingår alltså i Vårdval Sörmland.

Min Doktor driver också kliniker kallade Min Doktor Kliniken, ofta i anslutning till dess huvudägare Apoteket Hjärtat. Klinikerna är bemannade av sjuksköterskor och fungerar som drop in-mottagningar. Patient som får hjälp av en sjuksköterska på plats finansierar besöket privat. I de fall en patient som besöker en klinik får hjälp av läkare digitalt går finansieringen via Sörmland. Vaccinationsverksamheten på de kliniker som är belägna i Region Stockholm finansieras av landstinget i det fall det rör vaccin mot influensa och lunginflammation till personer över 65 år och andra riskgrupper.

Min Doktor finns bara i Sverige. Hösten 2018 knoppades plattformsutvecklingen av, till det helt fristående företaget Docly som verkar på andra europeiska marknader.

Doktor.se

Doktor.se grundades 2016 och erbjuder konsultation med sjuksköterskor, läkare eller psykologer via chatt, video eller telefon. Första kontakten är alltid med en sjuksköterska eller specialistsjuksköterska för att utröna vårdbehovet. Kontakten sker via chatt, telefon eller video, beroende på patientens önskemål eller utifrån medicinskt behov. Beroende på behov guidas patienten därefter vidare till digital konsultation eller får hjälp att boka in ett fysiskt besök på en vårdcentral. Sjuksköterskorna som arbetar på Doktor.se använder samma beslutsstöd som 1177 Vårdguiden. Läkarna använder olika stöd. Patientdata registreras i Webdock.

Bolaget Doktorse Nordic AB driver också egna vårdcentraler i Uppsala och Sörmland. Den digitala vården sker genom Region Sörmland. Doktor.se har ett samarbete med Apoteket Kronan och samarbetar med tio vårdcentraler för att kunna boka in besök.

Doktor24

Doktor24 grundades 2016 som en del i vårdkoncernen Aleris innovationsbolag Aleris X AB. Deras vårdapp lanserades i november 2017 med underleverantörsavtal med bl.a. Vetlanda vårdcentral i Region Jönköping. I maj 2019 slöt de avtal med en vårdcentral i Sörmland. I appen kan patienter uppge symtom och baserat på detta guidas till enbart egenvårdsråd, ett digitalt möte med vårdpersonal, eller få hjälp att boka ett kortare eller längre fysiskt möte efter behov, på en vårdcentral. I det digitala mötet kan patienten träffa läkare, sjuksköterska eller psykolog.

Guidningen utförs av en AI-bot, som bygger på etablerade triageringsriktlinjer, och ibland även en sjuksköterska med stöd av AI-boten. Patienten får svara på frågor via en chatt och därefter avgörs om patienten ska träffa läkare online, på mottagning eller om det räcker att den får egenvårdsråd. Online kan patienten ställa sig i kö eller boka en tid längre fram i tiden. I maj 2018 uppgav Doktor24 att de samarbetade med cirka 50 vårdcentraler i olika delar av landet, både privat och offentligt drivna, som de kunde boka in patienter till.

Patientkonsultationerna journalförs och registreras i Takecare, vilket tillgängliggörs för annan vårdpersonal via NPÖ. Läkarna använder vedertagna kunskapsstöd såsom Medibas, VISS, Janus och praktisk medicin och internetmedicin som integrerats i plattformen. Doktor24 har ett samarbete med Apoteket AB och Apoteksgruppen där apotekskunder kan få vård via Doktor24 beroende på behov. Patienter kan även få viss provtagning utförd liksom vissa fysiska undersökningar utförda på Apoteket AB. Doktor24 samarbetar också med Aleris, TioHundra, Legevisitten i Region Stockholm och Unicare.

Capio Go

Capio Go lanserades 2017 och är ett bolag inom Capio-koncernen. De har tagit fram en plattform tillsammans med Doctrin, som används för att ta emot patienter online. Kontakten inleds med att patienten svarar på ett antal frågor via chatt, ofta asynkront. Beroende på hur behovet bedöms blir patienten därefter kontaktad via video, chatt eller telefon.

Capio Go är avtalspart till Bräcke Diakonis Vårdcentral Nyhälsan i Region Jönköping. Oavsett om patienten är listad hos en vård-

central inom Capio-koncernen eller hos annan utförare blir de digitala besöken via Capio Go administrerade som ett utomlansbesök i Region Jönköping. I september 2018 uppgav de att den stora majoriteten av de som använde Capio Go var listade hos en Capio-vårdcentral. Ett besök via Capio Go journalförs i WebDoc och informationen kan sedan läsas in via NPÖ. Besöket registreras också i Cosmic i Region Jönköping. I Norge finns en liknande tjänst kallad Volvat Chat.

Praktikertjänst24

Praktikertjänst har upphandlat Doctrins plattform för att ge listade patienter möjlighet att ha kontakt med vårdcentralen digitalt. Tjänsten är integrerad med specifika vårdcentraler och vården sker inom varje landsting. Praktikertjänst24 är alltså inget separat bolag, utan en digital kanal.

9.3.2 Plattformsleverantörer

Några av de aktörer som beskrivs ovan säljer också plattformar till utförare som vill möta patienter digitalt. Dessutom finns ett antal aktörer som tar fram plattformar utan att själva vara eller vara knutna till en specifik vårdgivare.

Medicinteknikprodukten Plattform 24 används av både offentliga och privata vårdcentraler och specialistkliniker i fler landsting och är i färd med en pilot tillsammans med 1177 med deras AI-triagebot (doktor24.se). Vårdcentraler kan ge den digitala ingången valfritt namn som de väljer själva, så kallad white label. Plattformen har samma ägare som Doktor24 och det är alltså den plattformen som Doktor24 också använder för sin verksamhet.

Visiba Care (visibacare.com) startade 2014 med en plattform som gör det möjligt för patienter att enkelt och säkert kommunicera med vårdpersonal via nätet. Plattformen kan användas för att organisera mötesbokningar och för att ha videomöten bl.a. Man kan också chatta asynkront. De uppger att de i dag har fler än hälften av Sveriges landsting som kunder, samt ett antal privata vårdgivare. Även Visiba Care levererar en white label-plattform. Bolaget har även kunder i andra länder, däribland Storbritannien och Finland.

Doctrin grundades 2016 och levererar en white label-plattform som de kallar Flow (doctrin.se). Plattformen används av bl.a. Capio och Praktikertjänst, samt av landsting. Med plattformen kan delar av kontakterna mellan patient och vårdgivare automatiseras. Fokus ligger på att automatisera anamnesen asynkront, dvs. patient och vårdgivare behöver inte ha en direktkontakt för att patientens sjukdomshistoria ska förmedlas till vårdgivaren. Anamnesen är algoritm-baserad och frågeformuläret har vidareutvecklats från det amerikanska formuläret PrimeTime.

Faktaruta 9.1: Capiro Ringen Online

Capiro Ringen är en vårdcentral inom Capiokoncernen och belägen i centrala Stockholm. Vårdcentralen har cirka 28 000 listade patienter och 100 medarbetare. De uppger att de har många äldre patienter och många med olika typer av psykisk ohälsa. Vårdcentralen har brottats med utmaningar vad gäller tillgänglighet och arbetsmiljö. Drop in-mottagningen blev ofta full direkt efter att den öppnades. De provade att triagera med sjuksköterskor men då blev arbetsbelastningen på sjuksköterskorna hög.

Under 2018 utvecklade Capiro Ringen tillsammans med Doctrin och som en pilot inom Region Stockholm en plattform och ett arbetssätt för att effektivisera vården med hjälp av digitala verktyg. Onlineverksamheten inleddes i december 2018 och kort därefter stängde de sin vanliga drop in-mottagning. På hemsidan finns information om att patienter som har bank-id och kan läsa och skriva på svenska inleder kontakt via chattfunktion. Chatten är bemannad vardagar 8–15 men kan påbörjas av patienten dygnet runt (s.k. asynkront). Även patienter som ringer till vårdcentralen får ett sms med länk för att påbörja kontakt via chatt. Via chatten kan patienten få tidförslag, i det fall att det bedöms att de behöver komma in på ett fysiskt besök.

Genom verktyget uppger de att de styr på kontinuitet på så sätt att patienter i första hand får hjälp av samma läkare, sjuksköterska eller psykolog. Majoriteten av patienterna får hjälp av sjuksköterskor. Capiro Ringen uppger att verktygen och arbetssätten underlättar teamarbetet och att de kan genomföra digitala rondningar.

De uppger att arbetsmiljön har blivit bättre och att patienter som kommer till drop in-mottagning väntar kortare tid. En annan aspekt som uppges vara positiv är att det skapar bättre förutsättningar för behovsprioritering jämfört med telefon eller drop

in-mottagning där ofta den som först kommer fram får hjälp först. Färre samtal kommer nu in och telefontillgängligheten är därför bättre. Förut kom cirka 150 patienter till drop in-mottagningen och nu mellan 15 och 25. Cirka en procent har hänvisats till akutmottagning. Patienter uppger att de är nöjda.

När utredningen fick denna information hade Capiro ännu inte gjort några analyser av hur arbetssätten fungerade för olika typer av patienter.

Källa: flertal möten med Capiro samt presentation on Capiro Ringen under 2019.

9.3.3 Landstingen och egenregiverksamhet

Den snabba utvecklingen av digitala kontakter i primärvården har varit bidragande i att i stort sett alla landsting nu har någon form av tjänst för digitala kontakter. Vissa initiativ är mer etablerade och har funnits i några år. Här beskrivs några exempel.

Region Västerbotten

Region Västerbotten testade och utvärderade ett koncept med distriktsläkarmottagning år 2014. Bakgrunden till initiativet var att man hade svårt att rekrytera allmänläkare i hela landstinget men särskilt påtagligt i glesbygdsområdena (Västerbottens läns landsting 2016). Konceptet bygger på att en allmänläkare på en hälsocentral med större tillgång till läkare, vanligtvis i tätort, har distansmottagning med lämpliga patienter på en sjukstuga i inlandet. Tillsammans med patienten på sjukstugan finns en undersköterska eller sjuksköterska som bistår distansläkaren under mottagningsbesöket och utför nödvändiga undersökningar och tar prover. Konceptet utvärderades i Vilhelmina där ett mottagningsrum hade utrustats för ändamålet. Rummet innehåller utöver standardutrustning ett videokonferenssystem samt en medicinsk kamera som i realtid kan visa detaljbilder från exempelvis hud och svalg. Utvärderingen visade att det finns många besöksorsaker som lämpar sig för arbetssättet och de patienter som deltog i piloten var överlag positiva. Bland annat framhölls fördelen med möjligheten att patienterna får träffa samma läkare vid återkommande besök, även om besöken sker på distans.

På sjukstugor med stort beroende av inhyrda läkare får patienterna ofta annars träffa läkare de inte har träffat tidigare.

Det mest kända exemplet i dag är troligtvis det så kallade virtuella hälsorummet i Slussfors dit patienter kan gå och göra vissa prover själva, givna tider få hjälp av en sjuksköterska och koppla upp sig för videokonsultation med annan personal på vårdcentralen i Storuman, dit hälsorummet och de listade patienterna hör (studiebesök Slussfors 2018).

Region Östergötland

I januari 2018 lanserade Region Östergötland en app kallad ”Digitala vårdcentralen Region Östergötland” där de erbjuder videosamtal med läkare och fysioterapeut (möte med företrädare för regionen 2018). Appen är länsgemensam och används av den egna regionen samt av vissa privata vårdgivare i landstinget. I nuläget erbjuds förstagångsbesök och inte uppföljande besök. Patienter kan få hjälp med rådgivning, bedömning och akut receptförnyelse samt fysioterapeutisk hjälp vid nyttillkommen smärta i rygg, nacke, axel, armbåge, knä eller fot. Patienter kan också se lediga tider i appen och själv boka in besök.

Regionen planerar att integrera verksamheten med de egna vårdcentralerna framöver, men i nuläget drivs den digitala vården separat, bemannad av regionens läkare.

Region Östergötland använder Visiba Care som plattformslieferantör och har även pilottestat Doctrins plattform för anamnesupptagning.

Region Stockholm

Under 2018 lanserade Stockholms länssjukvårdsområde (SLSO) appen ”Alltid öppet” där patienter själva kan boka tider för digitalt besök eller mottagningsbesök (möte med företrädare för SLSO 2018). Privata vårdcentraler har också bjudits in att delta. Patienter kan också möta barnmorskemottagning online och få rådgivning eller förnya preventivmedelsrecept till exempel. Även ungdomsmottagningen tar emot patienter online. Appen kan också användas för att genomföra vissa besök hos den vårdcentral patienten vanligtvis går till.

Patienter som är listade vid någon av TioHundras (Norrtälje) vårdcentraler erbjuds i ett projekt möjlighet att göra digitala vårdbesök (tiohundra.se). Kontakten inleds med att patienten får svara på automatiserade frågor via en chattbot, så kallad AI. Beroende på vad svaren visar blir patienten därefter rekommenderad en lämplig vårdform, som till exempel egenvård, digitalt läkarbesök eller ett fysiskt besök på vårdcentralen. Plattformen kommer ifrån Plattform24, samma som Doktor24.

Västra Götalandsregionen

Under 2018 beslutade Västra Götalandsregionen att upphandla Visiba Cares plattform för att erbjuda digitala vårdärenden. Redan dessförinnan användes tjänsten för ungdomsmottagning online och för besök i primärvården via Närhälsan online. Vårdgivare kan träffa patienter i bokade videobesök eller ta hand om dem som står i kö i en digital drop-in-mottagning. Det går att samla relevant information om patienten med hjälp av dynamiska formulär och vårdgivare kan även kommunicera skriftligt med patienter, antingen via chatt eller meddelanden.

I april 2019 uppgav regionen själva att Närhälsan online tar hand om ungefär en tredjedel av de digitala besök som görs av invånare i regionen (vgrfokus.se).

Privata vårdgivare i regionen kan ta del av landstinget upphandling antingen genom att ansluta sig till appen eller genom att utforma sin egen app efter färdigförhandlade avtal.

Region Jönköping

Region Jönköping var först ut bland landstingen med att starta en så kallad digital vårdcentral inom regionen. Som tidigare nämnts användes först Kryss plattform men i slutet av december 2015 övergick de till Visiba Care som plattformslieferantör. Den digitala vårdcentralen, Bra liv nära, drivs nu gemensamt av regionens 33 vårdcentraler och bemannas alltså av läkare som också arbetar vid någon av regionens vårdcentraler (rjl.se). De hanterar cirka 200 besök i månaden. Tjänsten riktar sig enbart till invånare i Jönköping.

Region Västmanland

Region Västmanland har lanserat tjänsten Digitalt vårdmöte där vårdpersonal och patienter kan mötas i ett videosamtal. Patienten laddar ner en app som heter Min hälsa (regionvastmanland.se). Vårdpersonalen använder Cosmic där Skype blir en integrerad programvara. Tjänsten är i en pilotfas och om den ska permanentas kommer den också rikta sig till privata vårdgivare i regionen. Man har valt samma tekniska lösning som Region Uppsala, efter att ha följt deras pilot.

Digitalt vårdmöte är en del av en större digitaliseringsstrategi som pågår i landstinget. Denna innebär bl.a. att alla vårdcentraler ska erbjuda digitala vårdmöten i realtid, att regionen ska använda digitala kallelser om inte patienten frågar efter annat, införa internet-KBT, tidbokning via 1177:s e-tjänster, testa en mobil journal med vissa viktiga uppgifter för exempelvis rondning, samt identifiera tidskrävande administrativa uppgifter som kan automatiseras.

Region Dalarna

Region Dalarna lanserade i början av 2017 en digital vårdcentral i form av en app som heter Min vård, där patienter kan träffa läkare och ungdomsmottagning via video (1177.se/dalarna). Patienter loggar in med bank-id och kan boka en tid. När mötet närmar sig kan de gå in i ett virtuellt väntrum och därefter påbörjas mötet när vårdpersonalen startar det. Plattformen kommer från Visiba Care.

Under 2019 valde regionen att sänka patientavgiften för digitala besök från 200 till 100 kronor. Detta för att försöka främja att patienter väljer regionens (inomläns-)tjänst framför en annan leverantör.

Region Skåne

Inom Region Skåne pågår flera olika pilotprojekt inom digitalisering av primärvården (skane.se). I juni 2019 lanserades en tjänst där patienter som kontaktar regionens vårdcentraler via telefon erbjuds hjälp digitalt om de söker för lättare besvär. Exempel på besvär som kan hanteras digitalt är allergi, vissa typer av hudbesvär, infektioner, magbesvär och recept. Patienten får rådgivning och behandling av sjuksköterska och vid behov från specialist i allmänmedicin. Om patienten efter

bedömning behöver ett kompletterande fysiskt besök, kontaktas aktuell vårdcentral för att boka tid. Patienten kan börja sitt besök när som helst på dygnet och får sedan svar under öppettiderna. Tjänsten ska utökas till att vara tillgänglig via 1177 och via varje vårdcentral. I dagsläget är detta inte en app utan går genom en webbsida och det digitala process- och vägledningsstödet Vårdepressen.

Under 2018 testades också en pilot via 1177 där sjuksköterskorna, i de fall det bedömdes lämpligt, erbjöd patienter ett digitalt besök. Om patienten ville göra ett sådant digitalt besök, fick den en länk att följa på datorn eller mobiltelefonen. Där fick patienten svara på ytterligare några frågor inför läkarbesöket. Kontakten med läkaren skedde sedan via meddelanden, ungefär som mejl. Det gjorde också att meddelandena skickades när patient respektive läkare hade tid. Patienten kunde också skicka bilder till läkaren. Sex läkare deltog i projektet. De hanterade de digitala kontakterna mellan klockan 18 och 21, efter deras ordinarie arbete på olika vårdcentraler. Förutom samtal till 1177 har även två vårdcentraler getts möjligheten att låta sina patienter välja ett digitalt möte, efter att en sjuksköterska triagerat dem.

9.4 Konsumtion av digitala vårdtjänster

9.4.1 Digitala besök i Region Jönköping

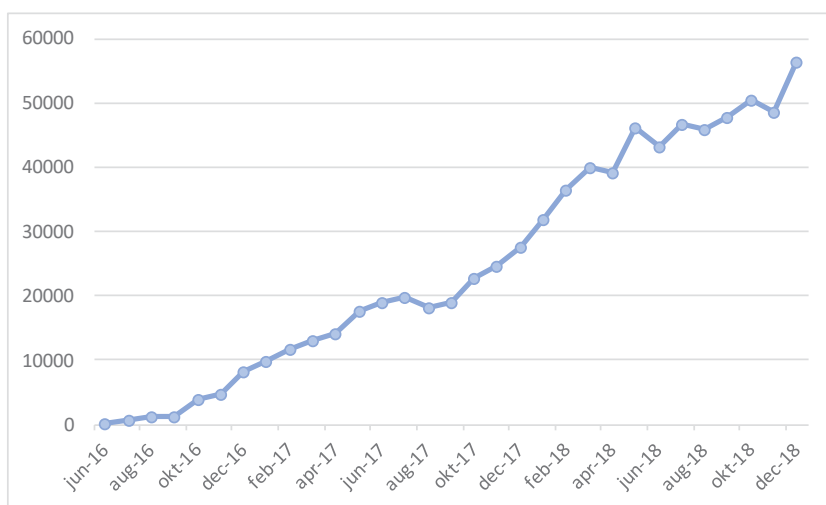
Utredningen beskrev konsumtion fördelat på ålder, kön och till viss del också geografi i delbetänkandet (SOU 2018:55). Konsumtionen ser liknande ut i dag. Nedan illustreras konsumtionen under 2018 bl.a. fördelat på ålder och kön, hos de företag som är etablerade i Region Jönköping. Tyngdpunkten ligger som väntat fortsatt hos den yngre delen av befolkningen.

Den stora majoriteten av besöken hos bolagen i Jönköping görs hos läkare. Barnmorskor, sjuksköterskor, fysioterapeuter och psykologer förekommer men i mindre utsträckning. Data över digitala utomlänsbesök i Region Sörmland har i jämförelse högre volymer för övriga kontakter (framför allt sjuksköterskekontakter) och även högre volymer för övriga än för läkare och psykologer bland besöken i Region Sörmland.

Besöken fortsätter att öka

Digitala utomlänbesök fortsatte öka under 2018. I figuren nedan illustreras besök per månad som Jönköping har fakturerat andra landsting för.

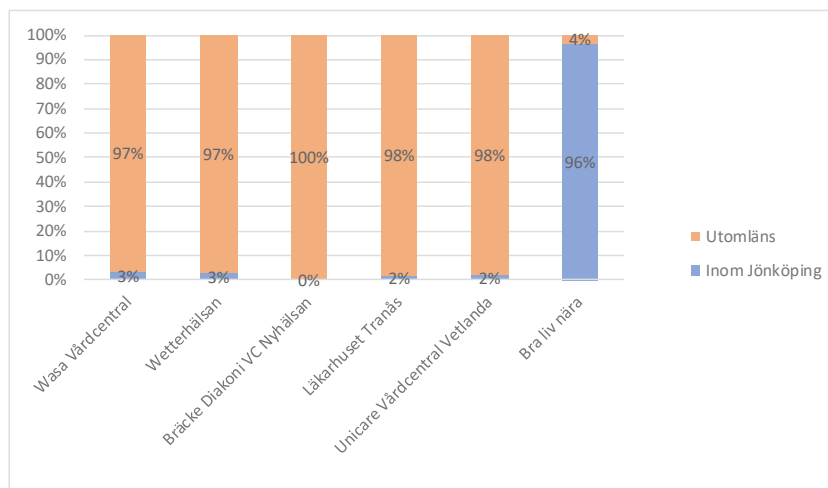
Figur 9.1 Digitala utomlänbesök i Region Jönköping per månad



Källa: Region Jönköping 2019.

I figur 9.2 illustreras andelen utomlän respektive inomlänbesök vid de olika vårdcentralerna som har olika så kallade nätläkarbolag som underleverantörer. Som väntat görs majoriteten av besöken av utomlänspatienter. I figuren illustreras också Region Jönköpings egenregis digitala besök och där är fördelningen den omvända.

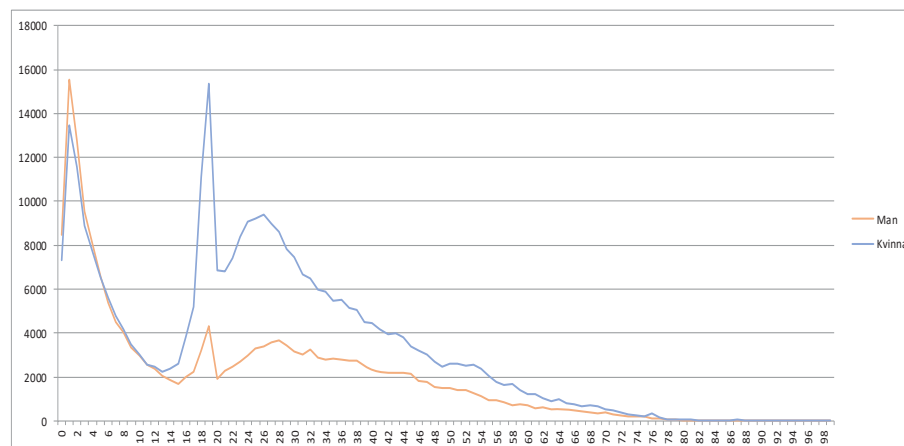
Figur 9.2 Andel digitala besök i Region Jönköping som görs av inomläns- respektive utomlänspatienter, fördelat per vårdcentral



Källa: Region Jönköping 2019. Andelarna avser för samtliga digitala besök i Region Jönköping 2017-09-01–2018-12-31. Wasa vårdcentral hade vid tidpunkten avtal med Medicoo, Wetherhälsan med Min Doktor, Bräcke Diakoni med Capiro Go, Läkarhuset Tranås med Kry samt Joint Academy och Unicare Vetlanda med Dokotr 24 och Prata mera.

I utredningens delbetänkande (SOU 2018:55) konstaterades att det år 2017 överlag var människor i tätbebyggda områden och storstadsområden som använder sig av dessa tjänster, kvinnor använder dem i större utsträckning än män och åldersmässigt är det främst småbarn och vuxna mellan cirka 18 och 40 år. Utredningen har studerat uppdaterade siffror från samma källa, Region Jönköping, för år 2018 och kan konstatera att bilden är liknande (se figur 9.3.).

Figur 9.3 Digitala besök i Region Jönköping 2018 uppdelat på ålder och kön



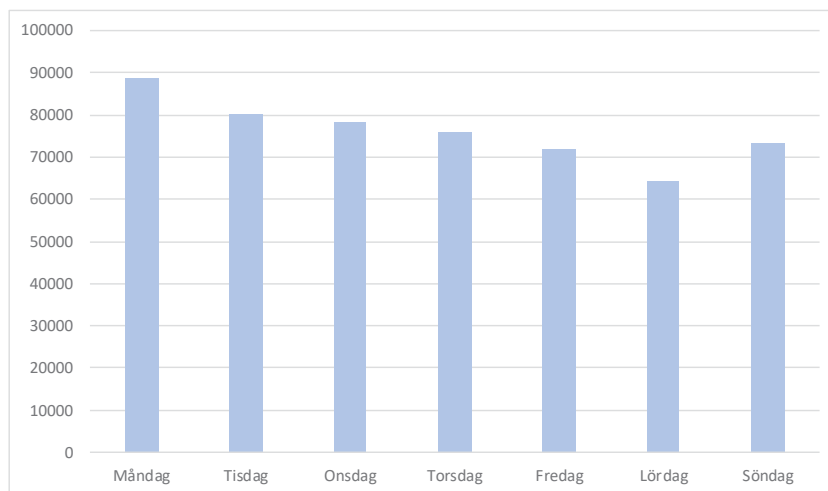
Källa: Region Jönköping 2019.

En annan studie (Ekman m.fl. 2019) har jämfört tidigare års data med andra typer av besök i Region Kronobergs. Besök från småbarnsföräldrar visar liknande mönster som den digitala vården. Patienter som besöker vårdcentraler dagtid är äldre än patienter som använder digital vård och besök vid vårdcentral är också den dominerande typen av besök för personer som är över 50 år gamla. Bland äldre är besök utanför vanliga öppettider och telefonkonsultation vanligt, medan digitala besök är ovanliga.

Vad gäller digitala besök per kommun eller län och per 1 000 invånare dominerar Stockholmskommuner på plats 1–15. Bland de 50 kommuner med högst antal besök per 1 000 invånare står Stockholmskommuner för hälften. Skåne har tio kommuner i topp, Västra Götaland åtta Uppsala tre, Värmland två, och Södermanland och Halland en vardera.

Flest besök sker på måndagar och först på lördagar. I övrigt är det i fallande ordning tisdag till fredag. Söndagar sticker ut genom att fler besök görs då än fredagar.

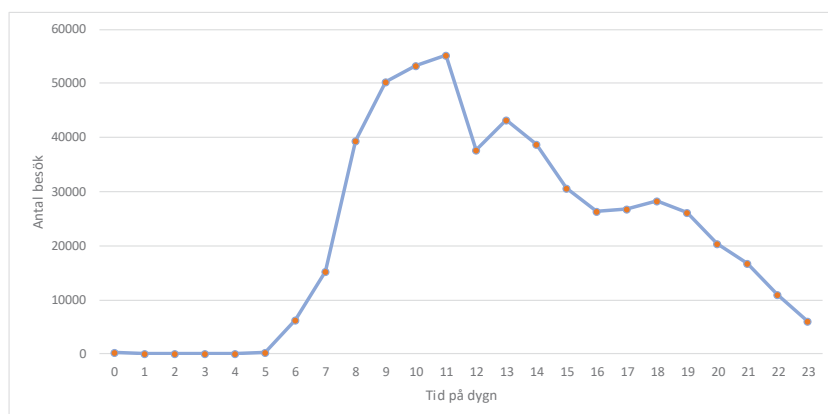
Figur 9.4 Antal digitala utomlänsbesök i Region Jönköping 2018 fördelade per veckodag



Källa: Region Jönköping 2019.

Vad gäller tid på dygnet för besöken sker en stor andel under vad som kan betraktas som vanliga kontorstider. En betydande andel sker också kvällstid. Utredningen har inte studerat om eller hur detta skiljer sig mellan olika bolag.

Figur 9.5 Antal digitala utomlänsbesök i Region Jönköping per timme på dygnet 2018



Källa: Region Jönköping 2019.

Vanligaste diagnoserna för besöken visas i ordningen i tabellen nedan. I kolumnen annan vårdprofession än läkare är nästan alla de tio vanligaste antingen relaterade till antingen psykisk ohälsa eller preventivmedel. De tio vanligaste diagnoserna handlar främst om infektioner. En slutsats är att diagnospektrumet är detsamma som det som brukar ses inom akut primärvård, med skillnaden att inom traditionell akut ”fysisk” primärvård ses en relativt stor andel diagnoser inom rörelseapparatusens sjukdomar.

Tabell 9.1 Vanligaste diagnoserna vid digitala utomlänsbesök i Region Jönköping 2018

	Läkarbesök	Annan vårdprofession
1	Akut övre luftvägsinfektion, ospecificerad	Övervakning av förskrivna preventivläkemedel
2	Icke specificerade hudutslag	Artros, ospecificerad
3	Hosta	Ångesttillstånd, ospecificerat
4	Akut cystit	Allmän preventivmedelsrådgivning och preventivmedelsförskrivning
5	Springmaskinfektion	Lindrig depressiv episod
6	Impetigo	Blandade ångest- och depressionstillstånd
7	Förnyelse av recept	Insättning av preventivmedel
8	Akut tonsillit, ospecificerad	Problem i relationer med maka, make eller partner
9	Akut konjunktivit, ospecificerad	Reaktion på svår stress, ospecificerad
10	Akut konjunktivit, ospecificerad	Paniksyndrom

Källa: Region Jönköping 2019.

9.4.2 Konsumtionsstudier

Inget vetenskapligt stöd för dubbelkonsumtion

Ännu finns få svenska studier som belyser användningen av digitala vårdtjänster i jämförelse med traditionell vård. I en studie baserad på registerdata från Jönköpings län och kvalitativa intervjuer med ett nationellt urval studerades användarnas vårdkonsumtionsmönster före och efter det digitala vårdmötet med läkare (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019). I analysen av 10 400 digitala vårdmöten med läkare under tidsperioden september 2017 till december 2018 framkommer att en överväldigande majoritet av dessa digitala läkarkontakter inte har föregåtts av telefonkontakt med 1177 (endast 1,5 procent) och inte

i någon nämnvärd omfattning efteråt resulterat i fysiskt vårdmöte i primärvård (3,6 procent) eller besök på jour- eller akutmottagning (1 procent). Forskningsprojektet är genomfört av Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare vid Hälsohögskolan, Jönköping University på uppdrag av SKL. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys planerar att publicera en mer omfattande konsumtionsstudie under 2020.

Patientupplevelser av digitala vårdtjänster

Kvalitativa intervjuer med ett nationellt urval av patienter ingående i den ovan nämnda studien visar att erfarenheterna av sådana tjänster är positiva.¹ Centralt är friheten att själv få välja tid på dygnet och på vilken plats patienten ska befinna sig vid ”mötet” samt att de digitala tjänsterna uppfattas vara mycket lättillgängliga. Patienterna upplever att de digitala vårdmöten de haft med läkare gett dem stöd för att ta ansvar för den egna hälsan. Den traditionella primärvårdens arbets sätt för kontakt och tidsbokning upplevs som otidsenliga, otillgängliga och frustrerande. Som exempel nämns telefonsystemet där en sjuksköterska ringer tillbaka för bedömning vid en senare tidpunkt eller att patienten själv måste boka tidigt på morgonen för att få en akut tid och då kanske inte kan gå ifrån arbetet. Användarna lyfter fram resursineffektiviteten i att behöva ta ledigt från arbetet, resa och att vänta på vårdcentralen som ett motiv till valet av digital vård.

Resultat från intervjuerna visar att kännedomen om 1177 är god och i andra situationer har intervjupersonerna fått bra stöd av denna tjänst men i de fall som varit aktuella för digital kontakt upplevdes det dels som tryggare att få en bedömning av läkare och/eller att den orsak som var aktuell till digital vårdkontakt inte skulle ha åtgärdats genom kontakt med sjuksköterska på 1177. Önskemål uttrycktes om att 1177 och den ordinarie primärvården ska använda videomöten och generellt moderniseras exempelvis genom att utveckla it-stabila driftssäkra lösningar för digitala kontakter. Intervjupersonerna framförde även behov av att den fysiska primärvården förbättrar sin tillgänglighet. I något fall sågs de digitala tjänsterna som opersonliga men de som sökt för enkla behov (t.ex. receptförnyelse) eller banala

¹ Intervjustudien omfattade 26 personer i åldern 18–73 år, varav en del även sökt vård digitalt för sina minderåriga barn.

åkommor (t.ex. hudåkommor eller enklare infektioner) såg inte kontinuitet av läkare som nödvändig, särskilt som problemet genast blivit bedömt och åtgärdat vid en enda digital läkarkontakt.

Av de 10 400 personer som ingick i det kvantitativa materialet hade 76 personer endast haft ett digitalt vårdmöte under den studerade tidsperioden. Under intervjuerna framkom att personer med mer komplicerade sjukdomstillstånd vänt sig till digitala läkare för bedömning och som en bro till den fysiska vården. Intervjupersonerna upplevde de digitala läkarmötena som professionella och ett stöd för att inte negligera ohälsa, de har underlättat för användaren av tjänsten att ta i tu med sitt (eller sitt barns) hälsoproblem i tid (Gabrielsson-Järhult m.fl. 2019).

Högre konsumtion i kommuner med högre socioekonomi

En svensk studie (Ekman m.fl. 2019) som studerar fördelningen av konsumtionen av digital vård vid två av de bolag som vid tiden för studien var registrerade i Region Jönköping konstaterar att i kommuner där en lägre andel har lägre inkomst konsumeras mer av dessa tjänster och tvärtom. Det är alltså en indikation om att tjänsterna troligtvis används mer av personer med högre socioekonomi.

9.5 Internationella erfarenheter

Digitalisering av primärvårdstjänster pågår över hela världen. Här beskrivs utvecklingen i England och Norge – två länder som på olika sätt är jämförbara med Sverige.

9.5.1 Norge

Informationen i detta avsnitt har inhämtats vid utredningens studiebesök i Norge under 2019.

Patientval och ersättningsystem inom primärvården

Primärvården i Norge är ett kommunalt ansvar och utgår från den s.k. ”fastlegeordningen” som infördes 2001. Den styrs genom reglering på olika nivåer (Lov om helse- og omsorgstjenester i kommune, Forskrift om fastlegeordning i komunerne samt Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen), centrala avtal och individuella avtal. Finansieringen av systemet regleras i en egen förordning och revideras årligen på grundval av förhandlingar mellan läkarföreningen och staten samt den norska kommunorganisationen.

Av förordningen framgår bl.a. att listansvaret för läkare under fastlegeordningen omfattar alla allmänläkaruppgifter inom somatik, psykisk hälsa och missbruk för de listade personerna. Av förordning framgår även att läkaren ska prioritera egna listade patienter, med undantag för patienter som behöver omedelbar hjälp. Kommunerna kan vidare ålägga fastläkaren att delta i andra allmänmedicinska uppgifter i kommunen, under maximalt 7,5 h per vecka. Fastläkaren är därutöver förpliktigad att delta i ”legevakt”, dvs. jour. I avtalet med kommunen anges bl.a. öppettider, listningstak, lokalisering m.m. En fastlege ska inte ha mer än 2 500 personer på sin lista. Om man vill sätta ett listningstak under 500 personer måste detta avtalas med kommunen.

Alla invånare har rätt att välja en allmänpraktiserande läkare – fastläkare – att lista sig hos oss. 2016 var 97,9 procent av befolkningen listade hos en fastlege. Invånarna får enligt regelverket byta fastläkare max två gånger per år. I praktiken begränsas dock möjligheten på grund av fulla listor.

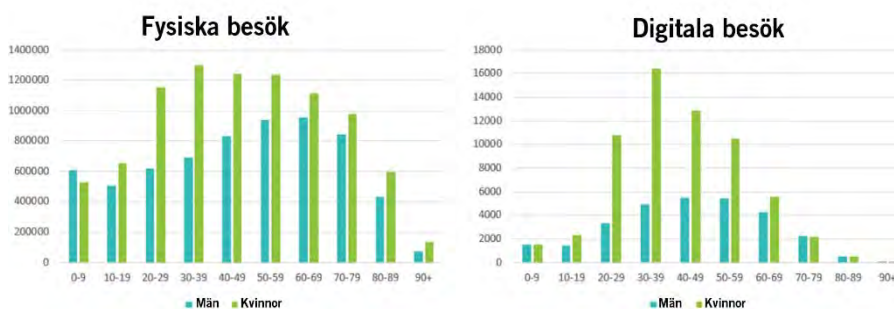
Fastläkarna kan arbeta antingen som egna företagare med individuella avtal med respektive kommun och ersättning enligt en nationell taxa, eller som anställda av kommunerna med lön. Den stora majoriteten (cirka 95 procent) jobbar ännu som egenföretagare men det tycks finnas en trend mot unga läkare i ökande grad söker anställning i stället för att verka som egenföretagare.

Digitala vårdgivare

Hos fastläkarna används digitala kontaktvägar ännu i mycket låg grad (se figur nedan) men under 2018 har intresset för sådana arbetsätt ökat (Helsedirektoratet 2018). Det finns inga särskilda krav på

fastläkarna att införa digitala kontaktvägar utan det står dem fritt att organisera arbetet. Ersättningssystemen för primärvården innehåller inte heller någon särskild ersättning eller stimulans för att införa eller använda digitala tjänster.

Figur 9.6 Antal besök hos fastläkare fördelat på kön och fysiska eller digitala kontakter 2017



Källa: HelseDirektoratet 2018.

Det finns hittills inga vårdgivare med offentlig finansiering i Norge som helt eller huvudsakligen erbjuder digitala tjänster. En förklaring har uppgetts vara dels den uttalade listningen till läkare i primärvården, dels att läkares avtal med kommunerna är personliga. Det finns således begränsade möjligheter att genom köp av verksamhet eller affärslösningar med underleverantörsavtal som i Sverige bli en del av den offentligt finansierade vården.

I Norge finns en nationell lösning som påminner om den svenska 1177.se – Helsenorge.no. Där finns e-tjänster för att förnya recept och kontakta läkarkontoret samt få information om egenvård, vaccinering, frikort, tidsbokningar, remisser, kallelser m.m. Digitala direktkontakter via t.ex. videosamtal eller chatt verkar dock ännu inte erbjudas i den nationella tjänsten.

Privatfinansierad vård

Hittills är de digitala vårdtjänsterna i huvudsak privatfinansierade, med flera olika aktörer, t.ex. Eyr, Kry, Lommelegen och Digilege och omsättningen ökar snabbt även i Norge (HelseDirektoratet 2018).

9.5.2 England

Det finns många likheter mellan det engelska och det svenska primärvårdssystemen, både vad gäller organisation samt dagens och framtidens utmaningar. Kompetensförsörjning och inhyrning av personal inom vården har länge varit ett problem. Befolkningen åldras och behovet av personal i vården ökar. Inom primärvården brottas man med brister vad gäller kontinuitet och överföring av journaluppgifter mellan olika aktörer samt annan samordning mellan aktörer är en utmaning. Samtidigt är digitalisering inom vården ett omdiskuterat ämne.

Det finns också påtagliga skillnader mellan Sverige och England. Inte minst vad gäller deras nationella sjukvårdsorganisation NHS som finansierar och beställer all vård. Även deras system för patientval inom primärvården skiljer sig markant från det svenska, vilket beskrivs vidare nedan.

Under mars 2019 gjorde utredningen flera besök både över telefon och på plats i London. Utredningen träffade företrädare för Babylon Health, NHS Improvement, NHS England och The Health Foundation. Avsnitten nedan är skrivna främst utifrån vad som uppgavs i dessa möten.

Patientval och ersättningssystem inom primärvården

Patienter och medborgare väljer utförare inom primärvården. Valet sker genom att de listar sig vid en GP Service, alltså en utförare. Patienter väljer inte en namngiven läkare. NHS upphandlar utförare och majoriteten är i privat drift.

England är uppdelat i olika områden, med en lokal beställare kallad *Clinical Commissioning Group (CCG)*, som ansvarar för att det finns tillräckligt många utförare inom området. År 2015 introducerade NHS en policy kallad *Out of Area Policy* som innebar att patienter kan lista sig utanför det område som de tillhör. Det finns dock fortsatt en geografisk begränsning i listningssystemet. Utföraren kan neka en patient att lista sig om de bedömer att patienten bor för långt bort för att de ska kunna utgöra en fullständig vårdgivare för denne. Patienter som väljer att vara "out of area patients" får inte tillgång till hemsjukvård genom den valda utföraren. Patienter kan

också göra mottagningsbesök av mer akut art om de befinner sig på annan ort när behov uppstår.

Ersättningen utgörs av kapitering som viktas utifrån exempelvis ålder och kön. Det finns även vissa mer specifika ersättningar som delas ut för exempelvis extra öppettider. Utförare som är etablerade i London får generellt en högre kapitering på grund av att kostnader förväntas vara högre där. Utförarna får ingen ersättning för besök. Patienten betalar heller inget för besöket.

Digitalt profilerade vårdgivare

Digitala vårdgivare kan erbjuda offentligfinansierad vård inom det engelska systemet på två sätt. Det ena är att sluta avtal som underleverantör till en befintlig utförare som har avtal med NHS. Eftersom varken besöksersättning betalas ut eller patientavgift tas ut får den digitala aktören då ersättning i enlighet med det avtal de har med utföraren. Svenska Kry finns som underleverantör på detta sätt. I England kallas de Livi.

Det andra sättet är att vara en utförare bland andra och själva ha avtal med NHS. I dagsläget (mars 2019) finns det en sådan aktör i England. Babylon Health grundades 2014 och är via sin "GP at hand" service en listningsbar aktör i England. De bedriver fem kliniker i London och öppnar nu också i Birmingham. De listar patienter som bor eller arbetar högst 30–40 minuter ifrån deras kliniker. Deras modell går ut på att patienter i första hand kontaktar dem digitalt där de får möta AI för triage, anamnes och rådgivning. Patienter kan dock välja bort AI om de vill ha kontakt på annat sätt. Idén bygger också på att ha kontakt med patienter även när de är friska och på så sätt redan känna dem väl när de behöver vård.

Privatfinansierad vård

Inom England finns också privatfinansierad primärvård och utförare kan bedriv både offentligfinansierad och privatfinansierad vård. Även digitala vårdgivare arbetar på detta sätt. Exempelvis Babylon Health erbjuder ett abonnemang där medborgare betalar cirka 90 pund om året och genom det får obegränsad tillgång till deras utbud. Babylon

uppges att det ofta är företag som köper denna typ av abonnemang till sina anställda.

Debatt

Liksom i Sverige förs en debatt om den digitala vården i England och främst med fokus på Babylon GP at Hand (BGPaH) som är offentligfinansierad. BGPaH är en stor vårdgivare med många patienter och många listade som inte ingår i det upptagningsområde som ersättningen är beräknad utifrån. Den *Clinical Commissioning Group* som ansvarar för London har därför fått en väldigt ansträngd ekonomisk situation.

Det finns en likhet med debatten i Sverige i att kritiker menar att de som listar sig hos Babylon Health är framför allt unga och friska patienter. Till en början uppgav BGPaH i sin patientriktade information att det inte var lämpligt för gravida kvinnor att lista sig hos dem. Detta har ändrats efter dialog med NHS. En betydande skillnad mot det svenska systemet är att Babylon inte får ersättning per besök och därmed inte har ekonomiska incitament att erbjuda många besök. En annan är att de inte tar isolerade besök utan ansvarar för sin listade population eftersom de är utförare inom systemet.

Det ska också tilläggas att kapiteringsersättningen är viktad och Babylon får mindre betalt för unga patienter än en vanlig mottagning får om de har äldre patienter.

NHS England uppges att det ersättningssystem som i dag är i bruk behöver uppdateras. I dagsläget utgår det från att utförare har en liknande blandning av patienter, vilket sätts ur spel när en vårdgivare har en viss profil på patienterna.

Framtida utveckling

NHS arbetar för att öka digitaliseringen inom både primärvård och sjukhusvård i England. Det handlar om att ge patienter möjlighet att boka och avboka besök digitalt, att få tillgång till vård av mer akut art digitalt, rusta deras rådgivningstelefon för att kunna lösa fler problem, ge patienter tillgång till journal online och öka användandet av appar. Man investerar också ekonomiskt i att bygga ut möjligheten

för alla utförare i primärvården att kunna ta emot patienter digitalt och förnya recept digitalt.

NHS England ser över ersättningssystemen av flera skäl. Ett av skälen är att nuvarande ersättningssystem inte är anpassat för ”digitalt först-primärvård”. Ersättningen till olika utförare har blivit ojämnt distribuerad och viktningen är inte tillräcklig och uppdaterad till dagens patienter. Vissa CCG:er har drabbats hårt ekonomiskt, vilket hindrar dem från att göra nödvändiga investeringar. Slutligen finns en tendens överlag till ökande kostnader vilket behöver hanteras. Det finns också geografiska aspekter i ersättningssystemet som är dåligt anpassade för digitala aktörer. Exempelvis finns det ett särskilt tillägg för utförare i London på grund av bl.a. höga lokalhyror. Samtidigt finns det särskilda tillägg för utförare vars patienter bor längre bort än genomsnittet, vilket är tänkt att vara ett tillägg till utförare som lokaliseras i glesbebyggda områden, inte till utförare i storstäder. NHS avser analysera hur man bäst ersätter vårdgivare som framför allt arbetar digitalt, har många s.k. Out of Area-patienter och dessutom kanske inte lämpar sig för alla typer av patienter. I detta ingår också med vilka intervall kapiteringsersättningen bör betalas ut, givet att man sett en högre grad av omlistning hos de patienter som listar sig hos Babylon.

Utvärdering av Babylon GP at hand 2019

Under 2019 har en utvärdering gjorts av Babylon GP at hand (hädanefter BGPaH) (Hammersmith and Fulham m.fl. 2019). Utvärderingen har beställts av NHS England och av CCG:n Hammersmith and Fulham som ansvarar för det område där BGPaH är etablerade.

Utvärderingen visar att den mest använda tjänsten inom BGPaH är konsultation via video eller telefon. Mottagningsbesök användes mer sällan och symptomkolladen som sker via AI hade använts av ungefär hälften av patienterna – de upplevde inte att den ersatte behovet av en konsultation. Utvärderingen visar också att patienter som är listade hos BGPaH verkar använda tjänsten mer än väntat givet deras ålder och hälsostatus. Vid jämförelse med nationella data framgår att de gör fler besök eller konsultationer per år än andra. Utvärderingen är dock försiktig med slutsatser eftersom de inte vet

om det beror på behov som tidigare inte tillgodosetts eller på grund av att utbudet ökat.

Patienter och läkare har olika uppfattning om hur pass integrerade de digitala tjänsterna och mottagningstjänsterna är. Läkarna hade generellt sett en positiv bild medan det varierade mer hos patienterna.

Den listade populationen

De patienter som listar sig hos BGPaH är yngre och har det bättre ekonomiskt ställt jämfört med en genomsnittlig GP Practice i London och England. En stor majoritet (94 procent) är under 45 år gamla och två tredjedelar bor i områden där en stor andel har det gott ställt ekonomiskt. Eftersom de är unga, arbetar heltid och bor i London görs också antagandet att det är mindre troligt att de har omsorgsansvar för någon annan, exempelvis en familjemedlem.

Patienterna har bättre hälsotillstånd än genomsnittet, även nedbrutet per ålderskategori. Historiskt har de använt rådgivningsnumret 111 och besökt akutmottagning mer än förväntat givet deras ålder. De värderar att kunna prata med en läkare snabbt, och de söker efter information. De vanligaste angivna orsakerna till att lista sig hos BGPaH var att det är bekvämt och det ger enklare tillgång till läkare. Data visar en trend att användandet av 111 och akutmottagning ökar månaderna innan litsning hos BGPaH, vilket kan indikera att de listar sig på grund av ett specifikt vårdbehov.

Äldre, och personer med mer komplexa vårdbehov är inga stora användare av BGPaH.

Patienterfarenhet

Överlag är de listade patienterna nöjda med BGPaH och de verkar ha gjort ett informerat val när de listade sig där. Det de framför allt är nöjda med är användarvänligheten och att det är enkelt att boka en konsultation. Nöjdheten är dock lägre vad gäller mottagningsbesök och då särskilt antalet kliniker, väntetider och hur långt de behövde resa.

Patienterna är positivt inställda till kvaliteten på vården. Majoriteten ansåg att den var bättre än deras förra GP Practice. Några uppgav att administrativa aspekter och brist på kontinuitet drog ner deras nöjdhet med vården.

Majoriteten har gjort ett informerat val när de listat sig. Majoriteten förstod att de inte längre skulle vara listade på sin gamla GP Service när de listade sig hos BGPaH, lägst förståelse rörde hur mottagningsbesöket fungerade.

BGPaH har en högre grad av patienter som listar om sig till ny utförare. Vanligtvis skedde detta efter två veckor. Majoriteten av de som omlistade sig återvände till där de var listade tidigare. De som slutat använda eller hade för avsikt att sluta använda BGPaH hade i mindre utsträckning också förstått hur servicen fungerade när de listade sig. Det fanns tre huvudsakliga anledningar till varför dessa patienter hade listat om sig efter BGPaH: missnöje med kvaliteten på vården, en önskan om att kunna boka ett mottagningsbesök utan att behöva ha ett digitalt möte först och en förändring i vårdbehov.

Professionerna och deras erfarenheter

BGPaH har många som arbetar för dem och majoriteten arbetar hemifrån. Inhyrda läkare tas in vid behov. Läkarna är yngre jämfört med hela läkarkåren och de flesta kombinerar arbetet med att också arbeta på en GP Practice. Läkarna har sökt sig till BGPaH eftersom det erbjuder en bättre möjlighet att kombinera med privatliv och för att det erbjuder en möjlighet att arbeta inom en innovativ verksamhet. De är frustrerade över arbetet inom de traditionella GP Practices och särskilt med långa arbetsdagar och ökande arbetsbörda.

Läkarna som arbetar för BGPaH är mycket nöjda. Det som framför allt framhålls är arbetsmiljön, autonomin, flexibiliteten och graden av självständighet, möjligheten att kombinera med familjeliv och möjligheten att utvecklas karriärmässigt. De ansåg att deras arbetsbörda är bättre hanterad inom BGPaH jämfört med andra arbetsplatser. Bland de som framhöll något mindre bra betonades att de kände sig avskärmade från patienterna de behandlade eftersom de inte bor i samma område, och på grund av vissa tekniska problem med video.

Vården och systemet

Ungefär hälften av de listade patienterna uppger att de använder tjänsten oftare än de använde sin förra GP Praticice. De använde inte övrig vård mer. BGPaH skriver ut antibiotika i låg utsträckning jämfört med andra CCG:er och nationellt, kontrollerat för ålder och kön.

Om modellen skulle införas nationellt skulle det behövas många läkare och en utbyggd it-infrastruktur.

Utvärderingen visar också att dagens ersättningsmodell inte lämpar sig för denna typ av primärvårdssystem givet att patienterna är friskare men konsumerar mer vård.

10 Analys och överväganden om utvecklingen av digitala vårdtjänster inom primärvården

I detta kapitel ger utredningen dels en problembild kring dagens situation, dels en konsekvensanalys över att låta dagens situation fortlöpa. Vi redogör också för de alternativa vägar framåt vi har övervägt och de utgångspunkter som vi ser som viktiga för framtidens system.

10.1 Krock mellan decentraliserat system och nationell digital vård

Digitalisering utvecklas nu inom i stort sett alla delar av vården. Senaste åren har offentligfinansierade vårdutförare med digital profil, s.k. nätläkare, växt i snabb takt. Utredningen ser att det, inte minst utifrån patientperspektivet, finns mycket positivt att hämta i digitala arbetssätt och att det erbjuder stor potential för att göra vården mer effektiv och tillgänglig. Den snabba framväxten av dessa aktörer har också bidragit till att digitaliseringen i vården har tagit ett stort kliv framåt.

Samtidigt växer digitala verksamheter nu vid sidan av det övriga hälso- och sjukvårdssystemet inom primärvården. Dagens system vad gäller reglering, lagstiftning och styrning är inte avsett för den typ av nationellt vårdutförande som nätläkarna erbjuder. Vårdens informationsinfrastruktur är inte integrerad och stödjer därmed inte ett nationellt vårdutbud. Likaså ser utredningen att det sätt på vilket landstingen väljer att tillämpa befintliga regler, få negativa konsekvenser. Vidare skapar det särskilda ersättningsystem som tagits fram för denna typ av vårdkontakter snedvridande incitament för utförarna

och hindrar den integration som utredningen ser som en viktig utgångspunkt för omställningen mot en nära vård (se avsnitt 6.1.2).

Det behövs vissa systemförändringar för att den fulla potentialen i de digitala arbetsätten ska kunna realiseras för patienter och för systemet samt för att det ska bli lika förutsättningar vad gäller incitament för innovation för alla olika typer av utförare. Det behövs också tydliga ramar för att olika typer av utförare ska kunna ta tillvara de innovationer som just nätläkarbolagen arbetar med. Utredningen ser sammanfattningsvis att det behövs ett sammanhängande, integrerat och långsiktigt hållbart system oavsett var, eller i vilken form vården ges.

10.1.1 Digitala verktyg är en tillgång för såväl patienter och professioner som för hela systemet

Vision e-hälsa 2025 slår fast att ”Sverige [ska] vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter. Med hjälp av e-hälsa ska individen vara i centrum, verksamheter få hjälp att utvecklas och vården och omsorgen ska vara jämlik, effektiv, tillgänglig och säker.”

För patienter finns stora möjliga vinster i digitaliseringen av primärvården. I stället för att sitta i telefonkö givna tider för att kommunicera med sin valda utförare borde det vara en självklarhet att kunna kontakta utföraren via exempelvis en hemsida eller app, och att kunna påbörja en kontakt oavsett dag och oavsett tid. De flesta ärenden som primärvården hanterar är inte akuta av det slag att de kräver omedelbar respons. En asynkron kontakt med vårdgivaren, den valda läkaren eller teamet där en kontakt kan påbörjas och patienten därefter får svar i ett senare skede är fullt logisk och besparar patienten och professionerna mycket tid. Likaså kan det när det bedöms lämpligt bespara patienten tid att ha direkt kontakt med sin vårdgivare via exempelvis en app, i stället för att gå till vårdcentralen. På liknande sätt förenklade en gång telefonen möjligheten att få kontakt med vården.

Vi ser också att det finns en möjlighet till ökad flexibilitet och bättre arbetsmiljö för vårdpersonal att kunna utföra delar av det patientnära arbetet från annan plats och på andra tider av dygnet jämfört med de tider som en vårdcentral eller klinik normalt sett håller öppet i dag. Vårdens professioner tillhör inte de yrkesgrupper som i

nuläget kan arbeta hemifrån eller från annan ort på samma sätt som många andra kan. Något som är värdefullt för att få omväxling, känsla av ökad autonomi och för att få vardagen att gå ihop.

Digitala verktyg kan också vara värdefulla för hela verksamheten, inklusive både patienter och professioner, vad gäller att samla in anamnes, vägleda patienter till rätt vårdnivå eller rätt profession, monitorera etc. Patienten slipper upprepa sin sjukdomshistoria och när behov finns för ett möte finns nödvändig bakgrundsinformation redan på plats och tiden kan användas till det som är viktigt att avhandla på plats.

Med de utmaningar som primärvården och hela vården står inför med åldrande befolkning, ökad efterfrågan, begränsade resurser och långsiktig kompetensförsörjning är det helt nödvändigt att vården i stort utvecklar sina arbetssätt och tar till vara de möjligheter till effektivisering som digitaliseringen erbjuder.

10.1.2 Tillgängligheten främjas men vårdkonsumtionen är ojämnt fördelad

Svensk primärvård har länge lidit av bristande tillgänglighet. Det är inte ovanligt att tider på vårdcentralen är uppbokade sex veckor framöver. Dessutom har de flesta vårdcentraler särskilda tider för telefonbokning eller telefonrådgivning och drop in-tider försvinner snabbt. Sammantaget finns incitament att som patient söka sig någon annanstans än till den valda utföraren; om ärendet är av akut art, inte sällan till sjukhusets akutmottagning. Om ärendet är mindre akut är det i stället vanligt att ringa till olika vårdcentraler tills man hittar en som har tid.

I detta sammanhang har de s.k. nätläkarna revolutionerat tillgängligheten i primärvården. Dels vad gäller den snabba tillgången till kvalificerad bedömning av läkare eller annan profession. Dels vad gäller möjligheten till asynkron kontakt, så att patienten kan påbörja ett ärende via exempelvis app och sedan kan invänta svar, i stället för att sitta i telefonköer och anpassa kontakten till särskilda tider.

Det finns olika mekanismer som ligger bakom förutsättningarna att hålla hög tillgänglighet hos en utförare. Det kan konstateras att digital vård ersätts per besök medan vårdcentraler framför allt ersätts med kapitering. En ersättning per besök styr mer mot tillgänglighet än vad kapitering gör. Vidare arbetar de digitala aktörerna ofta med

nationell resurspoolning, dvs. en organisation av arbetet som gör att första lediga läkare eller sjuksköterska tar nästa patient oavsett var de båda befinner sig. Detta arbetssätt kan återfinnas på vårdcentralers drop-in mottagningar och hos 1177, men är inte det vanligast förekommande sättet att organisera en vårdcentral. Även det arbetsättet öppnar för mycket hög tillgänglighet, men inte för relationell kontinuitet, vilket också kan innebära lägre effektivitet i mötet. Slutligen har digitala aktörer framför allt medarbetare som arbetar extra timmar vid sidan av sitt vanliga arbete, medan vårdcentraler vanligtvis har heltidsanställda medarbetare.

Ojämn konsumtion

Samtidigt har konsumtionen av denna typ av tjänster, än så länge, varit ojämnt fördelad (se kapitel 9). Det vi vet är att yngre konsumerar mer än äldre, att kvinnor konsumerar mer än män, och att personer som bor i tätbebyggda och socioekonomiskt starka områden konsumerar mer än personer som bor i glesbygd, landsbygd och socioekonomiskt svagare områden. Vi vet inte tillräckligt om behovsbilden eller om huruvida denna konsumtion kommer från en tidigare för låg konsumtionsnivå. Det kan finnas en risk för omfördelning från mer behövande eftersom äldre generellt sett har sämre hälsa. Även folk som bor i glesbygd tenderar att ha sämre hälsa än folk i städer. Å andra sidan har kvinnor ett större vårdbehov än män.

Det är troligt att vissa typer av tjänster behöver finnas på marknaden ett tag för att få en ökad spridning i användandet. Yngre människor i städer tenderar också att tillhöra s.k. "early adopters", dvs. är först ut med att använda nya tjänster. Samtidigt ser vi också att det behövs mer fokus på att kunna bistå personer med stora behov via olika kanaler.

Digitala vårdtjänster för olika behov

Som vi konstaterat ovan är en central fråga för hälso- och sjukvårdens utveckling dess förmåga att hantera och anpassa sig till patienters olika behov och förutsättningar. Ett återkommande sätt att beskriva detta är att grovt förstå patienters behov i fyra kategorier: enkla, komplicerade, kroniska och komplexa. I primärvården möts

alla dessa kategorier av behov och det är därmed en särskild utmaning att skapa en diversifierad vård som både möter behoven hos vårdens storkonsumenter (som särskilt återfinns i kategorierna kroniskt och komplext) och samtidigt hanterar det tryck som kommer av en stor efterfrågan (som särskilt återfinns i kategorin enkelt).

När digitala vårdtjänster diskuteras finns en tendens att dra utvecklingen över en kam men vi menar att det går att urskilja två utvecklingsspår beroende på vilka behov patienterna har.

Hög tillgänglighet för enkla behov

De senaste årens utveckling av digitala vårdtjänster inom primärvården har ett tydligt fokus på vad som kan beskrivas som enklare behov. Detta understryks av karaktären hos de vanligaste ärendena som hanteras i de rent digitala vårdtjänsterna för närvarande, övre luftvägsinfektion, hudutslag, hosta, urinvägsinfektion, springmask, impetigo, förnyelse av recept, tonsillit och ögoninflammation. Men en lika tydlig indikation på detta är att det i många fall saknas möjlighet att inom den egna verksamheten eller genom en förutbestämd hänvisning på ett sammanhängande sätt ta hand om patientens besvär i de fall de kräver en fysisk undersökning eller behandling.

Det är redan utifrån de konsumtionsdata som finns (se kapitel 9) tydligt att det som eftersökts av patienter som använt de rent digitala vårdtjänsterna är den snabba tillgängligheten och den flexibilitet det innebär att inte behöva uppsöka fysisk vård. Snabb tillgänglighet skapar trygghet. Det pågår flera oberoende studier som mer systematiskt bl.a. ska undersöka patienters erfarenheter eller uppfattningar om detta. Men den mer anekdotiska information som utredningen tagit del av styrker att särskilt småbarnsföräldrar och yngre eller personer i yngre medelåldern söker snabb tillgänglighet som ett medel för att lösa "vardagspusslet" (se även Blix 2018). Vid en jämförelse av tillgänglighetsdata är det dessutom tydligt att de digitala vårdtjänsterna har korta väntetider jämfört med många fysiska vårdcentraler.

De digitalt profilerade vårdutförarna organiserar också till stor del verksamheten efter att tillhandahålla hög tillgänglighet och inte främst relationell kontinuitet. Som beskrivits i avsnittet ovan handlar det om att poola resurser så att patienten som ringer 1177 eller till ett så kallat nätläkarbolag får konsultera första bästa lediga läkare

eller sjuksköterska eller annan profession, och eftersom de inte behöver befinna sig på samma plats går det ofta att ordna snabbt.

Komplicerade och komplexa behov

Uppmärksamheten och debatten kring digitala vårdkontakter har hittills mest handlat om enkla behov. Långsiktigt är sannolikt potentialen för effektivisering större avseende patienter med kroniska sjukdomar och mer komplexa behov. Digitala kontakter ihop med självmonitorering, via t.ex. appar och enklare teknisk apparatur, har en stor potential att förbättra vården. Potentialen för ökad patientcentrering är stor. Patienter med komplexa behov har i högre grad kontinuitetsbaserad kontakt med vården redan i dag. Digitala kontaktvägar har störst potential att effektivisera vården i ett kontinuitetsbaserat system där man växlar digitala kontakter med fysiska besök och där digitaliseringen används som hjälpmedel för att koordinera olika vårdinsatser (se Blix 2018). Dagens ersättningssystem och dagens styrning främjar inte en utveckling mot ökad användning av digitala kontaktvägar för patienter med komplexa behov. Snarare är de utformade så att fragmentiseringen riskerar öka och samordningen försvåras.

En vanlig invändning när det gäller äldre patienter med komplexa behov är att dessa i stor utsträckning lider av s.k. digitalt utanförskap, dvs. behärskar inte datorer och andra digitala hjälpmedel. Självklart är det därför viktigt att vården förmår ta hand om även invånare som inte vill hantera eller av olika anledningar, t.ex. bristande kognitiv förmåga, inte klarar att hantera digitala hjälpmedel. Vi får inte digitalisera så att dessa kategorier riskerar få sämre vård. Man kan härvidlag jämföra med debatten som uppstått kring det kontantlösa samhället. Samtidigt är det viktigt att poängtera att man inte ska underskatta äldres förmåga att hantera digitala hjälpmedel, inte minst eftersom moderna surfplattor och andra hjälpmedel ofta är förhållandevis enkla att hantera. I Borgholm har man prövat olika digitala hjälpmedel och det visade sig att äldre med glädje hanterade en surfplatta för att få kontakt med ”mitt vårdteam”. Vården hjälpte vissa patienter att gå från ett digitalt utanförskap till ett digitalt innanförskap.

Självklart varierar möjligheterna att använda digitala kontaktvägar och arbetssätt beroende på diagnos och situation. Landstingen

är nu i färd med att sjösätta ett system för nationell kunskapsstyrning. Det är angeläget att systemets olika grupperingar får ett tydligt uppdrag att vid framtagande av nya riktlinjer inkludera rekommendationer kring användning av digitala kontaktvägar.

Digital vård kan aldrig fullt ut ersätta vårdmötet

Den ökade digitaliseringen kommer att kräva avvägningar för huvudmännen vad gäller etableringar och närvaro av exempelvis vårdcentraler. Som vi såg i exemplet med Region Västerbotten i kapitel 9 skapade virtuella hälsorum en möjlighet att garantera ökad närvaro av vård i glesbygd. Samtidigt finns det också risker för just glesbygden och landsbygden. Ju mer vård som utförs digitalt, och ju mer patienter och medborgare efterfrågar digital vård, desto större risk är det att en vårdcentral belägen i glesbygd överväger att stänga. Jämför exempelvis med bankkontor sedan banktjänster digitaliserats. Att vård som kan utföras digitalt utförs digitalt är givetvis bra i det fall det ökar kvaliteten eller ger tidsvinster för olika aktörer, men det är inte bra om en sidoeffekt blir att de som faktiskt behöver möta vården fråntas den möjligheten. Det är svårt att se en framtida utveckling där primärvårdsuppdraget fullt ut kan utföras digitalt, samtidigt som det redan i dag är svårare för vårdcentraler att ”gå runt” i glesbygdsområden. Detta kan innebära att det blir än viktigare att landstingen hittar alternativa vårdvalsuppdrag eller andra former för etablering i glesbygd, ju mer vård som utförs digitalt.

10.1.3 Det pågår en integration av fysisk och digital vård men den är inte tillräcklig

Ett av de största problemen med dagens utförande av digital vård inom primärvården är bristen på integration mellan olika verksamheter. Integration i det här sammanhanget syftar på två olika men närliggande frågor.

Integration syftar dels på möjligheten att dela information och it-system som stödjer det. Anledningen att denna fråga särskilt aktualiseras på grund av de s.k. nätläkarbolagen är att de systematiskt använder sig av utomlänsvård, och erbjuder sina tjänster nationellt, till skillnad från vanliga vårdvalsutförare som huvudsakligen via avtal

bedriver vård inom ett landsting. Det gör att fler patienter nu, möjligen ovetandes, blandar vårdkonsumtion från olika landsting, vilket gör att effekterna av integrationsbristen blir större.

Integration syftar dels på huruvida utföraren tar ett ansvar för att tillhandahålla alla delar av vården, såväl fysiska som digitala kontaktvägar, dvs. att den digitala och den fysiska vården integreras, vilket brister i dag.

Särskilt intressant i denna utveckling är att i stort sett alla erkänner dessa problem. Patienter, professioner, traditionella vårdvalsutförare, nätläkarbolag och huvudmän pekar alla på samma sak: integrationen behöver bli bättre.

Flera landsting har upphandlat plattformar för kommunikation och anamnesupptagning m.m. Samtidigt har flera av dem också försökt kopiera de arbetsätt som de digitalt profilerade vårdutförarna använder sig av, särskilt genom att bygga upp de digitala arbetsätten separat och inte integrerat med befintliga vårdcentraler. I sin tur har en effekt av det varit att man snarare drivit på utvecklingen mot att vård som bedrivs digitalt växer i ett parallellt system, i stället för att integreras i vårdvalssystemen. Både landstingsdriven och delvis privatdriven vård utvecklar parallella system där fysisk mottagningsvård utförs av en typ av aktörer som ersätts på ett sätt, samtidigt som digital vård huvudsakligen utförs av andra aktörer inom landstingsdriven vård baserat på ett annat ersättningssystem. Samtliga initiativ styr mot ökad tillgänglighet, men styr samtidigt bort från kontinuitet som är en avgörande faktor för att öka patienternas förtroende för vården.

Det finns visserligen vissa tecken på en ökande integration, i form av att utförare erbjuder både digital och fysisk vård. Traditionella vårdvalsutförare i såväl privat som offentlig regi arbetar med att upphandla plattformar och utveckla arbetsformer för att erbjuda digitala kontakter, ibland inom ramen för den fysiska vården. S.k. nätläkarbolag sluter avtal med vårdcentraler, laboratorier, och inte minst förvärvar vårdcentraler. I den här delen går det alltså i rätt riktning men utredningen bedömer att integrationen behöver gå betydligt längre. Det handlar framför allt om att den digitala vården i nuläget kan konsumeras isolerad från övrig vård.

Integrationen vad gäller informationssystemen står i stort sett still och stampar. Det finns en stor och snabbt ökande frustration inom vården att det trots olika utredningar inte hänt någonting.

Denna frustration ökar i takt med ökad insikt om behovet av samverkan över olika gränser, inte minst gränsen mellan kommun och landsting.

10.1.4 Debatten om nätläkare bygger till viss del på förenklingar men kunskapsläget är lågt

I den debatt som har väckts i kölvattnet av s.k. nätläkares intåg i öppenvården behandlas ofta bolagen som att de alla arbetar utifrån samma verksamhetsidé, trots att de skiljer sig avsevärt på vissa områden. Vissa arbetar med att utveckla triage och anamnesupptagning via artificiell intelligens, andra med att utveckla mänskligt triage kombinerat med anamnes via chatt. Vissa arbetar med besök i realtid, medan andra har vårdbesök som pågår asynkront och främst sker via chattfunktion.

Många av de s.k. nätläkarbolagen är ledande i utvecklingen av it-plattformar och verktyg, och bidrar även med effektiva arbetsätt. Den popularitet de åtnjuter bland patienter sätter också ljus på de stora brister som finns i övrig primärvård. Det rör dels tillgänglighet och förtroende, vilka tätt hänger samman, dels att man i den traditionella vården inte lyckas arbeta kontinuitetsbaserat, så att patienter känner sig trygga med att vända sig till ”sin” utförare. I patientenkäter har de patienter som anger att de har ett ”mycket litet”, ”ganska litet” eller ”varken litet eller stort” förtroende för hälso- eller vårdcentraler i deras hemlandsting angett att det som främst skulle öka deras förtroende, vore att få träffa samma läkare varje gång (se avsnitt 5.6.2 och SKL 2019b). Svaret är samma i alla landsting förutom Region Stockholm där flest angett kortare väntetider som svar. Svaren visar tydligt på bristerna i dagens primärvård. Vi kan inte från den undersökningen utläsa om det är samma personer som uppskattar möjligheten att kontakta en annan vårdgivare digitalt, men det visar i alla fall på en brist som verkligen behöver tas på allvar.

Oklart om digital vård i nuvarande form avlastar traditionell vård

Parallellt med detta anklagas ofta s.k. nätläkare för att främst hantera enkla åkommor och att göra läkarbesök av sådant som inte ska hanteras av läkare, eller i vissa fall ens vårdpersonal. Vi vet i dag inte

om möjligheten till digitala utomlänsbesök avlastar den övriga vården. Fenomenet är för nytt för att kunna göra en kvalitetssäkrad utvärdering. Dessutom är det svårt att följa patienter som rör sig mellan huvudmän och mellan olika delar av vården, inte minst på grund av olika journalsystem och därtill kopplad sekretessreglering. Inom NHS i England har man exempelvis sett att de patienter som listar sig hos den digifysiska utföraren Babylon GP at Hand ringer deras rådgivningstelefon (motsvarande 1177) i mindre utsträckning (Hammersmith and Fulham m.fl. 2019). Om patienterna annars skulle både ha ringt rådgivningen och besökt vårdcentralen är det positivt. Om de i stället skulle ha ringt rådgivningen enbart och därefter kunnat konstateras färdigbehandlade via t.ex. egenvårdsråd torde det vara mindre effektivt för systemet.

Vad gäller enkla besök och orsaker till att man söker vård kan å ena sidan konstateras att många vårdcentraler ser det som ett problem att de hanterar många enkla åkommor som skulle kunna ha hanterats med egenvård eller liknande. Samtidigt har s.k. nätläkare fått kritik för att de marknadsför att patienter kan vända sig till dem för enkla åkommor, som väl lämpar sig för egenvård och på så sätt tar resurser i anspråk i onödan. Denna kritik bör tas på allvar, inte minst för att den tydliggör kollisionen mellan två system, å ena sidan den traditionella primärvården som till stor del bygger på kapitering och prioritering efter behov och å andra sidan ett system som ersätts per besök utan incitament till behovsbedömning. Det behövs inte fler onödiga besök i den offentligfinansierade vården. Det är viktigt att framhålla att den typ av verktyg som vissa av nätläkarbolagen arbetar med att utveckla, t.ex. automatiserad anamnes och triage, kan vara en bra grund för bättre vägledning och därmed effektivare vård. Problematiken kring vägledning för patienten sätter också fingret på styrning och ersättning som leder rätt.

Lärdomar från utvecklingen av den digitala vården

Vi kan konstatera att det finns många brister som generellt rör hälso- och sjukvårdssystemet, men som inte specifikt härstammar från nätläkare, exempelvis brist på vägledning för patienter som gör att de söker läkarhjälp när de egentligen kan hantera problemet själva i hemmet, brist på tillgänglighet och brist på personkontinuitet. Fram-

växten av den digitala vården som ett parallellt system till den traditionella vården har tydliggjort dessa brister.

Det finns också delar som utredningen ser är viktiga att arbeta vidare med utifrån de arbetssätt som nätläkare erbjuder, däribland:

1. Den höga tillgängligheten för lätta åkommor. Genom att nationellt poola resurser skapas möjlighet för läkare och patient att få kontakt snabbt. Systemen måste dock kombineras med triage eller behovsbedömning eller liknande där patienter antingen hänvisas till sjuksköterskerådgivning, läkare eller fysiskt besök. I olika grad arbetar dagens nätläkare med alla dessa i olika utsträckning, men integrationen med övrig vård är inte tillräcklig.
2. Verktyg som automatiserar triage och anamnesupptagning. För primärvården finns här en verklig potential i att kunna frigöra resurser och läkare och sjuksköterskors tid för att prioritera patientmöte till rätt saker och underlätta för att styra rätt profession till patient.
3. Potentialen i ett mer jämnt utbud när vården inte har geografisk hemvist. Den behöver dock kombineras med att även fysisk vård finns tillgänglig och dessa behöver vara integrerade.

Därutöver ser utredningen att det är viktigt att digitala verktyg fortsätter utvecklas för att hantera tyngre besvär och kroniska sjukdomar etc. för att öka tillgängligheten, tryggheten och effektiviteten även för andra grupper. Sannolikt föreligger på sikt en större effektiviseringspotential för kroniskt sjuka än för enklare åkommor.

10.1.5 Oklar tolkning av patientlagen

Utvecklingen med digitala kontakter inom primärvården har skett på kort tid och i hög hastighet. Med facit i hand kan konstateras att varken lagstiftaren eller huvudmännen var förberedda på vilka konsekvenser patientlagen skulle kunna få.

I kölvattnet av denna utveckling har det kunnat skönjas olika typer av reaktioner. Landstingen har å ena sidan enats nationellt i form av beslut om riksavtal för utomlänsvård och därefter beslut om sänkta ersättningsnivåer i ett antal omgångar i en sällan skådad enighet på rekordkort tid. Men just dessa beslut har också inneburit en

acceptans av en verksamhet som är blivit en del av den offentligt finansierade vården på grunder som kan ifrågasättas.

Det verkar som att landstingen har agerat nästintill panikartat på framväxten av den digitala parallella vården. Digital vård som i dag bedrivs av externa nätläkarbolag (i flera fall utan egna avtal med landstingen) ersätts per besök baserat på s.k. utomlänstaxa. Det hade varit rimligt att analysera om det är förenligt med intentionerna med utomlänbestämmelserna i HSL att digitala besök, som tack vare den utvecklade tekniken kan erbjudas när som helst under dygnet till stora mängder patienter och dessutom är geografiskt obundna, omvandlas till s.k. utomlänsvård som styckersätts, i princip på löpande band. Intentionen med utomlänbestämmelserna var från början att patienten de facto får tillfällig (främst specialiserad) öppen vård eller second opinion utanför sitt län. I stället för att redan tidigt ifrågasätta om digital vård verkligen bör behandlas som utomlänsvård, inte minst när patient och läkare kan befinna sig i samma landsting när vården ges, har man accepterat förhållandet och till och med tagit fram en separat ersättning för digitala besök som sker utomlän (se även avsnitt om underleverantörer nedan).

Är digitala vårdgivare underleverantörer i lagens mening?

När det i debatten talas om nätläkarbolag eller digitala vårdgivare, uppges de i de allra flesta fallen vara underleverantörer till vårdcentraler som är godkända och har kontrakt med landstinget. Nätläkarbolagen omfattas i dag, enligt praxis och delvis beroende på formuleringen i förfrågningsunderlagen, indirekt av huvudleverantörens kontraktsvillkor. De tjänster som erbjuds av en underleverantör i en sådan konstruktion har enligt praxis också blivit en del av den offentligt finansierade vården. Tolkningen har gjorts att en underleverantör av hälso- och sjukvårdstjänster automatiskt också blir ”valbar” inom valfrihetssystemet på samma sätt som en huvudleverantör enligt formuleringen i bl.a. Riksavtalet för utomlänsvård och digitala vårdtjänster inom primärvården:

Landstingens betalningsskyldighet till underleverantörer

På motsvarande sätt som gäller för utförare av verksamheter som upphandlats enligt Lagen om offentlig upphandling (LOU) bedöms även utförare inom verksamheter enligt Lagen om valfrihet (LOV) kunna anlita underleverantörer oavsett om detta är reglerat i förfrågningsunder-

laget eller ej, givet att underleverantören i tillämpliga delar uppfyller samma krav som ställs på utföraren. Beställaren prövar om utföraren svarar mot ställda krav och utföraren svarar för kontakten med underleverantören. Underleverantören blir via utföraren indirekt ansluten till offentlig finansiering och således även valbar för patienter från hela landet enligt intentionerna i patientlagen och hälso- och sjukvårdslagen.

I vare sig den nationella lagstiftningen avseende valfrihetssystem, offentlig upphandling, eller i EU:s upphandlingsdirektiv, finns någon legal definition av begreppet *underleverantör*. Enligt LOV gäller i dag att flera leverantörer i samverkan kan ansöka om att ingå i ett valfrihetssystem. Detsamma gäller i ett upphandlingsförfarande enligt LOU. Landstinget eller den upphandlande myndigheten kan inte ställa krav på viss juridisk form på de aktörer som ansöker om att få ingå i valfrihetssystemet, men kan ställa sådana krav efter godkännande och avtal om det anses nödvändigt för uppdragets fullgörande. Nya krav kan således ställas på utförarna efter ingånget avtal. Vid själva ansökan spelar det dock ingen roll hur en utförare själv eller sammellan med andra aktörer väljer att organisera sig, bara kraven i förfrågningsunderlagen är uppfyllda.

I LOU har upphandlande myndighet getts en uttrycklig skyldighet att ställa krav på leverantören när underleverantörer är involverade i uppdraget. I 17 kap. 2 § andra stycket LOU regleras bl.a. att den upphandlande myndigheten ska kräva att leverantören säkerställer att dennes underleverantörer som direkt medverkar till att fullgöra kontraktet uppfyller de villkor som har ställts på leverantören. Det finns ingen motsvarande uttrycklig bestämmelse i LOV och det får konstateras att konstruktionen av LOV och LOU skiljer sig åt (bl.a. eftersom LOV anges utgöra en tjänstekoncession till skillnad från upphandlingslag som LOU). Det är dock inte orimligt att anta en tolkning av LOV, särskilt i avsaknad av resonemang kring underleverantörsförhållanden, att en leverantör – för att kunna räknas som underleverantör i upphandlingsrättslig mening – kan förväntas att i tillräcklig utsträckning, eller i vart fall i någon mån medverka till fullgörandet av huvudleverantörens kontrakt.

Om ett så kallat nätläkarbolag i egenskap av underleverantör således erbjuder exempelvis digitala vårdtjänster till de hos huvudleverantören listade patienterna eller levererar en it-plattform för att digital vård ska kunna ges till huvudleverantörens listade patienter, bör bolaget rimligtvis anses medverka till fullgörandet av huvudleveran-

törens uppdrag och därmed rättsligt betraktas som underleverantör. Om bolaget däremot inte i tillräcklig utsträckning erbjuder digitala vårdtjänster till de hos huvudleverantören listade patienterna, utan huvudsakligen har egna patienter i samma eller andra landsting som dessutom är listade hos andra utförare, torde bolaget inte kunna betraktas som underleverantör i rättslig mening. Den s.k. underleverantören bör då snarare ses som en extern leverantör eller samarbetspartner till huvudleverantören. Att begreppet underleverantör används i de affärsförhållanden det handlar om saknar i detta fall rättslig betydelse. Det väsentliga är att en underleverantör i tillräcklig utsträckning medverkar till fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag. Huruvida nätläkarbolaget bör anses vara valbar såsom ersättningsberättigad utförare enligt den av SKL bestämda utomlänstaxan, har dock såvitt framkommit inte rättsligen vare sig ifrågasatts eller prövats. Utredningen bedömer dock mot bakgrund av ovanstående att den nämnda skrivningen i Riksavtalet synes väl långtgående.

10.1.6 Den särskilda ersättningen för digital utomlänsvård visar att systemet inte är anpassat för digitalt vårdutförande

Kostnaden för ”nätläkarvården” beskrivs ibland som dyr, ibland som billig när den jämförs med primärvården i övrigt. De olika slutsatserna beror på om man jämför den specifika ersättningen en utförare får för ett besök, eller om man jämför alla de offentliga medel som går till en utförare och slår ut dem på antal hanterade besök. Innehållet i besöket spelar såklart också roll för hur det ska värderas.

För digitala utomlänsbesök finns i dag en nationell taxa som har beslutats av landstingen efter rekommendation från SKL. I skrivande stund har en ny rekommendation kommit från SKL om att sänka ersättningen till 500 kronor. Eftersom detta inte har beslutats eller implementerats av landstingen utgår analysen nedan från dagens ersättningsnivå (augusti 2019). Den innebär att ett digitalt utomlänsbesök ersätts med 650 kronor per besök. Fram till 2019 fungerade Region Jönköping som något slags hubb för digitala aktörer men under 2019 har de största aktörerna flyttat till Region Sörmland. Patientavgiften för ett besök utgår från utförlarlandstingets vanliga patientavgift, och vård som utgår ifrån Sörmland är avgiftsfri. För ett digitalt besök hos en vårdgivare som är registrerad i Jönköping är

patientavgiften 250 kronor. För besök hos nätläkarbolag med avtal med vårdcentral i Sörmland står alltså hemlandstinget för hela kostnaden på 650 kronor.

Vid jämförelse av besöksersättningen för besök till läkare ersätts de digitala utomlänbesöken högre än den ersättning som en utförare får för ett inomlänsbesök, oavsett landsting.

Vad menar då de som säger att nätläkarbesöken utomläns är billiga? Vårdcentraler ersätts till stor del med så kallad kapitering, vilken viktas på olika sätt beroende på patientunderlag och vårdcentralens geografiska belägenhet. I många landsting kombineras kapiteringen med en styckersättning per besök. Vården i siffror presenterar indikatorn ”Kostnad per vårdkontakt i primärvården” (vardenisiffror.se 2019). En siffra som varierar mellan 1 349 kronor i Region Skåne och 2 121 kronor i Jämtland Härjedalen. För riket ligger siffran på 1 706 kronor. Indikatorn beskriver landstingens kostnader per viktad vårdkontakt inom primärvården. Vid beskrivning av indikatorn står följande.

Kostnadsjämförelsen är grov eftersom primärvårdens vårdkontakter inte speglar hela primärvårdsinsatsen. Det kan också vara olika hur vårdkontakter inom hemsjukvården eller via telefon registreras. Vårdkontakter kan variera i tid och därmed i resursåtgång, vilket inte fångas i måttet. Till exempel spelar det stor roll för utfallet om en vårdgivare strävar efter att ta upp flera av patientens hälsoproblem vid ett och samma besök, eller om man i stället föreslår patienten flera och kortare besök. Kostnad per vårdkontakt kan ändå vara ett stöd vid analys av kostnaden för primärvården i ett landsting eller en region.

(Vården i siffror, 2019).

Det är alltså en genomsnittlig kostnad, medan ersättningen till digitala utomlänsaktörer inte säger något om genomsnittskostnad utan den exakta ersättningen de får för varje besök.

Kapiteringsersättningen är i dagsläget förbehållen utförare som har avtal med landsting och eftersom majoriteten av de digitala utomlänsbesöken i dag sker genom underleverantörsavtal får de ingen kapiteringsersättning.

Ett genomsnittligt besök hos Kry varar i 8 minuter enligt Kry själva (möte med Kry augusti 2018). Läkare i primärvården svarade år 2015 att de i genomsnitt tillbringar 24 minuter med patienten vid ett besök (IHP 2015). Utifrån detta kan vi anta att innehållen i besöken skiljer sig men vi vet i dag inte tillräckligt om innehållen i besöken. Både ett digitalt utomlänsbesök och ett vårdcentralbesök är dyra jämfört med rådgivning via 1177.

Parallella ersättningssystem skapar snedvridande incitament

Utredningen bedömer att det är ett problem att ersättningen blir olika beroende på en rad olika faktorer som egentligen inte har med besökets innehåll eller vårdbehovet att göra. En utförare som arbetar med avtal med ett landsting och börjar erbjuda sina listade patienter digitala konsultationer ersätts på ett sätt. Om samma utförare i stället startar ett separat bolag och gör det till underleverantör till en annan utförare i ett annat landsting och fortfarande erbjuder *samma patienter* digitala konsultationer blir ersättningen en annan.

Även om det finns ökande antal exempel på s.k. digitala vårdgivare som öppnar vårdcentraler enligt LOV, finns det också en trend som drar åt andra hållet, dvs. att bolag som driver vårdcentraler öppnar separata digitala vårdbolag där de tar emot patienter digitalt på utomlänstaxa. Det tycks alltså finnas ett kraftigt snedvridande incitament i att ett utomlänsbesök ersätts högre än ett inomlänsbesök. Det ger en indikation om att ersättningen för ett digitalt utomlänsbesök är hög. Två parallella ersättningssystem skapar orättvis konkurrens mellan dem som väljer att driva vården digitalt via utomlänsavtal jämfört med dem som driver vården digitalt med utgångspunkt från hemlandstinget eller befintlig vårdcentral, oavsett om denna är i privat eller offentlig regi.

Systemfelet ligger i att det, oavsett nivå, överhuvudtaget skapas ett separat ersättningssystem för dessa kontakter. Här finns en tydlig länk till ersättningssystemet i övrigt, där landstingen, i sina försök att styra mot kontinuitet etc. har skapat flera olika vägar där incitamenten riskerar att slå fel. Det handlar om fysiska s.k. utomlänsbesök som ersätts ibland tio gånger så högt som ett inomlänsbesök – och detta gäller oavsett om besöket är en engångsföreteelse eller om det görs av exempelvis en person som pendlar mellan två landsting och alltid besöker samma vårdcentral nära jobbet. Inom landsting ersätts ofta besök olika beroende på om patienten är listad eller inte. Så kallade ”otrohetsbesök” ersätts ofta högre än ett besök från en patient som är listad. Så länge ett besök på annan vårdcentral än där man är listad ersätts högre blir det också gynnsamt för aktörer att hellre utveckla separata bolag där de tar emot digitala besök som underleverantör än att utveckla verktyget integrerat med den egna vårdcentralen. Även där riskerar incitamenten att slå fel.

Landstingens ansats att främja digital innovation leder till flera negativa konsekvenser

I diskussionen om ersättning för nätläkartjänster framförs ofta argumentet att en lägre ersättning riskerar att inte främja innovation och teknikutveckling. I SKL:s rekommendation 2017 att sätta ersättningen till 650 kronor slås fast att:

Ersättningen bör vara tillräcklig hög för att medge en utveckling av digitala tjänster med kvalitet och tillräckligt låg för att beakta att patientsegmentet främst utgörs av patienter med vanliga ”enkla” åkommor, att kringkostnaderna kan antas vara lägre än för fysiska besök och att patienten själv kan göra en del av arbetet genom symptomskattning osv.

Att landstingen vill främja innovation och teknik är positivt, men att detta främjande i dag sker genom besöksersättning bör ifrågasättas av flera skäl. I dagsläget innebär det att det är mer gynnsamt för vårdgivare att skapa separata bolag för digitala tjänster och registrera dem i ett annat län, än att arbeta med både fysisk och digital vård inom ett och samma landsting. Ett resultat av detta blir också en ökad fragmentering av vården. I dagsläget innebär denna ersättning följande:

1. *Ett digitalt utomlänsbesök främjas framför ett digitalt inomlänsbesök.* I dag arbetar i stort sett alla utförare av primärvård med att utveckla digitala verktyg, kontaktvägar och arbetssätt. Den nuvarande ersättningen för digital utomlänsvård skapar incitament för aktörer att hellre starta ett separat bolag och bli underleverantör till en vårdcentral i ett annat landsting för just de digitala besöken än att driva vården utifrån befintlig verksamhet, även om syftet med att börja arbeta digitalt är att öppna möjligheten för de egna listade patienterna. Vi ser att denna utveckling sker i dag och vi ser att den missgynnar de aktörer som väljer att enbart arbeta inomläns.
2. *Underleverantörer (alt. externa leverantörer utan egna avtal enligt utredningens tolkning) främjas framför aktörer som har avtal med landstingen.* Den här frågan hänger ihop med frågan ovan, men med tillägget att det inte bara skapar incitament för att systematiskt arbeta med utomlänsvård utan att göra det som underleverantör i ett annat landsting. Besök som sker hos utförare utan avtal där man (som finansiär) inte har möjlighet att påverka, främjas alltså framför utförare som har avtal med landstingen.

3. *En kontaktväg främjas framför en annan.* När ersättningen för ett besök blir högre för att det sker med en viss kontaktväg (förutsatt att bolaget är registrerat i ett annat landsting) särbehandlas en kontaktväg framför en annan. Här kan tilläggas att inom vissa landsting ersätts ett mottagningsbesök, men inte en digital kontakt. Även detta riskerar att bidra till att de överväganden som vårdgivare gör inte kommer att bli helt optimala och baserade på behov.

Utöver detta bygger den särskilda taxan som nätläkare ersätts med vid utomlänsvård på styckprisersättning, som ger ytterst små incitament för triage eller vägledning eller att ge vård efter behov. En patient som inleder en kontakt som inte leder till ett besök genererar ingen ersättning för ett bolag som inte får kapiteringsersättning.

Utredningen vill också betona att även den utomlänsersättning som ges för fysiska besök skapar snedvridande incitament. Den ersättningen kan vara tio gånger så hög som ersättningen för att ta hand om en patient som bor inom länet. Men kostnaden för att ta hand om en patient blir inte nödvändigtvis högre för att patienten har sin hemvist i ett annat län. Särskilt inte om utföraren riktar in sin verksamhet på att ta emot olistade patienter. Situationen försvåras av att landstingen också gjort olika tolkningar vad gäller om patienter får lista sig i ett annat landsting eller inte.

Om landstingen vill främja innovation och teknikutveckling bör de undvika att göra detta genom besöksersättningssystemen. De bör dessutom undvika att främja teknikutveckling genom ett system där de inte har möjlighet att påverka utvecklingen, säkra tillgång till data och uppföljning etc.

Den högre ersättningen är inte öppen och lika för alla

Den utförare som väljer att utveckla digitala kontaktvägar för de listade patienterna och arbeta integrerat, samt har avtal med landstinget i fråga, får ingen särskild fördel av detta främjande av teknikutveckling. Detta gäller alla befintliga vårdgivare som vill arbeta med att möta sina patienter digitalt. Små aktörer som driver enstaka vårdcentraler har troligtvis inte möjlighet att bilda ett separat bolag och göra det till en underleverantör i den region som för tillfället har det

mest tilltalande ersättningssystemet. Om landstingen vill främja teknikutveckling bör det göras på ett sådant sätt som är lika för alla.

Själva utomlänssdelen är ytterst teoretisk eftersom både patient och läkare kan befinna sig i samma stad, men vården blir ändå utomlänns ifall patientens hemlandsting är ett annat än där vårdbolaget är registrerat som underleverantör.

10.1.7 Konsekvensanalys av att inte vidta några åtgärder (nollalternativet)

Utredningens uppdrag är att ”Analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård”. Mot bakgrund av de problem som har beskrivits i detta kapitel kan vi dra slutsatsen att det system som råder i dag inte är långsiktigt hållbart. Eftersom ingen förutsåg att denna typ av verksamhet skulle etablera sig inom den offentligt finansierade marknaden, är det inte heller särskilt konstigt att dagens lagstiftning och ersättningssystem inte är skapade med dessa verksamheter i åtanke. Därmed torde det finnas utrymme för förbättring.

I utredningens direktiv betonas också att

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

Här kan också konstateras att så inte är fallet i dagsläget. Med aktörer som agerar självständigt på en hälso- och sjukvårdsmarknad helt utan egna avtal med landstingen, följer att det inte heller finns möjlighet att ställa reella krav på att de ska ta ansvar för forskning, utbildning av personal eller folkhälsoarbete. Likaså om det i avtalen med befintliga utförare inte heller specificeras vilka krav som ställs på underleverantörer eller externa parter som inte bistår huvudleverantören eller endast levererar en mycket liten del av huvudleverantörens vårduppdrag.

Att lämna området utan åtgärder skulle innebära bl.a. att nätläkarvården fortsätter att ersättas som utomlänsvård och med stor sannolikhet också att den fortsätter att öka. En okontrollerad ökning i ett separat system riskerar att öka ojämlikheten och bidrar

inte till en behovs- och kontinuitetsbaserad vård. Dessutom kommer sannolikt fler aktörer att etablera sig på marknaden, såväl privata som av landstingen utvecklade appar. Givet att landstingen är huvudmän för sjukvården är det svårt att se ett "långsiktigt hållbart" system med bibehållen ansvarsfördelning i kombination med att vård i allt högre utsträckning sker utomläns. Utredningen har dock inte i uppdrag att se över ansvarsfördelningen mellan stat, kommuner och landsting och därmed söker vi andra lösningar än genom en ändrad ansvarsfördelning.

Nedan följer en analys av hur utredningen ser att utvecklingen går om området lämnas utan åtgärder, dvs. det s.k. nollalternativet. Ett grundläggande antagande vi gör är att digitala utomlänsbesök fortsätter att öka, eller minst fortsätter förekomma i ungefär samma mängd och utsträckning som i dag.

Huvudmännens inflytande över vården minskar och därmed också medborgares möjlighet till ansvarsutkrävande

Med vård som sker utomläns uppstår ett parallellt nationellt system med bristande möjlighet till politiskt ansvarsutkrävande. För varje nätläkarbolag med underleverantörsavtal med en vårdcentral i ett landsting finns det 20 huvudmän som står utan möjlighet till inflytande över vården trots att de finansierar den.

Landstingen är som huvudmän ansvariga för primärvården. Till det hör att de ska kunna ställa krav på utförare på allt ifrån vårdutförande till marknadsföring, patientsäkerhet och ha möjlighet att följa upp vården och föra dialog med utförare. Nätläkarbolagen har ofta utvecklade system och teknik för uppföljning och lärande i utförandet av vården. Men huvudmännen som finansierar samt ansvarar för vården för patienter i landstinget kan inte följa patienternas väg genom vården när den sker delvis i annat landsting. Det utgör ett problem på ett övergripande plan för vårdens utveckling, men också för legitimiteten i användandet av skattemedel. Med fortsatt ökning av utomlänsvården kommer 20 av 21 landsting fortsatt ha bristande möjligheter att påverka allt ifrån uppföljning av kvalitet, till krav vad gäller journalanvändning och marknadsföring. Det är alltså en fråga om legitimitet på ett övergripande plan. Hälso- och sjukvården finansieras främst med skattemedel och medborgare och patienter ska kunna utkräva ansvar av dem som har valts i demokratiska val för att

fatta beslut som rör vården i landstinget. Var sker det politiska ansvarsutkrävandet när ett landsting står som ansvarig för utförandet, medan den finansierande huvudmannen samt patienter som efterfrågar vården finns i ett annat landsting?

Utredningen har inte i uppdrag att lämna förslag som ändrar ansvarsfördelningen i vården. Utredningen anser dock att det behövs förslag som tar fasta på att vården inte ska kunna ske som utomlänsvård om det inte sker under ordnade former.

Ökande mängd patientdata fördelas mellan informationssystem som inte talar med varandra

Som framgår i avsnitt 8 kan patienter röra sig fritt mellan landsting men inte deras dokumentation, vilket får ses som en generell systembrist. De flesta nätläkarbolag har byggt upp sin verksamhet kring att systematiskt använda sig av utomlänsvårdssättning. Det är två landsting som dominerar vad gäller hemvist för samarbeten med nätläkarbolag: Region Sörmland och Region Jönköping. I början av 2019 uppgav Region Jönköping att de hade cirka en miljon patienter i sitt journalsystem, tre gånger så många som är folkbokförda i Jönköping. Det finns i dag inget nationellt fungerande informationssystem. För patienter som, kanske ovetandes, varvar inomlänbesök med utomlänbesök är risken större än för patienter som gör alla sina besök inom ett län att patientdata inte finns tillgängliga vid besök. Som konstaterats tidigare berördes inte denna fråga vid införandet av patientlagen.

I dagsläget sprids patienters data och journaluppgifter i flera olika system (hemlandstinget – Jönköping – Sörmland) vilket gör det svårt för samtliga inblandade vårdgivare att få en god överblick. För patienten blir det troligtvis förvirrande och vilseledande eftersom de antagligen förutsätter att en vårdgivare som marknadsför sig på hemorten har fullständig information.

När vårdgivare inte har tillgång till journalinformation skapas potentiella risker för patientsäkerhet. Vårdgivare inom samma landsting kan också ha bristfällig tillgång till andra vårdgivares information, men där finns inte samma systematiska risk. Även om landstingen gemensamt eller staten omgående skulle ta tag i frågan om utbyte av patientinformation mellan landsting så är detta inte något som kommer kunna vara på plats förrän om flera år.

Separata system för digital vård och annan vård kommer troligtvis leda till högre kostnader totalt sett

De snedvridande incitament som ges av utomlänssättningen (se föregående avsnitt) medför också en risk för att antalet aktörer som arbetar på detta sätt ökar. SKL har under juni rekommenderat landstingen att sänka ersättningen. Det kan komma att påverka utvecklingen mot att bolag söker fler avtal med huvudmän. Men så länge digitala utomlännsbesök hanteras separat från primärvården i övrigt är det föga troligt att andelen vård som sker på denna väg kommer minska.

Det finns en förhoppning om att digitala vårdgivare ska avlasta den fysiska vården. I dagsläget kan vi inte svara på om så sker vad gäller arbetsbörda, men med den ersättningsmodell som är vanlig riskerar de totala kostnaderna att öka, givet att en och samma patient har en ”kapiteringsavgift” som betalas till en vårdcentral där den är listad, samtidigt som besöken ”styckersätts” högre så länge hen gör besök hos nätläkare. Risken för ökade kostnader minskar dock i de landsting där kostnaden för det digitala besöket belastar den vårdcentral där patienten är listad. I de flesta landsting uppstår i dag en merkostnad när ett potentiellt vårdcentralsbesök i stället görs som ett digitalt utomlännsbesök (se kap. 19).

Ett sätt att undvika detta är att patienter som föredrar digital utomlänsvård uppmuntras ”avlista” sig så att kapiteringsersättning inte utgår för dem. Men det är en tveksam och orealistisk väg framåt. Det är dessutom en kortsiktig lösning, givet att den digitala vården inte kan utföra samma uppdrag som en fysisk vårdcentral. Utredningen ser alltså att det samhällsekonomiskt mest effektiva är att alla utförare ersätts enligt samma principer.

Det uppstår dessutom ökade kostnader för den administration som krävs för hantering av vårdbesök som sker hos annan huvudman än den där patienten är folkbokförd. Varje konsultation som sker hos utförare i ett landsting och patient bosatt i ett annat utlöser en rad händelser. Nätläkarbolaget har sitt samarbete med en vårdcentral och får alltså besöksersättning från den, den i sin tur får ersättning för besöket av landstinget. Landstinget i sin tur skickar faktura till patientens hemlandsting. Ibland kräver hemlandstinget vårdcentralen där patienten är listad på ersättning för detta besök (s.k. kostnadsansvar). Allt detta kräver administrativt arbete, vilket finansieras med skattemedel.

Utredningen ser också en risk att den totala konsumtionen av vård kan öka när vårdgivare lägger så stora resurser på marknadsföring som nätläkarbolagen gör i dag. Läkare i primärvården uppger att stor andel av de besök de hanterar avser sådant där egenvård hade räckt. När god tillgänglighet marknadsförs finns det en risk att denna typ av besök, som alltså inte är behovsbaserade, ökar.

Sammanfattande kommentar

Risken med ”nollalternativet” är således ökande kostnader, försämrade förutsättningar för kontinuitet, ökad fragmentisering vad gäller journaler och fortsatt inga möjligheter för 20 av 21 landsting att ställa krav på utförarna i systemet. I nästa avsnitt diskuteras alternativ framåt och vilka möjligheter landstingen har att agera.

Det finns också aspekter som utredningen ser som särskilt viktiga att ta vara på vad gäller nätläkare. Dessa har vi nämnt i avsnitt 10.1.3 och dem tar vi med oss i nästa del där vi går igenom utgångspunkter för framtidens digifysiska vård.

10.2 Vården behöver bli digifysisk

I föregående avsnitt analyserades nuläget, de problem utredningen ser med dagens system och hur vi ser att utvecklingen kommer bli om området lämnas utan åtgärder. I detta avsnitt går vi igenom utgångspunkterna för framtidens digitala vårdtjänster och vilka vägar vi har övervägt längs vägen och förkastat. Vi går också igenom vilka åtgärder landstingen själva kan eller inte kan vidta. I figur 10.1 illustreras dagens vårdvalssystem.