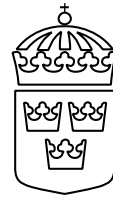


Regeringens proposition

2021/22:72



Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform

Prop.
2021/22:72

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 9 december 2021

Magdalena Andersson

Lena Hallengren
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

En reformering av primärvården har inletts, med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Regeringen föreslår i denna proposition att val av sådana utförare inom vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt (vårdcentraler och motsvarande vårdenheter) ska ske genom listning, dvs. genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter. Regionen ska vara skyldig att tillhandahålla ett elektroniskt system för listning av patienter (listningstjänst).

Listning ska få göras enbart hos utförare vars verksamhet bedrivs i en regions egen regi eller som har ett kontrakt med en region. Byte av utförare ska få göras högst två gånger under en period om ett år, om det inte finns särskilda skäl. Vårdgarantin ska gälla enbart där den enskilde är listad. Frågan huruvida vårdgarantin inom primärvården bör utvidgas till att även gälla när den enskilde har listat sig hos en utförare i någon annan region än hemregionen bör ses över.

Regionen ska på begäran av en utförare få besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren. Endast om det finns särskilda skäl ska regionen få avslå begäran helt eller delvis. Slutligen föreslås att regionens geografiska område ska få delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem samt att bestämmelserna om fast läkarkontakt ska förtydligas.

Prop. 2021/22:72 Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2022.

1	Förslag till riksdagsbeslut	5
2	Lagtext	6
2.1	Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	6
2.2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	8
3	Ärendet och dess beredning	11
4	En omställning av hälso- och sjukvårdssystemet mot en mer resursstark och tillgänglig nära vård	12
5	Patientens val av utförare utgör grunden för listning	17
6	Listningstjänst för vårdval.....	27
7	Patienten får byta utförare högst två gånger per år.....	33
8	Ickevalsalternativ för enskilda	39
9	Begränsning av antalet patienter som får vara listade hos en utförare.....	41
10	Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad	49
11	Tydligare krav på utförare i primärvården	53
12	Regionernas geografiska område ska få delas upp i delområden med separata vårdvalssystem	60
13	Vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården?	64
14	Ett mer nationellt primärvårdssystem	67
14.1	Nationella ersättningsprinciper för primärvården.....	67
14.2	Behov av översyn av riksavtalet och ersättningsnivåer i vissa fall	71
15	Nationell tillståndsprövning.....	73
16	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	75
17	Konsekvenser	75
17.1	Övergripande konsekvenser	75
17.2	Konsekvenser för regioner	77
17.3	Konsekvenser för staten	80
17.4	Konsekvenser för jämställdheten och de integrationspolitiska målen.....	80
17.5	Konsekvenser för privata vårdgivare och små företag.....	81
17.6	Övriga konsekvenser	82
18	Författningskommentar.....	82
18.1	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821).....	82
18.2	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	84

Prop. 2021/22:72	Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42).....	88
	Bilaga 2	Lagförslag i betänkandet (SOU 2019:42).....	98
	Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna (SOU 2019:42).....	102
	Bilaga 4	Sammanfattning av de delar av betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) som behandlas i lagrådsremissen.....	104
	Bilaga 5	Lagförslag i betänkandet (SOU 2018:39) som behandlas i lagrådsremissen	105
	Bilaga 6	Förteckning över remissinstanserna (SOU 2018:39).....	107
	Bilaga 7	Lagrådsremissens lagförslag	109
	Bilaga 8	Lagrådets yttrande	113
		Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 9 december 2021	115

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2021/22:72

Regeringens förslag:

1. Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821).
2. Riksdagen antar regeringens förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 §, 6 kap. 3 § och 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §¹

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 Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

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

2. *regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,*

3. *möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,*

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

5. vårdgarantin, och

6. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

6 kap.

3 §

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

Patienten ska få möjlighet att välja *och få tillgång till* en fast läkarkontakt *hos den utförare* inom primärvården *som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

9 kap.
1 §²

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

² Senaste lydelse 2019:964.

2.2 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 § och 9 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 7 kap. 3 a–3 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

3 §¹

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

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

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

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

Regionens geografiska område får delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem.

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

3 a §

Val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

Listning får göras endast hos

1. utförare i en regions egen regi, eller

2. utförare som med en region har ett kontrakt enligt 8 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihets-system eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Regionen ska tillhandahålla ett elektroniskt system för listningen (listningstjänst).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. listningstjänstens innehåll,
2. kösystem, och
3. val av utförare på annat sätt än genom listningstjänsten.

3 b §

Byte av sådana utförare som avses i 3 a § första stycket får göras högst två gånger under en period om ett år. Om det finns särskilda skäl får regionen dock medge fler byten.

3 c §

På begäran av en sådan utförare som avses i 3 a § första stycket får regionen besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren. Regioner får avslå begäran helt eller delvis endast om det finns särskilda skäl.

9 kap.

1 §²

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens 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. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första stycket 1 och 2 endast om den enskilde är listad hos utföraren.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) framhåller utredningen att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården.

På grund av remissinstansernas synpunkter gav regeringen den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen (numera regionerna), berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen tog namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Regeringen har beslutat om tre tilläggsdirektiv. Utredningen slutförde sitt uppdrag i januari 2021.

Utredningens första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) innehåller förslag till nya styrande principer för hälso- och sjukvården samt en första version av målbilden för omstruktureringen av hälso- och sjukvården. Den 25 januari 2018 beslutade regeringen propositionen Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti (prop. 2017/18:83). I propositionen behandlades förslagen i det första delbetänkandet. Förslagen har antagits av riksdagen (bet. 2017/18: SoU22, rskr. 2017/18:294) och lagändringarna trädde i kraft den 1 januari 2019.

Den 28 maj 2020 beslutade regeringen propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). I propositionen behandlades förslagen i utredningens andra delbetänkande God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) med undantag för de förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. Förslagen har antagits av riksdagen (bet. 2020/21:SoU2, rskr. 2020/21:61) och lagändringarna trädde i kraft den 1 juli 2021.

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att lämna förslag som syftar till att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård (dir. 2017:128). Analysen skulle omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, regionernas ersättningssystem, vårdvalssystemen, användandet av inhyrd personal, tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården samt socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion. Utredningen skulle också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen antog namnet Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08). Regeringen har beslutat om tre tilläggsdirektiv. Genom ett av dessa (dir. 2018:14) fick utredaren i uppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för s.k. nätdoktorer ska skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.

I juni 2018 lämnade utredningen delbetänkandet Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning (SOU 2018:55). Delbetänkandet behandlade bl.a. utgångspunkterna för

mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande.

Utredningens slutbetänkande Digifysiskt vårdval – tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42) innehåller förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen i form av ett reformpaket för en integrerad digifysisk vårdvalsreform.

I denna proposition behandlas förslagen i slutbetänkandet SOU 2019:42, förutom förslaget om en nationellt reglerad patientavgift i primärvården. En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Betänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remitterats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2019/04058).

I propositionen behandlas även de förslag om fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet som utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård lämnade i delbetänkandet SOU 2018:39. En sammanfattning av dessa delar av betänkandet finns i *bilaga 4*. Betänkandets lagförslag i dessa delar finns i *bilaga 5*. Betänkandet har remitterats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 6*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2018/03436).

Riksdagen har tillkännagett för regeringen det som utskottet anfört om att säkerställa patienternas rätt till en fast läkarkontakt (bet. 2017/18:SoU26 punkt 5, rskr. 2017/18:406). Tillkännagivandet behandlas i avsnitt 5. Regeringen bedömer att tillkännagivandet är tillgodosett och därmed slutbehandlat.

Lagrådet

Regeringen beslutade den 3 november 2021 att inhämta Lagrådets yttrande över de lagförslag som finns i *bilaga 7*. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 8*. Lagrådets förslag behandlas och bemöts i avsnitten 5, 7 och 12 och i författningskommentaren. Regeringen följer i huvudsak Lagrådets förslag.

4 En omställning av hälso- och sjukvårdssystemet mot en mer resursstark och tillgänglig nära vård

Svensk hälso- och sjukvård uppvisar goda medicinska resultat i internationella jämförelser, vilket fortsatt ska värnas. Samtidigt visar olika undersökningar att vården inte lever upp till människors förväntningar avseende bl.a. tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet, jämfört med andra länder. Detta bekräftas även i olika nationella uppföljningar. Allt fler patienter väntar betydligt längre än vårdgarantins tidsgränser samtidigt som vårdgivarna har utmaningar med att bemanna verksamheterna med rätt kompetens. Den rådande pandemin till följd av spridningen av covid-19 har dessutom medfört att planerade åtgärder har fått ställas in, vilket i sin tur lett till ökade köer och väntetider i vården.

Bristande tillgänglighet till primärvården medför flera risker och negativa konsekvenser på olika plan. Den största risken är att befolkningen inte får rätt vård i rätt tid. Bristande tillgänglighet riskerar dock att även på ett mer övergripande samhällsligt plan minska förtroendet för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet.

Redan 2016 konstaterade regeringens nationella samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården 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. Enligt betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) verkar det vara accepterat att man vänder sig till akutmottagningen även i de fall där vårdcentralen skulle vara ett bättre alternativ. Vidare gjorde samordnaren bedömningen att den svenska primärvårdens funktion är alltför svag och begränsad 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 regionernas hälso- och sjukvård samt kommunernas sjukvård och socialtjänst. Regeringen konstaterade därför att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. En särskild utredare gavs därför i mars 2017 i uppdrag att stödja dåvarande landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24).

För att klara de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför måste framtidens hälsosystem ha en stark primärvård som bas. En fortsatt förstärkning och utveckling av primärvården är därför nödvändig, inte minst eftersom den mot bakgrund av exempelvis ökad multisjuklighet och en ökande andel äldre i befolkningen har fått allt svårare att klara uppdraget som första linjens vård.

En förstärkning av primärvården genomförs

För att hälso- och sjukvården ska kunna ställa om så att primärvården utgör navet i svensk hälso- och sjukvård krävs att vissa centrala förutsättningar är uppfyllda. I propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) slår regeringen bl.a. fast att målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt. Inom ramen för den övergripande inriktningen för en nära och tillgänglig vård har regeringen även formulerat tre inriktningsmål, nämligen att tillgängligheten till primärvården ska öka, patienten ska bli mer delaktig i en personcentrerad vård och att kontinuiteten i primärvården ska öka.

Ytterligare exempel på åtgärder som regeringen har vidtagit med fokus på primärvårdsreformen är de årliga överenskommelserna mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om God och nära vård – En omställning av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården mellan 2019–2021. Överenskommelserna omfattar årligen ca 3 miljarder kronor för stöd till omställningen i vården och därtill ytterligare ca 3 miljarder kronor för satsningar på förbättrade förutsättningar för personalen i hälso- och sjukvården.

Trots att det pågår en omställning av hälso- och sjukvården och regeringen har genomfört ekonomiska satsningar på primärvården under flera år, har primärvårdens andel av hälso- och sjukvårdens kostnader inte ökat totalt sett (SOU 2019:42). Visserligen är omställningen ett långsiktigt arbete, men det är viktigt att primärvården framgent prioriteras i högre grad än i dag.

Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård (S2019/03056 och S2020/03319). I uppdraget ingår att följa upp, analysera och rapportera hur omställningen i regionerna och kommunerna utvecklas. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i uppdrag att utvärdera omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård ur ett system- och patientperspektiv (S2020/03320).

Regeringen har även tillsatt en utredning som ska se över förutsättningarna för en sammanhållen god och nära vård för barn och unga (dir. 2019:93). Syftet med uppdraget är att uppnå en mer likvärdig vård som innefattar förebyggande och hälsofrämjande insatser för barn och unga i hela landet. Syftet är också att genom insatser inom den nära vården för barn och unga som lider av psykisk ohälsa avlasta den specialiserade barn- och ungdomspsykiatrin, BUP. Utredningen lämnade i maj 2021 sitt delbetänkande Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unga (SOU 2021:34). Utredningen presenterade den 6 oktober sitt slutbetänkande Börja med barnen! Följ upp hälsa och dela information för en god och nära vård (SOU 2021:78).

Primärvården i landsbygdsområden

En särskild utmaning ligger i att göra primärvården tillgänglig i alla delar av landet, även de mest glest befolkade. Tyvärr finns en rad utmaningar med att bedriva primärvård i landsbygd. Vårdcentraler på landsbygden har ett mindre potentiellt patientunderlag och hembesök kan ta längre tid på grund av långa avstånd, vilket innebär att verksamheterna inte sällan dras med underskott. Även kompetensförsörjningen utgör en utmaning genom att det är svårare att rekrytera i glest befolkade delar av landet. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård ser svårigheter med att rekrytera personal med rätt kompetens till vården, vilket hänger samman med en försummelse av glest befolkade områden som leder till minskad närvaro av service som i sig gör området mindre attraktivt att bo i. Kostnadsutjämningsutredningen (SOU 2018:74) noterade att kostnader för inhyrd personal i hög grad samvarierar med en glesbygdsfaktor. Ändringar i kostnadsutjämnningen som trädde i kraft 1 januari 2020 innebar bl.a. en

ökad kompensation för merkostnader för glesbebyggelse inom utjämningen för hälso- och sjukvård.

Regeringen anser att det är viktigt att kunna stödja omställningen i de delar av landet som på grund av bland annat långa avstånd har särskilt svårt att bemanna enheter och organisera vården så att den kommer närmare befolkningen (prop. 2019/20:164). Bland annat är utvecklingen av den digitala vården en mycket viktig faktor för en mer tillgänglig vård på landsbygden.

Regeringen har avsatt medel inom ramen för överenskommelsen God och nära vård 2021 för insatser för att förbättra möjligheten att bedriva primärvård på landsbygden. Regeringen har även gett Socialstyrelsen och Konkurrensverket i uppdrag att undersöka små utförares möjlighet att verka i primärvården. Uppdraget innefattade en kartläggning av hur möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans delta i ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, respektive gemensamt delta i en upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, tillämpas i primärvården. Socialstyrelsen redovisade i maj 2021 uppdraget (S2020/03318) och konstaterade att det inte förekommer att flera privata utförare ingår gemensamt avtal med regioner om att bedriva primärvård. Kartläggningen visar inte på några behov av författningsförslag med syfte att förenkla för mindre enheter att i samverkan med andra erbjuda sina tjänster i primärvården. Vidare har Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga hur tillgänglighet, såväl fysisk som annan, och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder ser ut i dag och analysera hur denna kan utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (S2020/06224).

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har haft i uppdrag att se över hur läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi kan integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvalssystem samt i övrig öppen vård (SOU 2020:19).

Regeringen kommer att fortsätta utveckla och stärka insatserna för att göra primärvården tillgänglig i hela landet.

Det finns fortsatt stora skillnader i primärvården

Sverige är en enhetsstat med en långtgående självstyrelse för kommuner och regioner. Den kommunala självstyrelsen innebär bl.a. att verksamhet kan anpassas till de skiftande förutsättningarna i olika delar av landet, till exempel vad gäller demografi, geografi och arbetsmarknad. Den kommunala självstyrelsen innebär med nödvändighet variation. Ett flertal studier har dock visat på skillnader i primärvårdens innehåll mellan olika regioner som medför att hälso- och sjukvårdens grundläggande principer om likvärdig vård för alla och prioritering av de svårast sjuka inte har uppfyllts. Denna bild bekräftas även i Socialstyrelsens kartläggning Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade (2016) där myndigheten observerar en

variation mellan regionerna i hur primärvårdens kärnuppdrag är formulerat och vad som ingår i uppdraget.

Den 1 juli 2021 infördes en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag. Ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården är framför allt att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag. Bestämmelsen skapar också en överskådlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning kan även bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vården och omsorgen (prop. 2019/20:164).

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård som en del av primärvården

Kommunalt finansierad hälso- och sjukvård – dvs. bl.a. sådan hälso- och sjukvård som ges i särskilda boendeformer eller som efter avtal med regionen ges i patienternas egna hem – är huvudsakligen vård som ges på primärvårdsnivå. Primärvård är således ett ansvar för både regioner och kommuner. Enligt regeringens bedömning, bl.a. i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164), har den kommunala hälso- och sjukvården, som står för cirka en fjärdedel av kostnaderna för hälso- och sjukvården, ofta till multisjuka och äldre patienter, en nyckelroll i utvecklingen till en mer nära vård. Samverkan mellan regioner och kommuner och ett ökat fokus på den kommunala hälso- och sjukvården är därför centralt för att uppnå en god och nära vård.

Den kommunala hälso- och sjukvården är som nämnts central i primärvården och behovet av förstärkt samverkan mellan regioner och kommuner har aktualiserats inte minst på grund av den pågående pandemin. För 2020 avsatte regeringen 500 miljoner kronor, av drygt 3 000 miljoner kronor, till kommunerna för att stötta omställningen till en nära vård. Regeringen har bl.a. för att stötta insatser för förbättrade förutsättningar för samverkan mellan regionerna och kommunerna tillfört 1 miljard kronor till den kommunala hälso- och sjukvården för 2021.

Inom kommunal hälso- och sjukvård och omsorg arbetar ett stort antal undersköterskor och vårdbiträden, och kompetensförsörjning av bl.a. dessa yrkesgrupper är en utmaning som kommer bli ännu mer påtaglig i framtiden. I syfte att stärka kvaliteten och säkerheten inom vården och omsorgen har regeringen beslutat om en proposition med förslag om att införa en skyddad yrkestitel för undersköterskor (prop. 2020/21:175). Detta bedöms bidra till att öka kompetensen och göra den mer likvärdig över hela landet, vilket kommer att medföra positiva effekter bl.a. inom äldreomsorgen. Förslagen har antagits av riksdagen (bet. 2020/21: SoU30, rskr. 2020/21:376) och lagändringarna träder i kraft den 1 juli 2023.

Regeringen har även beslutat att ge en särskild utredare i uppdrag att föreslå en äldreomsorgslag och att lämna förslag på hur den medicinska kompetensen kan stärkas i verksamheten samt, vid behov, på den

kommunala ledningsnivån (dir. 2020:142). Regeringen konstaterar i direktiven till utredaren att tillgången till medicinsk kompetens behöver stärkas inom äldreomsorgen och att det dels kan handla om att stärka och öka sjuksköterske- och läkarmedverkan inom äldreomsorgen för de äldre i behov av hälso- och sjukvård, dels om att säkerställa att äldre i särskilt boende kan få ta del av god och säker hälso- och sjukvård i sin bostad när behov uppstår. Vikten av detta lyfts även i Coronakommissionens delbetänkande (SOU 2020:80).

Omställningen mot en nära vård behöver fortsätta

En reformering av primärvården har inletts med särskilt fokus på tillgänglighet, delaktighet och kontinuitet. Målet med omställningen är att patienten ska få en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten ska vara delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Tillsammans med propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform (prop. 2019/20:164) utgör förslagen som presenteras i denna proposition grunden för kommande arbete i den pågående reformeringen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

5 Patientens val av utförare utgör grunden för listning

Regeringens förslag: Val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

I patientlagen ska det införas en hänvisning till bestämmelserna om val av utförare genom listning i hälso- och sjukvårdslagen. Det ska vidare förtydligas att patienten inte bara ska få välja en fast läkarkontakt utan även få tillgång till en sådan, samt information om denna möjlighet. Den fasta läkarkontakten ska finnas hos den utförare inom primärvårdens vårdvalssystem som patienten valt genom listning.

Utredningens förslag (SOU 2018:39): Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår ett tillägg i 7 kap. 3 § första stycket HSL om att den fasta läkarkontakten ska finnas hos den valda utföraren i det som utredningen benämner Vårdval primärvård. I bestämmelserna om fast läkarkontakt i patientlagen (2014:821) föreslås motsvarande tillägg.

Remissinstanserna: Remissutfallet är blandat. Ett tjugotal instanser, däribland *Region Kalmar län*, *Region Kronoberg*, *Region Stockholm*, *Riksföreningen för MAS och MAR*, *Riksförbundet HjärtLung*, *SPF*

Seniorerna, Stockholms kommun, Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska läkaresällskapet (SLS), Sveriges yngre läkares förening (SYLF), Säfte kommun och Västra Götalandsregionen tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget att förtydliga att patienten ska få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården samt informeras om denna möjlighet. Många remissinstanser lyfter allmänt vikten av kontinuitet, t.ex. *Region Blekinge, Region Dalarna, Region Halland, Region Jönköpings län, Funktionsrätt Sverige, Uppsala kommun* och *Vårdförbundet*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys lyfter att det råder brist på specialister i allmänmedicin i primärvården och att en stor del av läkarna är inhyrda eller anställda under en begränsad tid. Myndigheten anser att det därför är tveksamt om ett förtydligande i lagstiftningen kommer att leda till att fler får tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården. Även *Socialstyrelsen, SLS, Vårdförbundet* och *Region Örebro län* uttrycker att det är överflödigt att förtydliga möjligheten till fast läkarkontakt eller ifrågasätter vilken effekt ett språkligt förtydligande av lagtexten kan få på möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt.

Flera instanser, såsom *Region Jämtland Härjedalen, Sjuksköterskor i cancervård, Region Stockholm, Svensk sjuksköterskeförening* och *Region Uppsala* betonar att tillgång till andra vårdprofessioner än läkare är centralt för att skapa god primärvård. För att klara behovet av fast läkarkontakt lyfter flera instanser vikten av faktorer som kompetensförsörjningen, arbetssätten och arbetsmiljön, t.ex. *Region Blekinge, Region Dalarna, Region Kalmar län* och *Region Norrbotten*.

Region Norrbotten avstyrker förslaget och uttrycker att fast läkarkontakt för hela befolkningen inte är genomförbart i hela landet utifrån tillgänglig läkarbemanning. *Finspångs kommun* och *Gotlands kommun* uttrycker att förslaget är svårt att leva upp till i praktiken.

Endast ett fåtal instanser uttalar sig om förslaget att den fasta läkarkontakten i primärvården ska finnas hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten har valt. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* tillstyrker förslaget. SLS uttrycker att man inte uppfattat att det har varit ett problem att det inte klart framgår att den fasta läkarkontakten ska finnas hos den utförare som patienten har valt, utan bedömer att det närmast får betraktas som självklart.

Utredningens förslag (SOU 2019:42): Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår ett tillägg i 7 kap. 3 § första stycket HSL om att den enskilde ska kunna välja utförare genom att lista sig hos utföraren samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos denne. I patientlagen föreslås tillägg om att patienten ska få välja fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården där patienten är listad samt en ny bestämmelse om att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som yttrar sig specifikt över förslagen tillstyrker eller har inga invändningar. Bland dem som tillstyrker finns *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen, Upplandsmäsus kommun, Upphandlingsmyndigheten*, ett stort antal regioner, *Landsorganisationen i Sverige, Vårdföretagarna, Svensk förening för glesbygdsmedicin, Funktionsrätt Sverige, SPF Seniorerna, Kommunal* och *Riksförbundet HjärtLung*.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser värdet av att skapa ett nationellt listningssystem. Socialstyrelsen bedömer att begreppet listning är relevant att införa i den rättsliga regleringen eftersom begreppet används frekvent hos regionerna. *Västra Götalandsregionen, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Skåne, Region Sörmland* och Funktionsrätt Sverige är positiva till införandet och stärkandet av begreppet listning i lagstiftningen. *Region Kalmar län* ser positivt på att listningen regleras i lag och att invånaren ska kunna välja sin fasta läkarkontakt för att skapa kontinuitet, trygghet och en ökad patientsäkerhet. Det skulle inte ändra något i det arbetssätt regionen har i dag men det skulle innebära en nationell likriktighet och skapa förutsättningar för en bättre samverkan mellan regionerna. *Region Kronoberg* anför att det är bra att listning införs i lagstiftningen och att det handlar om att lista sig på utförarnivå, dvs. en vårdcentral. *Region Halland* står bakom förslaget om att listning ska ske på utförare och inte på läkare. SKR framför att en begränsning av valfriheten till listning visserligen skulle kunna skapa både bättre kontinuitet och planeringsförutsättningar för huvudmannen och utföraren men även innebära att patientens valfrihet begränsas. SKR menar vidare att om begreppet listning ska användas i lagstiftningen måste det tydligt definieras vad det innebär så att begreppet inte sammanblandas med fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt.

Svenska Läkaresällskapet, *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)*, *Delegationen för Medicinsk Etik (DME)* och *Svenska Distriktsläkarföreningen* välkomnar förslaget om listning men anser att listning ska ske på läkare och inte på utförare. SFAM konstaterar att utredningen – trots återkommande resonemang om betydelsen av relationell kontinuitet och fördelarna för patienten med att välja en fast läkarkontakt – ändå väljer att förorda listning på utförare i stället för på person, trots att denna strategi inte lyckats främja kontinuitet i svensk primärvård.

Region Jämtland Härjedalen anser att det i grunden är positivt för befolkningen att ha en fast läkarkontakt, i synnerhet för personer med en eller flera kroniska sjukdomar. Lagstiftningen kan däremot bli svår att leva upp till då fasta läkare inte förekommer på ett flertal ställen inom regionen. *Region Norrbotten* menar att utredningens betoning på fast läkarkontakt inte är ändamålsenlig, dels utifrån den bristande tillgången på allmänläkare, dels utifrån den kompetens- och uppgiftsväxling som görs inom primärvården för att bättre nyttja personalresurserna. *Region Väster-norrland* påpekar att i ett norrländskt perspektiv där andelen inhyrda läkare är stor, blir valet av fast läkarkontakt ett problem. För att skapa kontinuitet förespråkar regionen i stället att patienten ska få en fast vårdkontakt. En fast vårdkontakt bör särskilt fokuseras till patienter med kroniska sjukdomar och andra patientgrupper som har behov av regelbundna besök.

Bland de remissinstanser som avstyrker förslaget finns *KRY, Min Doktor* och *Doktor.se*. Företagen anser att förslaget om listning kraftigt skulle begränsa friheten för patienter att välja vårdgivare. Vidare avstyrker nämnda instanser att patienter ska knytas till fast läkare och framför att kontinuitet inte måste vara knuten till en fysisk plats eller en specifik läkare. Om patienter i individuella fall önskar knytas till namngiven enskild kliniker, bör det vara individuellt behovsprövat för att undvika undanträngningseffekter. Företagen bedömer även att med nuvarande och

förmodad framtida kompetensförsörjning kommer det inte vara möjligt för alla invånare att ha en namngiven fast läkare.

Vårdförbundet avstyrker användningen av begreppet listning med hänvisning till den tidigare husläkarreformen. Förbundet menar att begreppet motverkar nytänkande i form av personcentrerad vård med kontinuitet och tillgänglighet. Vidare är förbundet tveksamt till att alla individer ska välja utförare i primärvården men anför samtidigt att om förslaget kan leda till ökad kontinuitet för patientens behov och önskemål kan de se fördelar med det.

Skälen för regeringens förslag

Sedan 2010 är det obligatoriskt för regionerna att ha vårdvalssystem i primärvården så att alla som omfattas av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (7 kap. 3 § första stycket HSL).

Enligt betänkandet SOU 2019:42 har kontinuiteten i vården varit fortsatt låg även efter vårdvalssystemets införande, t.ex. mätt som tillgången till fast läkarkontakt i primärvården. Det finns vissa indikationer på en något försämrad kontinuitet, vilket kan förklaras av ett ökat utbud som inte har följts åt av en förstärkning av personalen. Detta har enligt utredningen drivit på konsumtionen av vård men inte skapat bättre förutsättningar att organisera arbetet utifrån att personalen kan ta ett ansvar för "sina" patienter.

Patienten ska välja utförare genom att lista sig hos utföraren

En nyckelfaktor för att uppnå en behovsbaserad, patientcentrerad och effektiv vård är att åtgärda de stora bristerna i kontinuiteten i vården. I synnerhet för dem som har störst behov, oftast personer med flera kroniska sjukdomar, är det viktigt med kontinuitet. Även för andra grupper gynnar kontinuitet kvalitet och ofta även effektivitet. En långvarig relation gör det enklare att upptäcka förändringar i hälsotillståndet, såväl hos barn som hos vuxna. För patienter som söker vård vid ett stort antal tillfällen för olika besvär kan en fast läkarkontakt bidra till ökad kvalitet och trygghet i vården. Det finns också en tydlig jämlikhetsaspekt eftersom socioekonomiskt svagare grupper har svårare att få kontinuitet i vården.

I betänkandet SOU 2019:42 görs bedömningen att vårdvalssystemen i ökad utsträckning behöver utgå från långsiktighet och kontinuitet. En central fråga i ett valfrihetssystem är om patientens val av utförare i sig innebär att patienten även knyts till utföraren på något sätt. I dag kan patienten utan begränsning välja och byta utförare utan att val eller byte i sig innebär något för patienten. Patienten väljer i praktiken utförare vid varje kontakttillfälle i stället för att valet av utförare sker på förhand genom att patienten listar sig där. Det finns inga krav på att patienten ska hålla fast vid sitt val och det erbjuds inte heller några särskilda fördelar till den patient som gör ett val. När det gäller modellerna för ersättning till utförarna inom primärvården är i stället huvudprincipen att patienten ska listas hos en enda utförare. Utföraren ges tydliga incitament för att patienten inte ska vilja gå till någon annan utförare. Detta innebär enligt utredningen i praktiken två system som inte understöder varandra. Utredningen anser att det ena drar mot en mer konsumtions- och efterfrågebaserad primärvård och det andra

mot en mer kontinuitets- och behovsbaserad primärvård. Trots att styrningen som huvudprincip utgår från att patienten listar sig är det enligt utredningen tydligt att tolkningen hittills har varit att patientens val har företräde, även när resultatet av valfriheten blir att patientsäkerheten riskeras (se även avsnitt 9).

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att patientens valfrihet i primärvården bör ges en ny form, där patienten väljer utförare av hälso- och sjukvårdstjänster inom vårdvalssystem genom att på förhand lista sig hos en utförare. Regeringen ställer sig bakom förslaget, som förväntas ge bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet för patienten samt nödvändig stabilitet, planeringsmöjligheter och förutsägbarhet för verksamheterna inom hälso- och sjukvården. Genom att listning, till skillnad från i dag, enbart ska kunna ske hos en enda utförare undanröjs även eventuella oklarheter om det medicinska ansvaret för patienten.

KRY, Min Doktor och Doktor.se anser att förslaget kraftigt begränsar friheten för patienter att välja vårdgivare. Regeringen vill påpeka att förslaget i sig inte hindrar att patienten t.ex. akut vänder sig till någon annan utförare än den där han eller hon är listad.

Listning bör även ske hos den fasta läkarkontakten

Flera professionsföreningar anser att listning bör ske hos läkare och inte på utförarnivå. Enligt utredningen sker den administrativa listning som förekommer redan i dag främst på utförarnivå. Detta kan sägas ligga i linje med lagstiftningen som innebär att patienten ska kunna välja utförare inom primärvården. Inte helt sällan förekommer det att verksamheten väljer att ordna arbetet så att varje läkare har "sin egen" lista med patienter. Utgångspunkterna för sådana arrangemang kan variera något men verkar enligt utredningen ofta omfatta patientsäkerhet, effektivitet, arbetsmiljö och arbetstillfredsställelse. Regeringen bedömer att det genom en egen lista skapas möjligheter för läkaren att arbeta utifrån relationell kontinuitet, vilket kan öka både patientsäkerheten, kvaliteten och effektiviteten. En egen lista med patienter kan också öka tillfredsställelsen i arbetet genom att ge en mer överblickbar och förutsebar arbetssituation och ett tydligare ansvarstagande.

Det lagstadgade listningskravet bör gälla på utförarnivå. Även om listning således formellt ska ske hos utföraren är ambitionen med förslaget dock att patienten i praktiken ska listas hos sin fasta läkarkontakt. Regeringen ser därför positivt på att utförare organiserar sin verksamhet så att varje läkare har sin egen lista med patienter.

Socialstyrelsen har i uppdrag att utforma ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt (S2020/03319).

Förslagen som rör listning hos utförare bör endast gälla vårdcentraler och motsvarande vårdenheter

Den lagändring som är grundläggande för förslagen i SOU 2019:42 är ett förslaget tillägg i 7 kap. 3 § första stycket HSL om att regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens 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. Det förslaget får enligt sin ordalydelse endast anses gälla utförare där det finns fasta läkarkontakter, dvs. vårdcentraler, hälso-centraler, husläkarmottagningar och motsvarande vårdenheter. Flera av de övriga förslagen ansluter till den nämnda ändringen genom att de också utgår från att patienter listar sig hos utförare. Utredningen talar också i flera relevanta sammanhang om ”vårdcentraler” i betydelsen utförare i vårdvalssystem. Mot denna bakgrund gör regeringen bedömningen att samtliga av utredningens förslag som rör listning hos utförare får anses avse enbart utförare där det finns fasta läkarkontakter. Denna begränsning bedöms relevant och rimlig och bör tydliggöras i lagstiftningen.

Avgränsningen till vårdcentraler och motsvarande vårdenheter uttrycktes i lagrådsremissens lagförslag som ”sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt”. *Lagrådet* anför att det är vårdvalssystemet och inte utföraren som är av det slaget ”att enskilda där kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt”, vilket innebär att ordet ”sådan” ska flyttas och placeras före ordet vårdvalssystem. Enligt regeringens mening skulle emellertid den föreslagna ändringen innebära att även utförare där det inte finns några fasta läkarkontakter i lagens mening, dvs. t.ex. mottagningar för mödravård, måste kunna väljas genom listning. Eftersom detta inte är regeringens avsikt bör denna justering inte göras.

Lagrådet anför vidare att det är naturligare att uttrycka det så att patienten först väljer och därefter får tillgång till läkarkontakten och föreslår därför en ändrad ordningsföljd mellan valet av och tillgången till den fasta läkarkontakten såväl i den nya bestämmelsen om listning som i gällande bestämmelse om vårdvalssystem i 7 kap. 3 § första stycket HSL. Regeringen delar Lagrådets uppfattning att bestämmelserna bör justeras på det sätt som föreslås.

Nya bestämmelser bör införas om val av utförare genom listning

Principen att den enskilde ska kunna välja vårdcentral eller motsvarande slags vårdenhet genom att lista sig där bör för tydlighets skull framgå av en separat ny bestämmelse, 7 kap. 3 a § första stycket HSL. Avsikten är att den enskilde ska kunna lista sig hos vårdcentraler överallt i landet men endast hos en i taget. Liksom *Lagrådet* anser regeringen att bestämmelsen bör utformas så att det framgår att den enskilde inte får vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

Det får anses relevant att använda uttrycket ”listning” i författningstexten. Uttrycket började användas redan före husläkarreformen och är välkänt och väl inarbetat och ett uttryck som både patienter, vårdgivare och huvudmän i praktiken använder sig av trots att det inte förekommer i lagstiftningen i dag. Regeringen bedömer dock att det bör införas en definition av begreppet listning i den nya bestämmelsen.

Sammantaget föreslås bestämmelsen därmed få följande lydelse: Val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

Förslaget innebär inte att regionerna förhindras att ha system för listning även för val av andra utförare än vårdcentraler och motsvarande vårdenheter, dvs. utförare där det inte förekommer någon fast läkarkontakt som den enskilde kan välja, som exempelvis mottagningar för mödravård, barnhälsovård, logopedi, fysioterapi och rehabilitering. Regionerna kan på frivillig väg välja att organisera primärvården på det sättet.

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska en patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. I betänkandet SOU 2019:42 föreslås att det närmast efter denna bestämmelse ska införas en ny paragraf om att patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren. Att patienten ska välja utförare genom listning föreslås i denna proposition framgå av den nyss nämnda nya bestämmelsen i 7 kap. 3 a § HSL. Regeringen gör bedömningen att samtliga förslag som rör listning så långt möjligt bör regleras i en och samma lag, HSL, samt att det är tillräckligt att det i patientlagen informeras om att det i HSL finns bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning. En sådan upplysningsbestämmelse föreslås därför införas som ett nytt andra stycke i 9 kap. 1 § patientlagen. Placeringen innebär att det blir tydligt att patientens val av utförare ska ske genom listning oavsett om den valda vårdcentralen drivs av eller har kontrakt med hemregionen eller någon annan region.

Förslaget att patientens val av vårdcentral eller motsvarande vårdenhet inom vårdvalssystemen ska ske genom listning innebär en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslaget anses dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet, dvs. att ge bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet för patienten samt nödvändig stabilitet, planeringsmöjligheter och förutsägbarhet för verksamheterna inom hälso- och sjukvården. Regeringen bedömer inskränkningen i den kommunala självstyrelsen som proportionerlig och därmed godtagbar.

Förtydliganden m.m. om fast läkarkontakt bör göras i patientlagen

I prop. 2019/20:164 (s. 31) konstaterar regeringen att det både i betänkandet SOU 2018:39 och i betänkandet SOU 2019:42 lämnas förslag som rör fast läkarkontakt i relation till utföraren inom vårdvalet. I propositionen anges att regeringen avser att lägga förslag som förstärker skyldigheten för regionerna att informera om och erbjuda en fast läkarkontakt samt patientens möjlighet att få en sådan. Det bedöms att förslagen bör hanteras samlat inom ramen för beredningen av det sistnämnda betänkandet.

För regeringen är det mycket angeläget att alla som vill ha en fast namn-given läkarkontakt ska kunna få det. Ett av målen med primärvårdsreformen är att kontinuiteten i primärvården ska öka. Kärnan i kontinuiteten ska vara en fast läkarkontakt för alla patienter som vill ha det (prop. 2019/20:164 s. 27 f.).

Redan i dag följer det av 7 kap. 3 § HSL att regionerna är skyldiga att organisera sin primärvård så att det finns förutsättningar för alla som omfattas av regionens hälso- och sjukvårdsansvar att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Skyldigheten att erbjuda fast läkarkontakt gäller även utan att någon sådan efterfrågas av patienten. I 6 kap. 3 § patientlagen anges att patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom

primärvården. Av 3 kap. 2 § samma lag följer att patienten ska bli informerad om denna möjlighet vid sin kontakt med vården. Det kan noteras att regleringen om fast läkarkontakt bara gäller för primärvård som bedrivs med en region som huvudman. Regionen är huvudman för offentligt finansierad primärvård även om driften har överlåtits till en privat utförare. Privata vårdgivare utan offentlig finansiering faller däremot utanför regleringen.

Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys tycker drygt åtta av tio personer att det är viktigt att få träffa samma person vid varje vårdbesök när de besöker en vårdcentral, men bara hälften så många anser att de faktiskt får göra det. Myndigheten konstaterar att 32 procent av befolkningen har någon form av fast kontakt vid sin vårdcentral. En fast läkarkontakt uppges 26 procent av befolkningen ha. Av dem som har flera långvariga sjukdomar uppges drygt 40 procent att de har en fast läkarkontakt (Fast kontakt i primärvården, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021).

En orsak till resultaten kan vara att det inte finns tillräckligt många läkare i primärvården för att kunna erbjuda en fast läkarkontakt. Andra bidragande orsaker skulle t.ex. kunna vara att regleringen i patientlagen inte lyfts tillräckligt i regionernas förfrågningsunderlag i vårdvalssystemet för primärvården och därför inte är tillräckligt känd hos patienter och vårdpersonal.

En fast läkarkontakt i primärvården ger förutsättningar för en sammanhållen planering av utredning och behandling. Det minskar risken för onödiga undersökningar och behandlingar. Läkaren får en bättre överblick över pågående aktiviteter. En tillitsfull relation kan även minska patientens önskan att söka vård vid vissa tillfällen eller vid platser där adekvat vård för patientens aktuella tillstånd inte kan ges, t.ex. nattetid på akutmottagningen. Dessutom ger en tillitsfull relation bättre förutsättningar för patienten att ta upp potentiellt känsliga ämnen som kan ha betydelse för hälsan.

Avsaknad av fast läkarkontakt i primärvården gör att patienter går miste om både informations- och relationskontinuitet i vården. Detta är viktigt för många patienter, inte minst de med kroniska sjukdomar och/eller komplexa vårdbehov. Patienten får upprepa sin sjukdomshistoria flera gånger vilket kan försvåra både kommande utredning och behandling. Det försämrar även förutsättningarna för en god samverkan mellan olika professioner inom primärvården och med andra delar av hälso- och sjukvården.

Det är sannolikt att personer med kroniska sjukdomar och komplexa vårdbehov upplever ett större behov av att bygga en långsiktig relation med en namngiven läkare i primärvården. Det kan även finnas patienter eller patientgrupper som av andra skäl vill ha en fast läkarkontakt. Även vid mer sporadiska kontakter kan förebyggande åtgärder, t.ex. avseende livsstilsförändringar, underlättas av att patienten har möjlighet att återkommande få träffa samma läkare.

Mot bakgrund av att relativt få patienter i dag har en fast läkarkontakt bör det, såsom föreslås i betänkandet SOU 2018:39, förtydligas i 6 kap. 3 § patientlagen att patienten inte bara ska få välja utan även få tillgång till en fast läkarkontakt inom primärvården. För att patienten ska kunna ta tillvara möjligheten till en fast läkarkontakt är det nödvändigt att patienten får information om att denna möjlighet finns. Motsvarande förtydligande

bör därför även införas i bestämmelsen i 3 kap. 2 § patientlagen om vilken information som ska lämnas till patienten. Regeringen ställer sig bakom *Lagrådets* förslag att ändra ordföljden mellan valet av och tillgången till den fasta läkarkontakten även i de nämnda paragraferna i patientlagen.

I de båda betänkandena föreslås olika tillägg i de nämnda paragraferna om hos vilken utförare som den fasta läkarkontakten ska finnas. Regeringen föreslår däremot, i konsekvens med övervägandena ovan, att det ska framgå av 6 kap. 3 § patientlagen att den fasta läkarkontakten ska finnas hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt den nya bestämmelsen i 7 kap. 3 a § HSL. Något motsvarande tillägg behövs dock inte i informationsbestämmelsen i 3 kap. 2 § patientlagen.

Andelen av befolkningen med fast läkarkontakt ska öka

Flera remissinstanser ställer sig tveksamma till behovet och effekten av att i patientlagen göra ett språkligt förtydligande om att den enskilde förutom att få välja en fast läkarkontakt även ska få tillgång till en sådan. Instanserna lyfter i stället faktorer som kompetensförsörjning och förbättrad arbetsmiljö som angelägna för att öka antalet fasta läkarkontakter. *KRY, Min Doktor* och *Doktor.se* anför att möjligheten till fast läkarkontakt bör vara individuellt behovsprövad.

Regeringen vidhåller att det är viktigt att huvudmannen organiserar primärvården så att det skapas förutsättningar för alla som vill ha en fast läkarkontakt att få en sådan. Det är också angeläget att den enskilde i så stor utsträckning som möjligt faktiskt får träffa den valda läkarkontakten vid sina besök i vården. Samma krav måste ställas såväl på primärvårdsverksamhet som bedrivs i egen regi som på andra driftsformer. För personer med komplexa behov, såsom multisjuka äldre eller personer med kroniska sjukdomar, kan behovet av kontinuitet i form av en fast läkarkontakt vara extra stort. Regeringen förutsätter att den som har störst behov av en fast läkarkontakt i primärvården också får en sådan (jfr prop. 2019/20:164 s. 29). Samtidigt uppfattas bristen på specialister i allmänmedicin vara ett problem som har gjort det svårt för regionerna att säkra bemanningen. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Allmän tillgång (2018) framgår att det är brist på läkare och stora geografiska skillnader i tillgången till fast läkarbemanning i primärvården. Omkring hälften av vårdcentralerna har vakanser enligt rapporten, och var femte läkare är hyrläkare eller vikarie. Vårdcentraler i glesbygd har lägre andel fast anställda och uppvisar ett större behov av hyrläkare och vikarier. I dag räcker inte antalet läkare i primärvården till för att alla som vill ska kunna få tillgång till en fast läkarkontakt.

Förslaget om ett förtydligande av möjligheten för patienten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt behöver därför kombineras med ett fokus på bemanning och kompetensförsörjning. Regionerna svarar för tillsättning av ett tillräckligt antal ST-tjänster i allmänmedicin för att fylla behoven. Vidare har regeringen under 2019–2021 beslutat om flera satsningar med bäring på kompetensförsörjning. Kommuner och regioner har tillförts nästan 10 miljarder kronor inom ramen för årliga överenskommelser 2019–2021 mellan regeringen och SKR i syfte att skapa goda förutsättningar för vårdens medarbetare. Regeringen tillsatte vidare den 1

januari 2020 ett nationellt vårdkompetensråd som ska långsiktigt samordna, kartlägga och verka för att effektivisera kompetensförsörjning av personal inom vården. I september 2021 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att, tillsammans med Nationella vårdkompetensrådet och i dialog med övriga berörda aktörer, ta fram förslag som syftar till att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen inom primärvården. Socialstyrelsen ska, med stöd av den kompetens som finns i Nationella vårdkompetensrådet och genom att ta tillvara rådets samverkansarenor, redovisa ett planeringsunderlag och ta fram rekommendationer för dimensionering av läkarnas ST inom allmänmedicin på nationell och regional nivå. Uppdraget ska slutredovisas senast den 30 november 2022.

För 2021 har regeringen avsatt ca 3,2 miljarder kronor för utvecklingen av den nära vården med fokus på primärvården, varav 200 miljoner kronor för arbetet med att utveckla funktionen fast läkarkontakt. En målnivå för området har fastslagits som innebär att senast vid utgången av 2022 ska andelen i befolkningen som har en namngiven fast läkarkontakt i primärvård utgöra minst 55 procent. Samtidigt ska en 20-procentig ökning av kontinuitetsindex till läkare samt kontinuitetsindex för patientens totala kontakter ha skett i respektive region.

Regionen ska avsätta läkarresurser för enskilda som huvudsakligen får sjukvårdsinsatser i den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och som bor i särskilt boende, i dagverksamhet och i hemsjukvård i ordinarie boende så att vården kan säkerställa kontinuitet på samma sätt som för andra patienter (16 kap. 1 § HSL). Regeringen och SKR har i överenskommelsen om en god och nära vård för 2021 enats om målet att för dem i befolkningen som bor på ett särskilt boende för äldre och som får sin huvudsakliga hälso- och sjukvård där ska andelen som har en fast läkarkontakt utgöra minst 80 procent vid utgången av 2022 samtidigt som en betydande ökning av kontinuitetsindex till läkare ska ha skett.

Regeringens ambition med en reformerad primärvård är bl.a. att möjligheten att få en fast läkarkontakt ska säkras för hela befolkningen. Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra insatser för att främja omställningen i hälso- och sjukvården till en god och nära vård och att följa regionernas arbete med fast läkarkontakt och föreslå hur utvecklingen av fast läkarkontakt till fler patienter kan följas upp på nationell nivå. I april 2020 fick Socialstyrelsen även i uppdrag att utforma ett nationellt stöd så att de patienter som har behov av en namngiven fast läkarkontakt i primärvården också kan få det. Ett nationellt stöd ska även tas fram för verksamhetschefer och vårdgivare för en lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt (S2020/03319). Socialstyrelsen redovisade detta uppdrag i juni 2021, och myndigheten har därefter remitterat ett stödmaterial för dimensionering av fast läkarkontakt i primärvården.

Liksom exempelvis *Svensk sjuksköterskeförening* anser regeringen att tillgången till andra vårdprofessioner än läkare är central för att skapa god primärvård. Det är, som t.ex. *Region Norrbotten* påpekar, viktigt att även andra lösningar lyfts fram, såsom kompetensväxling och teambaserade arbetsformer. Regeringen vill i sammanhanget också framhålla möjligheten att utse en fast vårdkontakt, vilket kan skapa trygghet och kontinuitet för patienten.

I samband med riksdagsbehandlingen av propositionen God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik (prop. 2017/18:249) tillkännagav riksdagen för regeringen det som utskottet anfört om att säkerställa patienternas rätt till en fast läkarkontakt (bet. 2017/18:SoU26 punkt 5, rskr. 2017/18:406). Av betänkandet framgår att det enligt utskottet är angeläget att säkerställa att fler patienter än i dag får en fast läkarkontakt genom att patienten får möjlighet att välja en namngiven läkare som sin fasta läkarkontakt i primärvården och att den är kopplad till den utförare som patienten har valt inom det som utredningen benämner Vårdval primärvård. Enligt utskottet bör regeringen därför återkomma till riksdagen i denna fråga. Genom de förslag i fråga om fast läkarkontakt som lämnas i denna proposition anser regeringen att riksdagens tillkännagivande är tillgodosett. Tillkännagivandet är därmed slutbehandlat.

6 Listningstjänst för vårdval

Regeringens förslag: Regionen ska vara skyldig att tillhandahålla ett elektroniskt system för listningen (listningstjänst).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om listningstjänstens innehåll, kösystem och val av utförare på annat sätt än genom listningstjänsten.

Patienten ska få information om listningstjänsten.

Regeringens bedömning: En myndighet bör få i uppdrag att kartlägga och utvärdera hur en nationell listningstjänst i statlig regi kan inrättas.

Utredningens förslag och rekommendation (SOU 2019:42): Överensstämmer delvis med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår att regionen ska tillhandahålla en listningstjänst för patientens val av utförare samt att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela närmare föreskrifter om listningstjänstens innehåll. Förslaget till ändring i patientlagen överensstämmer i sak med regeringens förslag. Utredningen rekommenderar att regionerna gemensamt ansvarar för att, via en nationell aktör, tillhandahålla en nationell listningstjänst som för hela landet samlat administrerar listning, omlistning och kösystem vid begränsning av lista.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som yttrar sig specifikt över utredningens förslag och rekommendation tillstyrker dessa. Bland dem som tillstyrker finns *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Folkhälsomyndigheten*, *Läkemedelsverket*, *Upphandlingsmyndigheten*, *Svenska Läkaresällskapet*, *Vårdförbundet* och *Vårdföretagarna*. Drygt hälften av landets regioner tillstyrker förslaget. Förslaget tillstyrks även av följande instanser: *Famna*, *Funktionsrätt Sverige*, *Astma- och allergiförbundet* och *Riksförbundet HjärtLung*. *Datainspektionen* (numera *Integritetsskyddsmyndigheten*) har inga invändningar mot förslaget.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys ser fördelar med en samlad listningstjänst och betonar att en sådan tjänst bör vara nationell för att underlätta för invånare att lista sig i en annan region än hemregionen. Vidare ser myndigheten ett värde i att staten tar en aktiv roll i uppbyggnaden av listningstjänsten så att tjänstens utformning och användning blir likartad i hela landet. Folkhälsomyndigheten och Svenska Läkaresällskapet vill understryka vikten av att den föreslagna listningstjänsten görs tillgänglig och anpassas till individers och gruppers olika behov, t.ex. i fråga om språk, funktionsnedsättning, tillgång till digitala verktyg samt kunskaper om hälso- och sjukvårdssystemet och förmåga att förstå och tillgodogöra sig hälsorelaterad information, för att valfriheten inte ska riskera att begränsas för resurssvaga grupper.

Socialstyrelsen ser fördelar med en listningstjänst för vårdval men anser att det utifrån en proportionalitetsbedömning i förhållande till den kommunala självstyrelsen inte finns tillräckliga skäl att föreslå lagreglering på området. Socialstyrelsen stöder således inriktningen om en listningstjänst men avstyrker den föreslagna regleringen. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* ser det som i grunden positivt att befolkningen erbjuds en enhetlig och central informationskanal inför val av enhet men anser att en reglering i lag känns onödig.

Inera menar att det i grunden är positivt att befolkningen erbjuds en enhetlig och central informationskanal inför val av enhet och att förslaget om en listningstjänst stämmer väl överens med vad som diskuteras i regionernas gemensamma arbete med en nationell listningstjänst. Inera framför att en övervägande del i utredningens förslag om listningstjänst bedöms ligga i linje med det projekt som är pågående hos Inera om listning. Inera ser inga hinder mot att tekniskt implementera utredningens förslag i den nationella tjänst som är under framtagande.

Vårdförbundet anser att det kan vara bra att införa information om valbara utförare i vårdvalet men anser att tjänsten även behöver innehålla uppgifter bl.a. om verksamhetens kvalitet och resultat från patient-säkerhetsberättelser m.m. Förbundet anser att det noga bör övervägas om fördelarna med tjänsten överväger de kostnader och den administration som är förknippad med den. Vårdföretagarna ställer sig bakom utredningens förslag om en skyldighet för regionerna att tillhandahålla en listningstjänst och menar att den måste kombineras med valfrihetsinformation vilket Vårdföretagarna menar är en brist i dag.

Ett flertal regioner, däribland *Region Blekinge*, *Region Kronoberg* och *Region Örebro län*, anser att en nationell listningstjänst bör innehålla information om tillgänglighet, valmöjligheter, kö och resultat från patientenkäter. *Region Halland*, *Region Jönköpings län*, *Region Stockholm* och *Region Östergötland* menar att en nationell listningstjänst är en förutsättning för att kunna genomföra utredningens förslag, bl.a. för att det inte ska vara möjligt att lista sig på två mottagningar samtidigt. *Region Jämtland Härjedalen* framför att staten bör tillhandahålla och finansiera en nationell listningstjänst. *E-hälsomyndigheten* anser att listningstjänsten bör innehålla samma information över hela landet och att en tjänst bör tas fram på nationell nivå.

Varje region ska tillhandahålla en elektronisk listningstjänst

En viktig förutsättning för propositionens förslag om val av utförare genom listning (avsnitt 5), om att högst två byten av utförare ska vara tillåtna (avsnitt 7) och om s.k. listningstak (avsnitt 9) är att patienten på ett enkelt, transparent och likvärdigt sätt kan få uppdaterad information om vilka utförare som kan väljas och om de är tillgängliga för listning samt därefter lista sig, lista om sig och ställa sig i kö hos utförare. Regionerna har i dag system eller tjänster för listning, både för att hantera patientens valfrihet och för att administrera ersättningar till utförarna. Utredningen kan emellertid konstatera att regionernas system för listning har olika utformning samt saknar den transparens som bedöms nödvändig. Enligt utredningen behöver det bli tydligare vilka de listningsbara utförarna är samt om de är tillgängliga för listning (SOU 2019:42). Ett system som uppvisar utbudet, ger en bild av behovet eller efterfrågan och där det tydligare framgår om utbudet matchar behoven kan också ge underlag för planering och prioriteringar i hälso- och sjukvården, inte minst i fråga om en ändamålsenlig kompetensförsörjning för den verksamhet som bedrivs.

Mot denna bakgrund ställer sig regeringen bakom utredningens förslag att varje region ska vara skyldig att tillhandahålla en listningstjänst för patientens val av utförare. Utredningen anger att listningstjänsten med fördel kan vara webbaserad men med möjlighet för den enskilde att göra sitt val även på annat sätt. Regeringen instämmer i att det även i fortsättningen bör vara möjligt att välja utförare även genom att t.ex. fylla i en blankett, men för att utredningens avsikt att listningstjänsten exempelvis ska innehålla lättillgänglig och uppdaterad information om de utförare som enskilda kan välja krävs det att tjänsten i grunden är digital. Detta krav bör framgå av lagstiftningen. Den nya bestämmelsen bör vidare formuleras som en definition av uttrycket listningstjänst.

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen ska patienten ha möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård såväl i hemregionen som i andra regioner. I propositionen föreslås att detta val av utförare, när det gäller vårdcentraler och motsvarande vårdenheter, ska ske genom listning samt att patienten inte får vara listad hos mer än en sådan utförare i taget. Hur listningstjänsten ska anpassas till de nämnda bestämmelserna överlämnas till varje region att avgöra.

Socialstyrelsen stöder utredningens förslag men anser att en reglering är ett för stort intrång i den kommunala självstyrelsen. Även *SKR* är positiv men menar att regleringen är onödig. Regeringen gör dock bedömningen att det är centralt att skyldigheten att tillhandahålla listningstjänst regleras i lag för att säkra likvärdigheten över landet. Förslaget innebär visserligen en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Listningstjänsten är dock en viktig förutsättning för att grundförslaget om val av utförare genom listning och vissa anslutande förslag i propositionen ska kunna genomföras. Regeringen bedömer därmed inskränkning i den kommunala självstyrelsen som proportionerlig och därmed godtagbar.

Vissa remissinstanser tar upp att listningstjänsten bör innehålla viss slags information. Andra pekar på behovet av att innehållet i tjänsten görs tillgängligt för så många som möjligt. Enligt regeringen kommer det sannolikt att behövas mer detaljerade bestämmelser om listningstjänsten,

t.ex. när det gäller vilket slags information som patienten ska få tillgång till och på vilket sätt den ska presenteras utifrån olika gruppers behov. Regeringen instämmer vidare i utredningens bedömning om att det inom ramen för listningstjänsten bör finnas möjligheter för patienten att ställa sig i kö till en utförare vars lista är begränsad (se avsnitt 9). Även kösystem kan det behöva meddelas särskilda föreskrifter om. Det är också angeläget att det tas fram föreskrifter som möjliggör för de individer som inte kan eller vill använda den digitala tjänsten att göra sitt val av utförare på annat sätt, t.ex. genom att skicka in en pappersblankett. Det föreslås därför ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om listningstjänstens innehåll, om kösystem och om val av utförare på annat sätt än genom listningstjänsten.

Liksom utredningen gör regeringen bedömningen att eftersom listningstjänsten kommer att vara en viktig förutsättning för att patienten ska kunna utöva sin valfrihet i primärvården är det viktigt att patienten informeras om listningstjänsten. Det föreslås därför att det i 3 kap. 2 § patientlagen införs en skyldighet att informera om regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare.

På sikt bör staten tillhandahålla en nationell listningstjänst

Enligt utredningen vilar ansvaret för en listningstjänst på var och en av regionerna men det finns starka skäl för dem att samordna sina system. Utredningen lämnar därför även en rekommendation om att regionerna gemensamt bör ansvara för att tillhandahålla en nationell listningstjänst som för hela landet samlat administrerar listning, omlistning och kösystem vid begränsning av lista. Även flera remissinstanser betonar att en listningstjänst bör vara nationell, bl.a. för att underlätta för invånare att lista sig i en annan region än hemregionen och för att tjänstens utformning ska bli likartad i hela landet. Enligt regeringen bör en nationell listningstjänst på sikt tillhandahållas av staten. En myndighet bör få i uppdrag att kartlägga och utvärdera hur en nationell listningstjänst i statlig regi kan inrättas. Myndigheten bör även ges i uppdrag att föreslå de författningsändringar som krävs för detta.

Information för patienten vid val av utförare

Som nämns ovan är det sedan 2010 obligatoriskt för regionerna att ha vårdvalssystem i primärvården. Det grundläggande syftet med vårdvalsreformen var att stärka patientinflytande och valfrihet. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård konstaterar att även om valet av utförare är uppskattat finns en återkommande kritik mot vårdvalssystemet som handlar om bristen på tillgänglig information för patienten vid val av utförare. Kännedomen om valfriheten som sådan är mycket hög i befolkningen och två av tre tillfrågade ansåg att de gjort ett aktivt val. Däremot visar olika studier att det saknas lätt tillgänglig och jämförbar information om respektive verksamheter, såsom kvalitet och tillgänglighet, vid val av utförare. Vid en uppföljning efter vårdvalets införande framgick att en tredjedel av de individer som inte hade bytt och som heller inte funderat på att byta vårdcentral, som skäl uppgav avsaknad av tillräcklig information om andra vårdcentraler (SOU 2019:42). I praktiken är geografisk närhet till hemmet eller till jobbet avgörande för val av vårdcentral. Vidare

konstateras det i slutbetänkandet att det är egeninitierade byten av vårdcentral i första hand som driver informationsökandet, snarare än byten som beror på yttre omständigheter som t.ex. flytt. Familj och bekanta anges utgöra de huvudsakliga informationskällorna om hur man byter vårdcentral (SOU 2019:42).

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård konstaterar att det för de medborgare och patienter som vill informera sig om olika utförarens kvalitet innan de gör sitt val endast finns knapphändig information i regionernas befintliga tjänster för listning, vilka inte heller är samordnade på ett ändamålsenligt sätt. Visserligen finns viss information från regionerna samlad på 1177 Vårdguiden men tidigare fanns på denna webbplats även information om olika utförare samt en möjlighet att jämföra utförare. Utredningen bedömer att denna information bör återinföras.

Regeringen bedömer att allmänhet och patienter bör ha tillgång till relevant information om t.ex. tillgänglighet och kvalitet inom hälso- och sjukvården. Som en del av överenskommelsen mellan regeringen och SKR om ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården 2020 genomförde SKR en förstudie om vilken information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata som skulle kunna tillgängliggöras på 1177.se. Slutsatsen i SKR:s förstudierapport var att en fördjupad analys behöver genomföras innan utvecklingsarbetet av en jämförelsetjänst inleds. Regeringen beviljade därför i mars 2021 en ansökan från SKR om medel för att genomföra en fördjupad behovsanalys samt utveckla en kravspecifikation för en jämförelsetjänst som möjliggör för invånare att ta del av information om väntetider och kvalitets- och patientnöjdhetsdata på 1177.se. SKR redovisade den fördjupade behovsanalysen den 31 augusti 2021. Av redovisningen framgår bl.a. att SKR har skickat ut en intresseanmälan till samtliga regioner i syfte att få insikt om intresset hos regioner att ta fram en jämförelsetjänst på 1177.se. Knappt hälften av regionerna hade vid tiden för redovisning svarat på intresseanmälan, vilket enligt SKR innebär att det är svårt att bekräfta intresse och önskemål i nuläget. Av elva svarande regioner har åtta svarat positivt på intresseanmälan. Rapporten bereds för närvarande inom Regeringskansliet. Den av regeringen inrättade Delegationen för ökad tillgänglighet i hälso- och sjukvården (dir. 2020:81) har också i uppdrag att utreda och lämna förslag till hur en nationellt samordnad sjukvårdsrådgivning genom 1177 Vårdguiden bör utformas och regleras för att kunna möta behov och förväntningar kopplade till utvecklingen av den nära vården. Detta deluppdrag redovisades den 30 juni 2021 i delbetänkandet Vägen till ökad tillgänglighet – långsiktig, strategisk och i samverkan (SOU 2021:59).

Personuppgiftsbehandling och sekretess

Den elektroniska listningstjänsten ska möjliggöra för den enskilde att få uppdaterad information om vilka utförare som kan väljas och om de är tillgängliga för listning samt därefter lista sig, lista om sig och ställa sig i kö hos utförare. Förslaget innebär att uppgifter om patienten och dennes val av utförare ska läggas in och hållas tillgängliga i systemet. I syfte att förhindra att den enskilde blir listad hos flera utförare samtidigt eller gör fler än två byten av utförare per år, kan uppgifter behöva lämnas även mellan regionerna.

I systemet behöver personuppgifter såväl om patienter som om utförare som bedriver verksamhet i form av enskild firma behandlas. I listningstjänsten kan bl.a. uppgifter om patientens namn, personnummer och folkbokföringsort, liksom uppgifter om utförarens personnummer eller organisationsnummer och verksamhetsort, behöva behandlas. Regionerna har redan i dag system eller tjänster för listning, både för att hantera patienternas valfrihet och för att administrera ersättningar till utförarna inom vårdvalssystemen. Några nya slags uppgifter än de som regionen redan har tillgång till bedöms därför inte behöva hanteras.

Avsikten är att det i listningstjänsten ska finnas uppgifter om att en enskild är listad, eller står i kö för listning, hos en viss utförare inom primärvården, dvs. vårdcentraler eller motsvarande vårdenheter. Sådana uppgifter visar inte vilket vårdbehov eller vilken hälsostatus som den enskilde har och bedöms därför inte vara s.k. känsliga personuppgifter. Det bör påpekas att förslagen i propositionen inte omfattar listning hos exempelvis en enskild specialistläkare hos en vårdcentral. Förslagen gäller inte heller specialistmottagningar med annat än generalistkompetens eftersom sådan verksamhet inte utgör primärvård.

Generella regler om behandling av personuppgifter inom EU finns i EU:s dataskyddsförordning – Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning). Dataskyddsförordningen kompletteras av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning och förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning. Därutöver finns sektorsspecifik reglering i exempelvis patientdatalagen (2008:355).

EU:s dataskyddsförordning utgår från att varje behandling av personuppgifter ska vila på en rättslig grund (artikel 6). Den rättsliga grunden för personuppgiftsbehandlingen inom ramen för listningstjänsten är såväl att behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (artikel 6.1 c) som att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse (artikel 6.1 e). Personuppgiftsbehandlingen är nödvändig för den elektroniska listningstjänsten, som i sin tur är en förutsättning för att övriga förslag i propositionen ska kunna genomföras. Grunden för, och även syftet med, behandlingen kommer med regeringens förslag att vara fastställd i den nationella rätten på det sätt som krävs enligt artikel 6.3 i EU:s dataskyddsförordning.

Vid regionens personuppgiftsbehandling i samband med listning gäller patientdatalagen. Enligt 2 kap 4 § nämnda lag får personuppgifter behandlas inom hälso- och sjukvården bl.a. om det behövs för administration som rör patienter och som syftar till att ge vård i enskilda fall eller som annars föranleds av vård i enskilda fall, för att upprätta annan dokumentation som följer av lag, förordning eller annan författning eller för administration, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten. Det är endast sådana personuppgifter som behövs för de ändamål som anges i 4 § som får behandlas (7 § samma kapitel). Av 6 § följer att varje vårdgivare är personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som vårdgivaren utför. I en region och en kommun är varje myndighet som

bedriver hälso- och sjukvård personuppgiftsansvarig för den behandling av personuppgifter som myndigheten utför.

Några risker för allvarliga intrång i den personliga integriteten bedöms inte finnas, dels med hänsyn till vilket slags uppgifter som är tänkta att behandlas inom ramen för listningstjänsten, dels med beaktande av de bestämmelser som gäller i fråga om säkerhetsåtgärder. Sådana bestämmelser finns bl.a. i patientdatalagen och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40).

Mot bakgrund av behovet av personuppgiftsbehandlingen för att förslagen ska kunna genomföras, de bestämmelser om säkerhetsåtgärder som gäller samt att det är fråga om behandling av förhållandevis harmlösa uppgifter, gör regeringen bedömningen att personuppgiftsbehandlingen står i proportion till den nytta som tillhandahållandet av en listningstjänst innebär och därmed är proportionell i förhållande till de mål som eftersträvas i enlighet med vad som krävs enligt artikel 6.3 i EU:s dataskyddsförordning.

Sammantaget saknas det enligt regeringens bedömning behov av ytterligare reglering av den personuppgiftsbehandling som kommer att ske inom ramen för listningstjänsten.

De uppgifter om enskilda som skulle kunna bli föremål för behandling inom ramen för listningstjänsten torde omfattas av sekretess enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. För att enskilda exempelvis inte ska kunna vara listade hos mer än en utförare i taget och inte heller kunna göra fler än två byten av utförare per år krävs det att regionerna kan utbyta information om listning av enskilda. Sekretess råder som huvudregel även mellan olika regioner (8 kap. 1 § OSL). Enligt 25 kap. 11 § samma lag hindrar dock sekretessen inte att uppgift lämnas från en myndighet som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet inom en region till annan sådan myndighet för exempelvis administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs. Det föreskrivs alltså ett s.k. rakt skaderekvisit, vilket innebär en presumtion för att uppgiften får lämnas ut. Eftersom sekretessbestämmelsen i 25 kap. 1 § OSL är primärt tillämplig på uppgifterna även hos den mottagande myndigheten gäller som huvudregel inte någon sekretess mellan de aktuella myndigheterna.

7 Patienten får byta utförare högst två gånger per år

Regeringens förslag: Byte av sådana utförare inom vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska få göras högst två gånger per år, om det inte finns särskilda skäl.

Utredningens förslag (SOU 2019:42): Överensstämmer i allt väsentligt med regeringens förslag. Utredningen föreslår en bestämmelse i

patientlagen om att omval ska få ske två gånger under ett år, om det inte finns skäl för annat.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som yttrar sig specifikt över förslaget tillstyrker det. Bland dem som tillstyrker finns *Linköpings universitet, Region Blekinge, Region Gävleborg, Region Norrbotten, Region Värmland, Statens medicinsk-etiska råd (Smer) och Praktikertjänst.*

Region Skåne välkomnar förslaget då frekventa omlistningar skapar stor administration och svårigheter att följa patientens väg genom vården.

Region Örebro län och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) anser att det bör finnas en tydlig laglig möjlighet för regionerna att reglera hur många gånger en patient kan lista om sig men att det ska vara upp till regionen själv att avgöra hur en begränsning ska utformas. Grunden ska dock vara att det finns möjlighet för patienten att lista om sig vid minst två tillfällen per år. *Upphandlingsmyndigheten* anför också att förslaget kan utformas som en möjlighet för regionerna att införa en sådan begränsning om de anser det nödvändigt.

Region Östergötland anser att förslaget för det stora flertalet förmodligen inte kommer att innebära någon stor inskränkning i känslan av valfrihet utan snarare stärka känslan av kontinuitet. För de patienter som föredrar tillgänglighet framför kontinuitet, kan förslaget däremot bli mer begränsande än i dag.

Distriktssköterskeföreningen ställer sig bakom förslaget att begränsa fria byten då det i dag med fria byten kan vara svårt för den enskilda vårdcentralen att planera sin verksamhet.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) anser att möjligheten till omlistning två gånger per år är tillräcklig. Med skrivningen ”om det inte finns skäl för annat” anser föreningen att möjligheten till omlistning skulle kunna begränsas ytterligare till max en gång per år eftersom det ytterligare skulle kunna öka långsiktighet och stabilitet för vårdgivaren och minska ett konsumtionsdrivet vårdsökande. *Svensk förening för glesbygdsmedicin* framför att det i glesbygd inte är ett stort problem med upprepade byten av utförare eftersom det inte finns många utförare att välja mellan. Däremot påpekar föreningen att det ibland kan uppstå oönskade målkonflikter när patienter ömsom listar sig ”i stan” och ömsom ”på landet”.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) delar uppfattningen att det är rimligt att det finns någon form av tröghet för att underlätta kontinuitet för patienterna i vården. SLS framför att det dock är svårt att bedöma konsekvenserna av förslaget då bristen på specialister i allmänmedicin kan innebära att den valda vårdcentralen har svårt att leva upp till rimliga krav och förväntningar på kontinuitet och tillgänglighet varför SLS anser att det kan behövas någon form av klausul för patienten.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys är tveksam till om omlistning är så vanligt förekommande att det motiverar den inskränkning av patientens valfrihet som det innebär att begränsa antalet byten per år och framför att möjligheten att välja utförare är en uppskattad del av dagens vårdval. Myndigheten betonar att om förslaget genomförs behöver det finnas en tydlig process som är oberoende från vårdgivarna för att besluta om en invånare anses ha särskilda skäl att få möjlighet att lista om sig fler än två gånger.

Bland avstyrkande instanser finns bl.a. *Konkurrensverket*, *Socialstyrelsen* och ett antal regioner. Konkurrensverket framhåller att möjligheten att byta utförare är en viktig del i ett valfrihetssystem eftersom detta innebär att utförarna, dvs. vårdcentralerna, behöver anstränga sig för att behålla sina patienter. Det kan visserligen antas att vissa patienter kan vara mer benägna än andra att byta vårdgivare, men Konkurrensverket har svårt att se hur detta kan utgöra ett större problem. Däremot finns en risk för att kvalitetskonkurrensen försämras om möjligheterna för patienterna att byta vårdcentral begränsas till två gånger per år. Socialstyrelsen anför att förslaget strider mot patientlagens grundtanke om ökad patientmakt. Liknande synpunkter framförs av *Region Västerbotten* och *Region Väster-norrland*.

Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH) menar att patienter med särskilda diagnoser/funktionsnedsättningar eller kombinationer av diagnoser/funktionsnedsättningar bör ha rätt att lista sig om de har särskilda vårdbehov som bättre kan tillgodoses hos en annan vårdgivare. *Malmö kommun* betonar att begränsningar i möjligheten att ändra val av utförare (listning) inte får göra att människor begränsas i möjligheten att hitta en vårdgivare som kan matcha deras behov och som de har förtroende för. Kommunen framför att äldre människor med skörhet och multi-sjuklighet, personer med psykisk sjukdom och personer med funktionsnedsättning kan behöva flera försök innan de hittar en vårdgivare som kan möta deras unika behov.

Upphandlingsmyndigheten anför att det kan ifrågasättas om en regions beslut att neka en patient att välja utförare fler än två gånger per år inte har sådana rättsverkningar för patienten att det kan överklagas till domstol.

Skälen för regeringens förslag

Antalet byten av utförare bör begränsas

Det är i dag inte ovanligt att patienter väljer att besöka en annan utförare än den där han eller hon är listad. Ibland listar patienten om sig hos den nya utföraren (vilket i princip kan ske vid varje nytt besök i primärvården), i annat fall är det fråga om ett tillfälligt s.k. otrohetsbesök. Praxis är olika i fråga om huruvida utföraren kräver att patienten ska lista om sig. Minskad kontinuitet kan påverka vårdens kvalitet negativt, men i övrigt saknar listningen ur patientens perspektiv betydelse i dag, eftersom det varken finns några fördelar kopplade till att vara listad eller någon begränsning av antal tillåtna omlistningar eller antalet otrohetsbesök hos olika utförare. Ur utförarens perspektiv kan det däremot ha stor betydelse beroende på flera olika faktorer i ersättningssystemen, t.ex. kapiteringsersättning, kostnadsansvar, besöksersättning för listad respektive olistad patient och ersättning för utomlänspatienter.

Enligt utredningen varierar andelen otrohetsbesök kraftigt mellan olika vårdcentraler och mellan olika regioner. Vid vissa enskilda vårdcentraler är antalet besök av olistade patienter i majoritet och bland de studerade regionerna varierar andelen otrohetsbesök mellan knappt 3 och drygt 20 procent. I de tidiga studierna av omlistningar framgick att upp till 30 procent listar om sig under ett år. Senare uppgifter tyder dock på att rörligheten har minskat; cirka 10 procent listar om sig en eller två gånger under ett år.

De individer som har mycket frekventa omlistningar tycks enligt utredningen vara relativt få och det saknas närmare analyser av dessa grupper. Såvitt utredningen erfarit förekommer det dock hög rörlighet vid exempelvis våld i nära relationer. Rörligheten kan bl.a. användas för att undvika orosanmälningar i fall där barn far illa. Andra exempel som nämns är grupper med olika former av missbruk.

Syftet med det föreslagna nya systemet med listning är att skapa ett mer sammanhängande och stabilt system som i större utsträckning än i dag bygger på kontinuitet för patienten utifrån det val av utförare han eller hon har gjort. För att detta syfte ska kunna uppnås krävs att möjligheten för patienterna att byta utförare begränsas. För vårdgivarna ger det förutsättningar för ökad långsiktighet och bättre planeringsmöjligheter, vilket i sin tur leder till högre patientsäkerhet och kvalitet i vården för patienterna. En begränsning kan också medföra ökade möjligheter att fånga upp och hjälpa individer som far illa genom våld i nära relationer eller genom missbruk och som ofta byter utförare i syfte att undvika orosanmälningar eller för att inte avslöja sitt missbruk.

Flera regioner anför att de inte har några problem med frekventa omlistningar och att det därför saknas behov av att begränsa antalet möjliga byten. SKR med flera instanser anser att det bör vara upp till varje region att avgöra om det ska införas några sådana begränsningar. Regeringen anser dock att det, för att uppnå ett så stabilt, sammanhållet och kontinuitetsbaserat listningssystem som möjligt, krävs att samma regler om byte av utförare gäller i hela landet. Detta främjar även strävanden mot en god och jämlik vård.

Vissa remissinstanser invänder att förslaget strider mot grundtankarna om patientmakt och valfrihet. Värdet av stärkta förutsättningar för kontinuitet och därmed patientsäkerhet får dock anses väga tyngre än den enskildes intresse av att fritt kunna lista om sig hos olika utförare. Genom att antalet tillåtna byten begränsas ökar dessutom vikten av det val som patienten gör och därmed även medvetenheten hos patienten i dennes val.

Utifrån de uppgifter som utredningen redovisat om omlistningar i dagens system kan den slutsatsen dras att den stora majoriteten patienter kommer att byta utförare maximalt två gånger per år. I sitt remissvar anger *Region Stockholm* att det där är ca 0,07 procent av de listade patienterna som gjort tre eller fler omlistningar under de senaste tolv månaderna. Det får därför anses rimligt att byte av utförare ska få göras vid högst två tillfällen under en period om ett år. Eftersom förhållandevis få patienter kommer att beröras av begränsningen bedöms det inte finnas några risker för att kvalitetskonkurrensen för utförare i stort kommer att försämrats.

I lagrådsremissen föreslogs en bestämmelse som begränsade antalet tillåtna omval av utförare. *Lagrådet* anför att ordet omval signalerar att man väljer samma utförare igen. Regeringen delar Lagrådets uppfattning att ordet omval därför bör ersättas av byte.

Som anförs ovan gör regeringen bedömningen att samtliga av utredningens förslag som rör listning hos utförare får anses avse enbart sådana utförare där den enskilde kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, dvs. vårdcentraler och motsvarande vårdenheter. Av bestämmelsen om byte av utförare bör det därför framgå att den gäller sådana utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket HSL (se avsnitt 5).

Särskilda skäl bör krävas för fler än två byten av utförare

Utredningen föreslår ett undantag, eller en s.k. ventil, med innebörd att om det finns skäl får byte av utförare ske mer än två gånger under ett år. För att förtydliga att det bör finnas beaktansvärda omständigheter för att fler än två byten ska tillåtas föreslås här att undantaget ska gälla om det finns särskilda skäl. Sådana särskilda skäl bör exempelvis finnas om patienten har bytt bostadsort. Det kan också handla om att patienten önskar ”följa med” en läkare eller annan vårdkontakt som byter arbetsplats. Patienten bör även ha beaktansvärda skäl att byta utförare fler än det tillåtna antalet gånger om den utförare där patienten är listad inte uppfyller den nationella vårdgarantin.

Även medicinska skäl kan föranleda behov av byte av utförare. *Malmö kommun* och *NSPH* nämner äldre människor, patienter med skörhet och multisjuklighet samt personer med psykisk sjukdom eller med funktionsnedsättning som grupper som kan ha särskilda svårigheter att hitta en utförare som kan tillgodose deras behov. I primärvårdens lagstadgade grunduppdrag ingår det fr.o.m. den 1 juli 2021 att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov. Det får därför förutsättas att samtliga utförare inom vårdvalssystemen kan tillgodose behoven hos exempelvis äldre och sköra personer och patienter med vanligt förekommande multisjuklighet eller funktionsnedsättning. Särskilda skäl för fler än två byten av utförare bör därmed normalt sett inte anses finnas i de angivna fallen.

Eftersom listning inte längre ska kunna ske exempelvis via utförarnas egna internetjänster utan genom listningstjänsten bedöms det inte finnas någon risk för att patienten omedvetet gör ett byte.

Bestämmelserna om byte av utförare bör införas i hälso- och sjukvårdslagen

Utredningen föreslår att bestämmelsen om ett begränsat antal byten ska placeras i patientlagen. Regeringen gör däremot bedömningen att regelverket som rör listning hos utförare för tydlighets skull bör hållas samman i möjligaste mån. Bestämmelserna om byte av utförare bör därför föras in i en ny paragraf i hälso- och sjukvårdslagen (7 kap. 3 b § HSL).

Bestämmelsen innebär en skyldighet för regionerna att pröva huruvida en patient som önskar göra fler än två byten har särskilda skäl som kan motivera detta. Förslaget får därför anses innebära inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Förslaget anses dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet, nämligen att ge bättre förutsättningar för kontinuitet och kvalitet för patienten samt nödvändig stabilitet, planeringsmöjligheter och förutsägbarhet för verksamheterna inom hälso- och sjukvården. Regeringen bedömer inskränkningarna i den kommunala självstyrelsen som proportionerliga och därmed godtagbara.

Någon särskild bestämmelse om överklagande bör inte införas

Utredningen behandlar inte frågan om överklagande av beslut om byte av utförare särskilt men anför att i fall där regionens prövning av patientens skäl går denne emot ska patienten kunna vända sig till patientnämnden, vilken inom ramen för sitt uppdrag enligt lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården bör vara patienten behjälplig.

Upphandlingsmyndigheten ställer frågan om inte sådana beslut där regionen nekar en patient att få välja utförare fler än två gånger per år har sådana rättsverkningar för patienten att de kan överklagas till domstol.

Ett överklagbart kommunalt beslut kan överklagas antingen med tillämpning av bestämmelserna om laglighetsprövning i 13 kap. kommunallagen (2017:725) eller med stöd av bestämmelser om förvaltningsrättsligt överklagande. Som huvudregel gäller att beslut av ett kommunalt organ överklagas i enlighet med regelverket om laglighetsprövning. Av 13 kap. 3 § kommunallagen framgår dock att bestämmelserna om laglighetsprövning inte gäller om det i lag eller annan författning finns särskilda bestämmelser om överklagande. Bestämmelsen om ett maximalt antal tillåtna byten av utförare föreslås införas i hälso- och sjukvårdslagen där det i dag inte finns några bestämmelser om överklagande som skulle bli tillämpliga. Frågan blir då om det finns skäl att införa en sådan bestämmelse som innebär att besluten kan bli föremål för förvaltningsrättsligt överklagande.

Förslagen i denna proposition innebär att det är hos den utförare där patienten är listad som denne ska välja och få tillgång till en fast läkarkontakt. Det är också hos den valde utföraren som vårdgarantins två första steg ska gälla. Ett beslut av regionen att neka fler än det tillåtna antalet byten för en patient innebär inte att denne förtas sina möjligheter till fast läkarkontakt eller till att få vård inom ramen för vårdgarantin utan detta gäller fortsatt hos den senast valda utföraren. Om den enskilde är missnöjd med sin fasta läkarkontakt, kan byte av sådan många gånger ske inom en och samma mottagning. Det bör också beaktas att för det fall patienten inte får vård hos den valda utföraren inom den tid som fastställs i vårdgarantin bör detta vara ett sådant särskilt skäl som kan motivera byte av utförare även om patienten redan har gjort två byten under året (se ovan). Mot denna bakgrund anser regeringen att det saknas skäl att införa en sådan bestämmelse som innebär att en regions beslut att neka fler än två byten ska kunna bli föremål för förvaltningsrättsligt överklagande. Ett sådant beslut kan dock vara överklagbart enligt bestämmelserna om laglighetsprövning i kommunallagen.

Det kan uppstå fall där en patient som redan har gjort två byten under året önskar lista om sig hos en utförare i en annan region än där han eller hon är folkbokförd. Enligt 13 kap. 1 § första stycket kommunallagen är det enbart regionmedlemmar, dvs. exempelvis de som är folkbokförda i regionen, som genom överklagande kan få till stånd en laglighetsprövning av regionens beslut. Regeringen ser det som angeläget att regionerna organiserar systemet för byte av utförare så att patienter inte går miste om möjligheten att överklaga.

Regeringens bedömning: Den nuvarande regleringen om ickevalsalternativ för enskilda som inte aktivt väljer utförare är tillräcklig.

Grunden för listning genom ickevalsalternativ bör, om lagliga förutsättningar finns, vara närhetsprincipen.

Regionerna bör så långt det är möjligt vidta åtgärder för att stärka information om listning och dess innebörd till individer som har blivit föremål för passiv listning hos en utförare.

Utredningens rekommendation (SOU 2019:42): Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Utredningen rekommenderar utan förbehåll att grunden för listning genom ickevalsalternativ bör vara närhetsprincipen.

Remissinstanserna: Majoriteten av de instanser som yttrar sig specifikt över rekommendationen tillstyrker eller ställer sig positiva till den, däribland *Linköpings universitet*, *Socialstyrelsen*, *Region Blekinge*, *Region Gävleborg*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Skåne*, *Region Västmanland*, *Region Värmland*, *Svenska läkaresällskapet (SLS)* och *Sveriges förening för allmänmedicin (SFAM)*.

Oriola, *KRY*, *Min Doktor* och *Doktor.se* är däremot tveksamma till närhetsprincipen som man menar missgynnar digitala vårdgivare. Vårdgivare som utvecklar sin verksamhet med ny teknik, t.ex. hemmonitorering, kommer i praktiken att finnas närmare patienten än vad en fysisk vårdcentral någonsin kan vara.

Konkurrensverket avstyrker rekommendationen att närhetsprincipen ska utgöra ickevalsalternativ och hänvisar till sitt ställningstagande i frågan (Ställningstagande om urvalets betydelse i ett valfrihetssystem, 2019:2). I ett valfrihetssystem får den upphandlande myndigheten inte välja leverantör utan det är den enskilde som ska välja. Enligt Konkurrensverket innebär närhetsprincipen att den upphandlande myndigheten bestämmer vilka kriterier som ska gälla för att en vårdcentral ska få kontrakt eller inte och upphandlingsreglerna blir därför tillämpliga. För att undvika att upphandlingslagstiftningen blir tillämplig i valfrihetssystemet kan i stället en utförare i egen regi eller en separat upphandlad leverantör användas.

Upphandlingsmyndigheten ställer sig bakom att regionerna ska fortsätta tillhandahålla ett ickevalsalternativ för enskilda som inte väljer utförare men framhåller att en ordning som innebär att regionerna har möjlighet att påverka vilken utförare som tilldelas dessa uppdrag kan vara svårförenlig med ny rättspraxis från EU-domstolen. Myndigheten menar dock att tolkningen i Konkurrensverkets ställningstagande inte är den enda möjliga. Av domarna kan anses följa att ickevalsalternativet sannolikt måste utformas så att valet av utförare undandras den upphandlande myndighetens (regionens) fria skön och i stället bygger på någon form av objektiv och på förhand konstruerad turordning eller slumpmässigt val. En sådan ordning behöver inte innebära att regionen gör ett urval bland utförarna i systemet. Enligt Upphandlingsmyndighetens uppfattning finns det inget unionsrättsligt hinder mot ickevalsalternativ som utgår från en närhetsprincip så länge denna är objektiv och förutsebar och inte ger regionen

något skönsmässigt utrymme att avgöra vilken av de godkända utförarna som ska tilldelas varje enskilt uppdrag.

Skälen för regeringens bedömning: Långt ifrån alla individer vill eller kan välja utförare i primärvården. Skälen till detta varierar. Individen kan exempelvis ha bristande kännedom om möjligheten att välja eller svårigheter att hitta information som är anpassad till de egna förutsättningarna vad gäller t.ex. språkkunskaper. Relativt stora grupper har bristande förutsättningar att göra aktiva val på grund av kognitiva eller andra funktionsnedsättningar. Det kan också handla om att den enskilde av olika skäl inte är intresserad av att göra ett val.

Enligt 9 kap. 2 § LOV ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett ickevalsalternativ för enskilda som inte väljer leverantör. Enligt utredningen tillämpar nästan alla regioner s.k. passiv listning för individer som inte gör något val av utförare.

Regeringen anser att det är viktigt att även de individer som inte gör något aktivt val av utförare får en plats hos en utförare i primärvården med god fysisk och digital tillgänglighet inom den egna regionen och delar utredningens bedömning att nuvarande reglering om ickevalsalternativ i LOV är tillräcklig.

Även i det nya system med listning hos utförare som föreslås kan ordningen med passiv listning tillämpas. Det vanligaste ickevalsalternativet inom regionerna är att den enskilde listas vid den vårdcentral som är geografiskt närmast bostaden. Utredningen rekommenderar att grunden för listning genom ickevalsalternativ bör vara just denna närhetsprincip.

En stor majoritet av befolkningen är listad vid den vårdcentral som ligger närmast hemmet. Regeringen ser därför positivt på att den som inte aktivt väljer utförare blir listad hos den utförare som geografiskt finns närmast bostaden. Såsom både *Konkurrensverket* och *Upphandlingsmyndigheten* lyft i sina remissvar kan det dock finnas EU-rättsliga hinder mot ickevalsalternativ som har sin grund i en närhetsprincip. Ickevalsalternativet måste därför utformas så att det är förenligt med unionsrätten. Regeringen vill också framhålla vikten av att regionens egna vårdcentraler och privata utförare behandlas lika vid tillämpningen av ickevalsalternativ.

Oriola, *KRY*, *Min Doktor* och *Doktor.se* anför att vårdgivare som exempelvis arbetar med hemmonitorering i praktiken finns närmare patienten än vad en fysisk vårdcentral kan vara och att närhetsprincipen därför missgynnar dessa vårdgivare. Regeringen menar att närhetsprincipen kan anses missgynna samtliga utförare som inte fysiskt finns närmast patientens bostad men att frågan bör ses ur ett patientperspektiv.

För personer som listas på ett ickevalsalternativ är det särskilt viktigt att få information om utföraren, om vad listningen innebär och om möjligheten att när som helst göra ett aktivt val och lista sig hos en annan utförare. Regeringen delar utredningens bedömning att regionerna, så långt det är möjligt, bör vidta åtgärder för att stärka informationen till de individer som blivit föremål för passiv listning.

9 Begränsning av antalet patienter som får vara listade hos en utförare

Prop. 2021/22:72

Regeringens förslag: På begäran av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska regionen få besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren. Regionerna ska få avslå begäran helt eller delvis endast om det finns särskilda skäl.

Utredningens förslag (SOU 2019:42): Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslår att regionen får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare inom ett vårdvalssystem samt att en begränsning ska föregås av samråd mellan regionen och utföraren.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som yttrar sig specifikt över förslaget tillstyrker eller ställer sig i huvudsak positiva till det. Bland dessa instanser finns *Socialstyrelsen*, *Statens medicinsk-etiska råd (Smer)*, *Svenska Läkaresällskapet*, *Svensk förening för glesbygdsmedicin*, *Kommunal*, *Landsorganisationen i Sverige (LO)*, *Sveriges Arbetsterapeuter*, *SPF Seniorerna*, *Astma- och allergiförbundet* och ett antal regioner.

Socialstyrelsen anser att det för utförarna är avgörande att de i så stor utsträckning som möjligt kan styra över uppdragets omfattning för att kunna planera sin kapacitet så att den matchar behoven. Vidare anser myndigheten att det även finns behov av en reglering där det framgår att patienter ska få möjlighet att ställa sig i kö för listning om en utförare har fullt med patienter. Smer anser att det är viktigt att regionen tar ansvar för att utförare inte har fler patienter än man realistiskt kan ge fysisk vård. Smer menar att nuvarande ordning i primärvården där patienternas valfrihet styr inflödet av patienter till utförare förefaller långsiktigt ohållbar både ur arbetsmiljö- och patienthänseende.

Svenska Läkaresällskapet är positivt till förslaget att det ska vara möjligt att begränsa antalet listade patienter hos utföraren, men anser att listning ska ske på läkare och att kraven på god läkarkontinuitet och en rimlig arbetsmiljö innebär att det bör finnas en högsta nivå för antalet listade per läkare. Svensk förening för glesbygdsmedicin instämmer i utredningens förslag men anser att lagen ska utformas så att vårdkvalitet och arbetsmiljö prioriteras för att kunna behålla och attrahera personal till glesbygden.

Bland de regioner som tillstyrker finns *Region Värmland* som anser att förslaget kan bidra till att skapa planeringsförutsättningar och vara etableringsfrämjande. Regionen betonar dock att det bör vara regionen som ska ha rätt att besluta. *Region Skåne* menar att tydliga nationella riktlinjer krävs för nationell samstämmighet och för en jämlik vård. *Region Blekinge* tillstyrker förslaget men anser att det finns en oro för att vården kan bli ojämlig om listningstaket missbrukas för att undvika vårdkrävande patienter.

Almega och *Vårdföretagarna* välkomnar förslaget och menar att det är orimligt att tvinga mindre privata vårdgivare, vars hela tanke just kanske varit att erbjuda sina patienter en småskalig verksamhet, att växa in

absurdum. Instanserna anser dock att det ska vara vårdgivaren och inte regionen som beslutar om listningstak.

En rad regioner, bl.a. *Region Kalmar län*, *Region Örebro län*, *Region Västerbotten*, *Region Gävleborg*, *Region Kronoberg* och *Region Jämtland Härjedalen*, anser att förslaget har både för- och nackdelar. Region Örebro län anför att det i vissa situationer kan vara rimligt att möjliggöra listningsbegränsning i syfte att ge förutsättningar för att klara uppdraget och arbetsmiljön. Region Jämtland Härjedalen tar upp risken med en begränsning utifrån ett glesbygdsperspektiv. Patienter kan hamna mellan vårdgivare eller utanför listan hos en vårdgivare vilket föranleder frågor om vilken aktör som vid en begränsning har sista handsansvaret för patienterna. Vidare anför regionen att ett listningstak i ett glest befolkat län kan innebära att patienter tvingas söka vård utanför sitt närområde. Region Jämtland Härjedalen påpekar att varje region redan i dag har möjligheter att begränsa listan genom förfrågningsunderlagen.

Region Kronoberg ställer sig mycket tveksam till förslaget och påpekar att hälso- och sjukvården har ett ansvar att på ett jämlikt sätt erbjuda vård till hela befolkningen. Regionen anför att en begränsning i ett glesbygdslän kan innebära att den närliggande vårdcentralen blir fullastad och att patienter måste ta sig lång väg till en annan vårdcentral. Liknande synpunkter framförs av bl.a. *Region Västernorrland* och *Region Norrbotten*.

Region Jönköpings län framför att det redan i dag finns möjlighet till tillfälligt listningsstopp om många invånare under en kort tid väljer en vårdcentral och regionen ser därför inget behov av lagstiftning i frågan. *Region Östergötland* bedömer att det är rimligt att begränsningar ska kunna förekomma men ser att det medför svårigheter så länge det råder brist på bl.a. kompetens i primärvården, vilket riskerar leda till att medborgare hamnar utanför listan. Detta kan enligt regionen medföra att samma återhållsamhet till godkännande av listningsbegränsning som råder i dag kommer att bestå, varför regionen ställer sig tveksam till att det regleras i lag. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* framför att många regioner redan i dag beviljar listningstak för utförare och att om denna möjlighet blir lagstadgad skulle det innebära en kodifiering av gällande praxis. SKR anser att införandet av ett listningstak fortsatt ska vara frivilligt för regionerna och att beslut om eventuellt tak ska fattas av regionen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys avstyrker förslaget och anser att det finns en risk att en relativt stor del av befolkningen hamnar utanför primärvården på grund av dagens underdimensionerade primärvårdssystem. Myndigheten menar att patienterna tvingas förbli olistade eller hänvisas till ett begränsat antal sista handsalternativ som därmed kommer att bli ännu mer överbelastade. Ett listningstak ökar vidare risken för att utförare försöker välja bort invånare med ett större förväntat vårdbehov. Risken för detta skulle visserligen minska om listningen administreras på central nivå snarare än på vårdgivarnivå. Myndigheten anför vidare att även om syftet med reformen är att uppmuntra invånare att i första hand vända sig till utförare där de är listade så finns risken att de som hamnar utanför listan vänder sig till sjukhusets akutmottagningar i stället för till primärvården. Myndigheten ifrågasätter också om det är förenligt med konkurrensneutralitet att ha olika listningstak för olika vårdgivare inom ett LOV-system.

Konkurrensverket avstyrker förslaget om att regionen ensidigt ska kunna besluta om ett listningstak för en enskild vårdcentral, bl.a. mot bakgrund av att ett listningstak riskerar att kunna missbrukas. Å ena sidan skulle regionen kunna gynna sina egna vårdcentraler genom att sätta ett lågt listningstak för privata vårdcentraler och därmed begränsa deras möjligheter att växa. Å andra sidan skulle privata vårdgivare kunna välja att endast lista friska patienter och tacka nej till multisjuka eller kroniskt sjuka patienter med motiveringen att det är fullt. Konkurrensverket menar att detta skulle utgöra en form av diskriminering. Däremot kan det finnas skäl som legitimerar att medge listningstak efter begäran från en enskild vårdcentral, beroende på hur regionen har valt att utforma systemet och ersättningsmodellerna. *Oriola* framhåller också risken för att regionerna ska missgynna andra aktörer samt påpekar att patientens valmöjlighet kommer att kunna inskränkas på ett avgörande sätt. *Sveriges läkarförbund* och *Svensk förening för allmänmedicin* lyfter att förslaget innebär en risk för såväl att regionerna fattar ensidiga beslut om begränsning även när så inte är motiverat som att de avstår från beslut om begränsning även när det vore motiverat av patientsäkerhets-, arbetsmiljö- eller tillgänglighetsskäl.

Region Halland avråder från beslut om listningsbegränsning per vårdcentral och lyfter att verksamhetens krav på planeringsförutsättningar och en god arbetsmiljö ställs mot patientens fria val av vårdcentral. Regionen anför att det finns en risk att patienter tvingas vara listade på en vårdcentral som inte kan tillgodose deras behov eller på en vårdcentral långt från hemmet. Förslaget kan vidare gynna patienter med en god förmåga till aktiva och medvetna val och därmed motverka jämlikhet. Begränsningen kan även motverka en tillitsfull relation mellan region och utförare. *Region Stockholm* avstyrker förslaget och framför att det skulle innebära en stor begränsning i vårdgivarnas möjlighet att utveckla verksamheten om huvudmännen bestämmer hur många patienter som vårdgivarna får ha på listan. Regionen anser däremot att vårdgivaren, liksom gäller i regionen redan i dag, ska ha möjlighet att begränsa antalet patienter om det behövs för att säkerställa att patienterna får en god vård. Vidare anser regionen att vårdgivaren ska vara skyldig att informera huvudmannen om ett sådant beslut tas men att det inte behöver föregås av samråd.

Upphandlingsmyndigheten konstaterar att det finns en motsättning i att, som utredningen gör, å ena sidan utgå från att regionen i sista hand har beslutanderätten och å andra sidan framhålla att det i grunden handlar om en civilrättslig (avtalsrättslig) fråga. En förändring av ett ingånget avtal förutsätter i princip alltid att parterna är ense om att ge avtalet en ny innebörd. Myndigheten påpekar vidare att det kan finnas upphandlingsrättsliga (unionsrättsliga) begränsningar av möjligheten att göra sådana ändringar i ingångna kontrakt. Regionerna bör därför i sina upphandlingar eller valfrihetssystem redan från början ange hur många listningsplatser som ska erbjudas.

Skälen för regeringens förslag

Möjligheten att begränsa antalet listade patienter hos en utförare bör regleras

Enligt utredningen är ett av de största upplevda problemen bland utförare i primärvården i dag att det normalt inte finns något sätt att begränsa

utförarens åtagande. Inflödet av patienter är oreglerat i den svenska primärvården och styrs i stället av patientens valfrihet.

Det dominerande ersättningssystemet med kapitering innebär visserligen att utförarna vid en tillströmning av patienter också får ökad ersättning. Det är dock inte på något sätt givet att det snabbt går att skala upp vare sig personal eller lokaler. Enligt utredningen finns det tydliga arbetsmiljöproblem kopplade både till en alldeles för stor belastning hos enskilda utförare och till att det är demoraliserande att uppleva att det inte går att kontrollera sin verksamhet. Tillgänglighet är ett exempel där det övergripande ansvaret ligger på systemägaren men där problemet riskerar att förskjutas till utföraren om denne tvingas ta hand om fler patienter än det finns personella eller lokalmässiga resurser för. När tillgängligheten försämras faller förtroendet för hälso- och sjukvården. Även patientsäkerheten riskeras när resurserna inte räcker till.

I den dialog som utredningen Styrning för en mer jämlik vård haft med regionerna och andra aktörer har många pekat på ett behov av att kunna införa begränsningar på så sätt att ett maximalt antal patienter kan vara listade hos antingen utföraren eller hos en enskild läkare.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård framhåller särskilt behovet av ett s.k. listningstak kopplat till utföraren. Enligt utredningens bedömning saknar regioner enligt 7 kap. 3 § HSL möjlighet att neka enskilda att fritt lista sig hos en utförare. En utförare kan därmed inte begränsa antalet patienter som listar sig hos utföraren (SOU 2018:39 s. 388).

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård är däremot tveksam till bedömningen att listningstak inte skulle vara tillåtna i dag. Att regionerna är skyldiga att organisera primärvården så att patienten kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkar-kontakt behöver, som utredningen ser det, inte innebära att patientens val alltid kan eller måste tillgodoses. Regionerna och enskilda vårdgivare har dessutom ett ansvar för patientsäkerhet och arbetsmiljö, och utredningen har inte funnit något stöd för att den enskildes val ur rättslig synvinkel skulle vara en överordnad princip framför andra skyldigheter som finns. Utifrån en lex specialistolkning kan det tvärtom hävdas att patientsäkerhetslagens krav går före (SOU 2019:42 s. 243–244).

Utredningen konstaterar att vissa regioner i praktiken redan i dag har tillåtit listningstak med hänvisning till bl.a. patientsäkerhet där det inte finns lokaler som räcker till att ta hand om ett ökande antal patienter. Av remissvaren framgår också att det i flera regioner införts listningstak för utförare, framför allt tidsbegränsade sådana begränsningar.

Regeringen gör bedömningen att det finns fördelar med att kunna begränsa antalet listade patienter hos en utförare, såväl ur ett patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv som av det skälet att det ger utföraren bättre förutsättningar att planera sin verksamhet.

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 ca 700–800 heltidsläkartjänster. Mot denna bakgrund gör regeringen, i likhet med utredningen, den bedömningen att en generell listningsbegränsning för alla utförare inte bör genomföras men att en begränsning i det enskilda fallet kan fylla en

funktion och innebära en principiellt viktig ansvarsförskjutning från utförare till huvudman.

Som nämns ovan råder det delade uppfattningar om huruvida en listningsbegränsning står i strid med bestämmelsen i 7 kap. 3 § första stycket HSL om att regionerna är skyldiga att organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Det osäkra rättsläget kan dessutom komma att förstärkas genom förslaget i denna proposition om att patienten ska välja utförare genom att lista sig. En tydlig bestämmelse om vad som ska gälla kan därför ses som angelägen.

Regionen ska få besluta om listningsbegränsning på begäran av utföraren

Utredningen föreslår en bestämmelse i HSL med innebörd att regionen får besluta om begränsning av det antal patienter som får lista sig hos en utförare samt att beslutet ska föregås av samråd mellan regionen och utföraren. Utredningen anför att det inte är lämpligt att i lagstiftning ange de närmare ramarna för när det finns skäl för listningsbegränsning utan att detta bör bestämmas i en diskussion mellan parterna. Den lokala utformningen kring listningsstorlek bör förhandlas mellan region och utförare, med patientsäkerhet och arbetsmiljö i fokus. Enligt utredningen ska endera parten kunna ta initiativ till en dialog om att införa en begränsning av antalet listade patienter hos utföraren. Om det samråd som ska föregå beslutet slutar i en konfliktsituation, är det dock regionen som har beslutsrätten.

Regeringen konstaterar att frågan om begränsningar av det antal patienter som kan lista sig hos en utförare är mångfasetterad, vilket avspeglas i de olika synpunkter som remissinstanserna framfört. Å ena sidan anføres att utförarna i så stor utsträckning som möjligt bör kunna styra över uppdragets omfattning för att kunna erbjuda en god arbetsmiljö och en säker och tillgänglig vård för sina patienter. Andra remissinstanser framhåller att ansvaret för att dimensionera vården måste ligga på regionerna som har det övergripande planeringsansvaret. Oavsett vem som beslutar om ett listningstak innebär en sådan begränsning att utförarnas krav på planeringsförutsättningar och en god arbetsmiljö ställs mot patientens intresse att fritt kunna välja utförare.

Konkurrensverket, Sveriges läkarförbund, Svensk förening för allmänmedicin och Oriola är kritiska till att regionen ensidigt ska kunna besluta om listningsbegränsning för en enskild vårdcentral. Instanserna menar att det finns en risk för att regionen gynnar sina egna vårdcentraler genom att begränsa andra aktörers möjligheter att växa och utveckla sin verksamhet. *Region Stockholm, Almega* och *Vårdföretagarna* anser att det är varje enskild utförare som ska bestämma huruvida antalet listade patienter ska begränsas. Enligt utredningen bör ett listningstak inte få användas för att hindra en utförare från att växa på ett patientsäkert sätt. Enligt regeringen kan det dock inte bortses från att utredningens förslag, enligt dess ordalydelse, innebär att en region skulle kunna besluta om en listningsbegränsning mot en utförares vilja. Det kan i sammanhanget konstateras att någon möjlighet att få beslutet överprövat på annat sätt än genom laglighetsprövning enligt kommunallagen inte föreslås. Att å andra sidan,

som vissa remissinstanser förordar, låta utföraren ensam bestämma hur många patienter som får lista sig där kan inte anses förenligt med regionernas övergripande ansvar för att planera och dimensionera hälso- och sjukvården i regionen. Regeringen föreslår därför en bestämmelse som innebär att det är regionen som ska få besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos en utförare men att det enbart ska få ske på begäran av utföraren i fråga. Därigenom minskar risken för snedvriden konkurrens.

Regeringen delar utredningens bedömning att de närmare ramarna för när det finns skäl för listningsbegränsning inte bör anges i lagen utan vara tema för dialog mellan huvudman och utförare. Det är dock regionen som fattar beslutet. Enligt regeringens mening är det främst i den situation som utredningen pekar på, dvs. där utförare visar på en alltför stor belastning och allvarliga brister i patientsäkerhet eller arbetsmiljö, som en begränsning bör kunna bli aktuell. Beslutet om listningstak kan med fördel vara tidsbegränsat.

Utredningen anför att en utförare som visar på en alltför stor belastning och brister i patientsäkerhet eller arbetsmiljö inte får nekas en listningsbegränsning. Ett par remissinstanser lyfter också risken att regionen inte beslutar att begränsa det antal patienter som får vara listade hos en utförare, trots att det skulle vara motiverat av exempelvis patientsäkerhets- eller arbetsmiljöskäl. Regeringen ser mot denna bakgrund ett behov av att i någon mån reglera regionens möjlighet att neka en listningsbegränsning. Det är dock inte möjligt att bortse från regionens ansvar att planera och dimensionera primärvården. Regeringen föreslår därför en bestämmelse som innebär att regionen får avslå en utförares begäran om listningsbegränsning helt eller delvis men enbart om det finns särskilda skäl.

Särskilda skäl för regionen att helt eller delvis avslå en utförares begäran genom att helt neka en begränsning eller besluta om ett högre listningstak än utföraren önskar, bör enligt regeringens mening kunna finnas om den begärda begränsningen skulle påverka patienternas valfrihet eller tillgängligheten inom primärvården i regionen på ett påtagligt negativt sätt. Flera regioner påpekar att det i en del geografiska områden endast finns ett fåtal utförare och att ett listningstak skulle kunna innebära att många patienter blir tvungna att välja en vårdcentral långt ifrån hemmet. Andra remissinstanser, bl.a. några regioner, invänder att en listningsbegränsning skulle minska valfriheten på så sätt att vissa patienter inte kan lista sig hos den utförare som utgör det bästa alternativet för honom eller henne, vilket kan leda till en mer ojämlig vård. Regeringen konstaterar att regionerna har ett ansvar att planera och organisera hälso- och sjukvården utifrån invånarnas behov av en god och nära vård och förutsätter att regionerna inför ett beslut om listningsbegränsning beaktar risken för sämre tillgänglighet och valfrihet, bl.a. när det gäller frågan under hur lång tid en eventuell begränsning ska gälla. Införandet av listningsbegränsningar behöver balanseras mot den totala kapaciteten i primärvården. Den listningstjänst som föreslås förväntas kunna utgöra ett stöd i regionernas analyser av utbud och behov hos befolkningen. Regionerna bör vidare ställa höga krav på utförare även i fråga om digital tillgänglighet för att driva på utvecklingen av de digitala arbetssätten. Detta kan bidra till ökad tillgänglighet och effektivitet i vården och således ett mindre behov av listningsbegränsningar (se vidare

avsnitt 11). Regeringen vill i sammanhanget också understryka vikten av att samtliga utförare uppfyller kraven på en god vård.

Som anförs ovan gör regeringen bedömningen att samtliga av utredningens förslag som rör listning hos utförare får anses avse enbart sådana utförare där den enskilde kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, dvs. vårdcentraler och motsvarande vårdenheter. Även av den nu aktuella bestämmelsen bör det därför framgå att listningsbegränsning kan beslutas för sådana utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket HSL (se avsnitt 5). Förslaget gör ingen skillnad på privata utförare och utförare i regionens egen regi.

Utredningen föreslår en bestämmelse om att ett beslut om listningsbegränsning ska föregås av samråd mellan regionen och utföraren. Med regeringens förslag att beslutet ska initieras av utföraren bedöms en bestämmelse med krav på samråd som onödig.

Vissa remissinstanser befarar att utförarna, om de får möjlighet att begränsa antalet listade patienter, kommer att försöka välja bort invånare med stora vårdbehov och andra mindre önskvärda patienter. Detta resonemang förutsätter dock att bortprioriteringen av vissa patienter görs redan innan listan är full, vilket inte får förekomma. Dessutom är avsikten att listningssystemet ska inrättas på ett transparent sätt där valmöjligheter, eventuell kö m.m. redovisas öppet och där valet görs av patienten inom ramen för en central listningstjänst, inte genom att helt hanteras av enskilda vårdcentraler och i det fördolda.

Svenska Läkaresällskapet anser att det bör finnas en högsta nivå för antalet listade per läkare. Såsom anförs ovan (avsnitt 5) ser regeringen positivt på att utförare listar sina patienter på enskilda läkare. Utförarna bör sätta sina egna gränser för hur många patienter som varje läkare bör ha. Socialstyrelsen har i uppdrag att ta fram ett nationellt stöd för verksamhetschefer och vårdgivare för lämplig fördelning av patientansvar på funktionen fast läkarkontakt (S2020/03319).

Socialstyrelsen efterlyser en reglering om att patienter ska få möjlighet att ställa sig i kö för listning om en utförare har fullt med patienter. I avsnitt 6 instämmer regeringen med utredningen om att det inom ramen för listningstjänsten bör finnas möjligheter för patienten att ställa sig i kö till en utförare vars lista är begränsad. Regeringen föreslår vidare ett bemyndigande att meddela föreskrifter om kösystem.

Regionens beslut om listningsbegränsning torde kunna överklagas och bli föremål för laglighetsprövning enligt bestämmelserna i 13 kap. kommunallagen. Det kan också nämnas att det i fråga om såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet finns statliga tillsynsmyndigheter.

Förslaget innebär en skyldighet för regionerna att pröva huruvida listningsbegränsningar ska införas för utförare. Förslaget begränsar därför den kommunala självstyrelsen men anses inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till syftet, dvs. att förbättra arbetsmiljön för utförarens personal och därmed även patientsäkerheten. Regeringen finner att inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är proportionerlig och därmed godtagbar.

Upphandlingsmyndigheten anför att det kan finnas upphandlingsrättsliga (unionsrättsliga) begränsningar av möjligheten att göra ändringar i ingångna kontrakt. Inom ramen för ett vårdvalssystem kan den enskilde välja bland utförare som godkänts enligt LOV eller upphandlats enligt LOU och utförare i regionens egen regi. Valfrihetssystem omfattas inte av upphandlingsdirektiven. Vidare är hälsovårdstjänster i stor utsträckning undantagna från direktiven och för dessa tjänster gäller LOU endast i begränsad omfattning. Att de grundläggande gemenskapsrättsliga principerna om bl.a. likabehandling och icke-diskriminering ska gälla i ett valfrihetssystem och vid upphandling av hälsovårdstjänster framgår dock av 1 kap. 2 § LOV respektive 4 kap. 1 § LOU. Principen om icke-diskriminering innebär här att geografisk diskriminering i form av krav på att leverantören ska ha sin hemvist eller sitt säte inom ett visst område inte är tillåten. Kravet på likabehandling och icke-diskriminering medför att alla ansökningar från leverantörer om att delta i valfrihetssystemet ska behandlas lika i alla skeden av förfarandet. I förarbetena anges att den upphandlande myndigheten i största möjliga utsträckning ska ge sin egenregiverksamhet samma förutsättningar och ställa samma krav på den som ställs på externa leverantörer. Någon total konkurrensneutralitet kan dock vara svår att uppnå eftersom den upphandlande myndigheten måste ta det yttersta ansvaret för att tjänsterna tillhandahålls (prop. 2008/09:29 s. 62). I sammanhanget kan det också påpekas att bestämmelsen i 7 kap. 3 § andra stycket HSL innebär att alla utförare inom ett vårdvalssystem ska behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat.

De tjänster som omfattas av valfrihetssystemet ska beskrivas i ett förfrågningsunderlag. Av förfrågningsunderlaget ska det framgå vilka krav och villkor som samtliga leverantörer måste uppfylla och följa för att bli godkända. Kraven och villkoren ska vara proportionerliga och relevanta i förhållande till de tjänster som valfrihetssystemet omfattar. De krav och villkor som ställs inom ramen för ett valfrihetssystem kan ändras. Möjligheten till förändringar behöver dock framgå av förfrågningsunderlaget och avtalet. Villkoren måste också ändras i samma utsträckning för samtliga leverantörer.

Samtliga utförare inom ett vårdvalssystem måste uppfylla gällande lagstiftning. Den bestämmelse som föreslås i hälso- och sjukvårdslagen om att regionen får besluta om begränsning av antalet listade patienter hos en utförare bör ses som ett villkor för att få delta i vårdvalssystemet som gäller oavsett om det framgår av förfrågningsunderlaget och avtalet eller inte. Det bör därför inte ses som en förändring av avtalet om bestämmelsen aktualiseras. Eftersom bestämmelsen kommer att omfatta alla utförare som är eller önskar vara med i ett vårdvalssystem får kravet på likabehandling också anses vara uppfyllt. Några EU-rättsliga hinder mot att införa bestämmelsen bedöms därmed inte finnas.

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

Prop. 2021/22:72

Regeringens förslag: Hos en sådan utförare inom ett vårdvalssystem inom primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska vårdgarantin gälla endast om den enskilde är listad hos utföraren.

Regeringens bedömning: Frågan om huruvida vårdgarantin inom primärvården bör utvidgas till att även gälla när den enskilde har listat sig hos en utförare i någon annan region än hemregionen bör ses över.

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2019:42): Överensstämmer delvis med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår en bestämmelse i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) om att vårdgarantin inom primärvården, med undantag för vad som sägs i 8 kap. 3 § HSL, gäller hos den utförare där patienten är listad. Utredningen bedömer att vårdgarantin även fortsatt endast bör gälla den som omfattas av regionens ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 § HSL.

Remissinstanserna: Majoriteten av de remissinstanser som yttrar sig specifikt över förslaget tillstyrker eller ställer sig positiva till det. Bland de tillstyrkande instanserna finns *Region Dalarna*, *Region Gävleborg*, *Region Sörmland*, *Region Blekinge*, *Region Jönköpings län*, *Region Skåne*, *Region Värmland*, *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)*, *KRY*, *Min Doktor*, *Doktor.se*, *Oriola* och *SPF seniorerna*. Region Blekinge är positiv till att vårdgarantin ska gälla på den listade enheten då det bedöms bidra till att patienten i första hand vänder sig till denna men det får inte påverka regionens uppfyllande av kravet i hälso- och sjukvårdslagen om att den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. Region Skåne anser att förslaget stärker kontinuitet, tillgänglighet och god vård, liksom relationen mellan den listade patienten och utövaren. Region Värmland menar att förslaget främjar en god planering och resurssättning av vården. SPF seniorerna bedömer att en vårdgaranti knuten till utförare borde förbättra både tillgänglighet och kontinuitet, dock med en viss inskränkning av valfriheten för patienten vilket SPF seniorerna accepterar. SFAM framhåller att den omständigheten att merparten av utförarens listade personer bor i närområdet underlättar hembesök/hemsjukvård och samarbete med andra samhällsinstanser/organisationer i området samt ökar förståelsen för befolkningens livsvillkor.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) anser att det är svårt att bedöma konsekvenserna av förslaget. Å ena sidan ställer det ökade krav på den valda utföraren, å andra sidan frågar nämnda instans sig vad som sker om utföraren inte kan leva upp till kraven i vårdgarantin. SLS anser att en förändring av ansvaret för vårdgarantin behöver kompletteras med en tydlig beskrivning av hur en vårdgivare som inte kan möta vårdgarantin löser situationen och vilket ansvar huvudmannen har i en sådan situation. Även *Region Halland* anser att det är oklart hur patienten ska kunna agera om den valda vårdcentralen inte kan erbjuda besök inom rimlig tid.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) anser att frågan om huruvida det finns skäl att utvidga vårdgarantin till att omfatta patienter från andra

regioner inte är tillräckligt belyst avseende vilka konsekvenser det kan få för patienterna eller varför en ändring i nuläget inte ska ske. *Region Jämtland Härjedalen* påpekar att förslaget innebär att om en patient väljer en vårdgivare utanför det egna länet så gäller vårdgarantin varken i hemregionen eller i en annan region. Regionen anser att all vård ska utgå från prioriteringar och vara behovsstyrd. *Region Stockholm* anser att vårdgarantin ska utvidgas till att omfatta patienter som väljer en vårdgivare i en annan region än hemregionen.

Region Norrbotten anser att en begränsning av vårdgarantin till listad utförare kan bli problematiskt i kombination med listningstak och begränsning av antalet byten. Regionen ifrågasätter vad som händer med tillgängligheten för de patienter som inte får plats hos de bästa utförarna som klarar vårdgarantin och anser att det finns en risk för att förslaget bidrar till minskad jämlikhet i stället för det omvända.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys avstyrker förslaget och anser att personer som väljer att lista sig hos en utförare utanför den egna regionen i praktiken bestraffas genom att helt undantas från vårdgarantin. Myndigheten menar att det bl.a. drabbar personer som bor och arbetar i olika regioner och personer som bor nära en regiongräns och som har sin närmsta primärvårdsutförare på andra sidan regiongränsen. Ur ett patientperspektiv står begränsningen knappast i proportion till det eventuella utökade planeringsansvar som patienterna innebär för regionerna. *Socialstyrelsen* avstyrker förslaget och menar att det är av vikt att det tydligt framgår att vårdgarantin fortsatt är regionens ansvar som inte går att förskjuta till utföraren. Myndigheten menar att ifall utföraren där patienten är listad inte kan uppfylla vårdgarantin ska patienter erbjudas en alternativ utförare inom primärvården. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Region Västerbotten*, *Region Örebro län* och *Region Kalmar län* avstyrker förslaget eftersom det inte uppfyller kraven i hälso- och sjukvårdslagen på att den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. SKR anför att om förslaget genomförs skulle behovet av tillgänglighet inte utgå från individens behov utan från var man är listad. Dessutom riskerar förslaget att medföra fler omlistningar vid dålig tillgänglighet och ett ensidigt fokus på tillgänglighet som grund för val.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Vårdgarantin inom primärvården ska enbart gälla hos den utförare där patienten är listad

Regionen ska enligt 9 kap. 1 § HSL erbjuda vårdgaranti åt den som är bosatt inom regionen, åt den som har skyddad folkbokföring och som stadigvarande vistas inom regionen och åt personer som omfattas av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Vårdgarantin reglerar inte huruvida vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. Vårdgarantin inom primärvården handlar om att samma dag få komma i kontakt med primärvården och om att inom tre dagar få en medicinsk bedömning. I allt väsentligt är vårdgarantin således en garanti som anger den tid som en patient som längst ska behöva vänta för att få kontakt, tid för besök eller behandling. Vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen.

Det finns en stark koppling mellan tillgänglighet till och förtroende för hälso- och sjukvården. En bristande tillgänglighet riskerar att underminera befolkningens förtroende för vården. Att vården är och uppfattas som tillgänglig är därför viktigt inte bara för den enskilda patienten utan också för den långsiktiga hållbarheten i hälso- och sjukvårdssystemet. Den nuvarande utformningen av vårdgarantin uttalar endast ett övergripande ansvar för regionen. För primärvårdsmottagningarna kan den däremot anses innebära att alla utförare i en region bör ha en beredskap för att kunna ha kontakt med alla patienter i regionen dagligen och inom tre dagar kunna ge en medicinsk bedömning till samma antal personer. Detta kan inte anses rimligt. Det finns därför skäl att tydligare knyta samman patientens val med det som kan förväntas av vården när det gäller bl.a. tillgänglighet.

De delar i vårdgarantin som avser primärvården bör kopplas till den utförare där patienten är listad. En bestämmelse som innebär att vårdgarantin enbart gäller hos den valda utföraren tydliggör dels att ansvaret för den enskilda utföraren i första hand avser den egna listan av patienter, dels att patienten kan förvänta sig tillgänglighet framför allt där han eller hon är listad. Ändringen kan också ge ett ökat incitament till kontinuitet, vilket som tidigare framhållits är centralt, både ur ett patient- och ett systemperspektiv. Vårdgarantin gäller naturligtvis även i de fall där en patient som inte själv valt utförare har listats enligt bestämmelsen om ickevalsalternativ i 9 kap. 2 § LOV (jfr avsnitt 8).

Vissa instanser tar upp frågan vad som händer om den utförare där patienten är listad inte kan uppfylla vårdgarantin. Det kan konstateras att förslaget inte innebär någon förändring i regionens ansvar för att planera sin hälso- och sjukvård så att befolkningens behov av en god vård tillgodoses. Liksom *Socialstyrelsen* anser regeringen därför att om den valda utföraren inte uppfyller vårdgarantin måste det finnas alternativa utförare för patienten att vända sig till.

Region Norrbotten befarar att förslaget, i kombination med begränsningar av antalet tillåtna byten av utförare och av antalet patienter som får lista sig hos en utförare, kan leda till minskad jämlikhet när patienter inte får plats hos utförare som klarar vårdgarantin. Som anförs i avsnitt 7 bör den omständigheten att en utförare inte ger vård i rätt tid kunna utgöra särskilda skäl för att patienten ska få göra fler än två byten av utförare per år. Patienten har därmed möjlighet att, trots att två byten redan gjorts, lista om sig hos en utförare som klarar vårdgarantin. Förslaget om att regionerna ska kunna besluta om s.k. listningstak (avsnitt 9) bedöms inte nämnvärt komma att påverka den enskildes möjlighet att få plats hos utförare som klarar vårdgarantin eftersom sådana beslut sannolikt främst kommer att fattas av huvudmannen på begäran av utförare som redan har alltför många patienter för att kunna ge vård i rätt tid.

Flera remissinstanser anser att förslaget inte uppfyller kraven i 3 kap. 1 § andra stycket HSL om att den som har det största behovet av vård ska ges företräde till vården. *SKR* anför att förslaget medför att behovet av tillgänglighet inte skulle utgå från individens behov utan från var man är listad. Det bör betonas att förslaget inte innebär att en patient som är listad hos en utförare och där omfattas av vårdgarantin ska ges företräde framför en patient som har större behov av vård men som inte är listad där. Även fortsättningsvis vilar vårdgarantin för varje enskilt fall på beslut av den

medicinska professionen. Detta innebär i sin tur att vårdgarantin är beroende och begränsas av de prioriteringar som görs i hälso- och sjukvården, vilka alltid ska utgå från den av riksdagen fastställda prioriteringsordningen (jfr prop. 2009/10:67 s. 40 f. och prop. 2013/14:106 s. 97 f.).

Bestämmelsen om vårdgaranti där patienten är listad bör föras in i lag

Utredningen föreslår en bestämmelse i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen om att vårdgarantin enligt punkterna 1 och 2 i den paragrafen, dvs. tillgänglighetsgarantin och bedömningsgarantin inom primärvården, med undantag för vad som sägs i 8 kap. 3 § HSL gäller hos den utförare där patienten är listad.

Den föreslagna bestämmelsen avser ett åliggande för regionerna och ska därför som huvudregel meddelas genom lag (8 kap. 2 § första stycket 3 regeringsformen). Det finns i och för sig inga hinder för lagstiftaren att delegera föreskriftsrätten till regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer (8 kap. 3 § första stycket och 10 § regeringsformen). Enligt regeringens mening är dock bestämmelsen av sådan grundläggande karaktär att den bör regleras i lag, lämpligen som ett nytt andra stycke i 9 kap. 1 § HSL.

Som anförs ovan (avsnitt 5) får samtliga av utredningens förslag som rör listning hos utförare inom vårdvalssystem anses avse enbart sådana utförare där en fast läkarkontakt finns, såsom vårdcentraler och husläkarmottagningar. Denna begränsning bör framgå även av den nu aktuella bestämmelsen. Att vårdgarantin inte gäller om patienten listar sig hos en utförare i en annan region framgår redan av såväl 8 kap. 3 § som 9 kap. 1 § HSL (se nedan).

Frågan om huruvida vårdgarantin i primärvården ska gälla även utanför hemregionen bör utredas

Att vårdgarantin inte omfattar utomlänspatienter framgår indirekt av 9 kap. 1 § HSL. Detta har gällt ända sedan vårdgarantin lagstod 2010. Frågan aktualiserades åter i samband med införandet av bestämmelserna om patientens fria val av utförare av offentligt finansierad öppen vård. Enligt 8 kap. 3 § första stycket HSL ska regionen erbjuda öppen vård åt den som omfattas av en annan regions ansvar för hälso- och sjukvård. Vården ska ges på samma villkor som de villkor som gäller för regionens egna invånare. Dock omfattas en utomlänspatient inte av vårdgarantin. I förarbetena anfördes att en patient som väljer att vårdas i ett annat landsting kan anses ha avstått frivilligt från vårdgaranti i det egna landstinget (prop. 2013/14:106 s. 91).

Utredningen ser inga skäl till att i nuläget utvidga vårdgarantin till att även gälla patienter från andra regioner, bl.a. eftersom det skulle bidra till att spä på de planeringssvårigheter som uppstod för regionerna i samband med att bestämmelserna om utomlänsvård infördes. Utredningen bedömer vidare att den rådande begränsningen kommer att sakna praktisk betydelse för patienten. I och med att valet av utförare i en annan region också ska ske genom listning är det enligt utredningen osannolikt att vårdgivarna i det dagliga arbetet kommer att särbehandla patienter från andra regioner. Några remissinstanser är dock kritiska till att de patienter som väljer en utförare i en annan region än hemregionen över huvud taget inte omfattas

av vårdgarantin inom primärvården och ifrågasätter därför utredningens ställningstagande. Prop. 2021/22:72

Vårdgarantin inom primärvården handlar om att samma dag få komma i kontakt med primärvården och om att inom tre dagar få en medicinsk bedömning. Regeringen gör bedömningen att även om det är inom övriga delar av vården som de långa väntetiderna förekommer, bör de problem som kan uppstå om den enskilde inte får vård i rätt tid inom primärvården inte förringas.

Utifrån det beredningsunderlag som finns i det här lagstiftningsärendet kan vårdgarantin i primärvården inte nu utvidgas till att även gälla patienter som har listat sig hos utförare i någon annan region än hemregionen. Regeringen anser dock att frågan bör ses över. I avvaktan på resultatet av en sådan utredning kan det konstateras att även om patienten inte omfattas av vårdgarantin hos den valda utföraren i en annan region ska han eller hon naturligtvis ingå i de prioriteringar som utföraren gör baserat på de medicinska behov som patienten har (jfr prop. 2013/14:106 s. 91).

11 Tydligare krav på utförare i primärvården

Regeringens förslag: Listning hos en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska enbart få göras om verksamheten bedrivs i en regions egen regi eller om utföraren har ett kontrakt med en region enligt lagen om valfrihetssystem eller lagen om offentlig upphandling.

Regeringens bedömning: Primärvård som utförs av en underleverantör bör även fortsättningsvis kunna ersättas inom ramen för fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag.

Regionerna bör ställa höga krav på både fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlag.

Utredningens förslag och rekommendationer (SOU 2019:42): Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag och bedömning. Utredningens förslag har främst en annan lagteknisk utformning.

Remissinstanserna: Den övervägande majoriteten av remissinstanserna tillstyrker lagförslaget och den tillhörande rekommendationen om underleverantörer eller har inte några invändningar mot dessa. Bland de tillstyrkande instanserna hör *Upphandlingsmyndigheten*, *Region Gävleborg*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Skåne*, *Region Värmland*, *Region Västerbotten*, *Region Västmanland*, *Svenska Läkaresällskapet* och *Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)*.

Region Örebro län välkomnar ökad tydlighet i avtal och skyldigheter för huvudleverantör och underleverantör och anser att valbarheten ska gälla huvudleverantören.

Region Blekinge anser att det ska vara självklart att listning endast ska kunna ske hos utförare inom vårdvalssystem eller motsvarande och är positiv till att vård som erbjuds av en underleverantör hanteras inom utförarens uppdrag.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) menar att förslaget är rimligt om det kommer att medföra att de rent digitala vårdgivarna knyts till fysisk vård genom listning.

Pensionärernas Riksorganisation (PRO) är positiv till förslaget, vilket bidrar till tydligare styrning av utförare. PRO är däremot tveksam till rekommendationen att primärvården ska kunna använda sig av underleverantörer.

Socialstyrelsen har inga invändningar mot förslaget men ser en risk att digitala vårdgivare ska koncentrera sin verksamhet till vissa regioner och därmed spä på ett eventuellt geografiskt ojämnt utbud. Socialstyrelsen menar att det därför är angeläget att regionerna säkerställer att digitala vårdtjänster finns tillgängliga i hela landet.

Enligt *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* föreslår utredningen att det endast är den avtalsansvariga vårdvalsutföraren som ska ersättas av regionen. En underleverantör till en utförare som har ett kontrakt med en region ska bara kunna erbjuda tjänster till den avtalsansvariga vårdvalsutförarens listade patienter. Detta skulle enligt SKR innebära att dagens digitala vårdgivare antingen måste ha ett eget kontrakt med en region och ha fysiska vårdgivare som underleverantörer eller som i dag själva vara underleverantörer till en vårdcentral som har kontrakt med en region. I båda fallen kommer de dock endast att kunna ta emot de patienter som är listade på den kontraktsägande vårdcentralen. SKR, liksom *Region Kalmar län*, menar att det finns en stor osäkerhet om i vilken riktning utvecklingen skulle gå om underleverantörerna begränsades på detta sätt och att det finns en risk att både utförare och patienter på olika sätt försöker kringgå regelverket.

Upphandlingsmyndigheten konstaterar att utredningen för en diskussion om innebörden av att vara underleverantör enligt LOU och LOV. Enligt myndigheten krävs ett klargörande av vilken typ av underleverantör som avses om förslaget införs eftersom begreppet i upphandlingssammanhang har en rad olika innebörder. Även Region Skåne ser ett behov av att definiera begreppet underleverantör i relation till utvecklingen av digitala, icke-geografiskt bundna hälso- och sjukvårdstjänster. Regionen menar även att det är viktigt att skapa förutsättningar för att flera utförare ska kunna samverka om uppdraget och att det är bra att huvudenshetens ansvar förtydligas.

Ett stort antal remissinstanser ställer sig bakom eller har inga invändningar mot rekommendationen om att regionerna bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlaget, däribland Socialstyrelsen, Svenska Läkarsällskapet, *Kommunal, Landsorganisationen i Sverige (LO)*, *Praktiker-tjänst AB*, SKR samt en majoritet av regionerna.

Region Blekinge är positiv till rekommendationen och anför att efterfrågestyrningen av primärvård via utförare med enbart digitala (eller motsvarande) konsultationer behöver begränsas. *Region Gotland* ställer sig i grunden positiv till rekommendationen men ser ett behov av att nationellt samordna regionernas arbete med att teckna avtal. Region Jämtland Härjedalen anser att för att leva upp till kraven på tillgänglighet, behöver arbetet i alla patientflöden inom hälso- och sjukvården som helhet nyttja de möjligheter som digitaliseringen kan innebära. För att klara detta krävs en förändring av beteende, kompetensutveckling, långsiktighet och

fortsatta finansiella satsningar. *Region Jönköpings län* delar utredningens bedömning att det inte bör skapas ett särskilt nationellt system eller egen vårdnivå för de s.k. nätläkartjänsterna. Digitala verktyg och tjänster ska ses som del av den hälso- och sjukvård som ges av regionerna.

Svenska Läkaresällskapet är positivt till att integrera digitala verktyg i den traditionella vården, och att detta kan ske genom krav i förfrågningsunderlagen. Det kräver dock att systemen är på plats och integrerade i verksamheten. Svenska Läkaresällskapet anser att digitaliseringens eventuella förmåga att lindra resursbristen bör undersökas systematiskt via ett gradvis och ordnat införande, dvs. en systematisk genomgång och värdering av kunskapsläget.

SKR instämmer i att en stor del av vårdutbudet behöver erbjudas i integrerad form men att de flesta regioner förmodligen skulle se det som en onödig detaljstyrning att reglera i uppdraget på vilket sätt det ska ske. En utveckling mot integrering av fysisk och digital kontakt är i stor skala redan på gång hos leverantörerna i vårdvalssystemen.

Upphandlingsmyndigheten är tveksam till utredningens rekommendation att samtliga utförare inom primärvården ska vara fysiskt och digitalt tillgängliga. Ett sådant krav kan begränsa utförares möjligheter att specialisera sig och utveckla nya tjänster inom primärvården. Samtidigt menar myndigheten att ett krav på såväl fysisk som digital tillgänglighet är naturligt i dagens samhälle.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys instämmer i utredningens övergripande slutsats att digital vård har stora möjligheter att bidra till både en ökad tillgänglighet och effektiviseringar samt att tillgången till digital vård är en viktig förutsättning för framtidens primärvård. Däremot är myndigheten inte övertygad om att utredningens förslag garanterar en jämlik tillgång till digital vård även i fortsättningen. Om dagens digitala vårdgivare i framtiden ska ingå i samma valfrihetssystem som traditionella primärvårdsutförare, och därmed behöver kunna erbjuda både digital och fysisk vård, är det en hög risk att de väljer att begränsa sin verksamhet till större städer. Utan en lika stark konkurrens från de privata aktörerna är det samtidigt osäkert om regionerna verkligen kommer att vilja och kunna erbjuda digitala tjänster som motsvarar dagens utbud när det gäller tjänsternas tekniska kvalitet och tillgänglighet utanför arbetstid. Myndigheten anser att utredningens rekommendation om att digital vård och digitala kontaktvägar ska erbjudas av samtliga vårdgivare över hela landet är en alltför svag form av styrning, att ett decentraliserat ansvar för digi-fysisk vård minskar möjligheterna till skal fördelar, att det finns en risk för höga utvecklingskostnader om varje region enskilt utformar digitala lösningar samt att alltför mycket styrning och reglering av de digitala vårdgivarna kan begränsa hälso- och sjukvårdens innovationskraft och därmed hindra dess utveckling.

KRY, Min Doktor och *Doktor.se* anför att de avstyrker förslaget om ett lagstadgat krav på fysisk närvaro för att tillåtas erbjuda hälso- och sjukvård. Konsekvenserna skulle i praktiken innebära en försämrad tillgänglighet för patienterna, främst i de delar av landet som är glest befolkade och som skulle bli underförsörjda både vad gäller digital och fysisk vård.

Swedish Medtech menar att förslaget kommer att geografiskt begränsa den digitala vården, vilket är kontraproduktivt eftersom en klar fördel är att en digital vårdutförare kan nå hela landet och ge en mer jämlik vård.

Swedish Medtech anser att det bör tas fram nya affärsmodeller som är väl anpassade till digitaliseringen och som tar hänsyn till styrkan i att t.ex. vara geografiskt obegränsad i stället för att anpassa de nya digitala arbetsmetoderna till gamla affärsmodeller. Enligt organisationen innebär förslaget en viss inskränkning av patientens valmöjligheter.

Svenskt Näringsliv påpekar att om det finns ett krav på fysisk vårdcentral i varje region för att erbjuda även rent digitala besök ökar etablerings- och verksamhetskostnader kraftigt och skalbarheten i de digitala besöks-tjänsterna hämmas. Konstruktionen riskerar också att hämma utvecklingen av andra tjänster, t.ex. digitala besök och digitalt stöd för patienter inom andra specialiteter än allmänmedicin. En möjlig utveckling av utredningens förslag är att de vårdgivare som i dag enbart erbjuder digitala besök etablerar vårdcentraler i de största regionerna men inte i övriga vilket skulle vara negativt för möjligheten till likvärdig vård i hela landet.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Digitaliseringen inom primärvården

Som tidigare nämnts (avsnitt 4) har svensk primärvård under en längre tid lidit av bristande tillgänglighet. För patienten finns således incitament att söka sig någon annanstans än till den valda utföraren, t.ex. till akut-mottagningen eller en annan vårdcentral som har lediga tider. Mot denna bakgrund menar utredningen att de nationella digitala vårdgivarna har stöttat utvecklingen av tillgängligheten i primärvården. Det gäller dels den snabba tillgången till kvalificerad bedömning av läkare eller annan profession t.ex. genom s.k. appar, dels möjligheten för patienten att påbörja ett ärende digitalt och därefter invänta svar, i stället för att sitta i telefonköer och anpassa kontakten till särskilda tider.

Digitaliseringen går i dag mycket snabbt och erbjuder stora möjligheter för hälso- och sjukvården. Det har varit särskilt tydligt under coronapandemin. Digitaliseringen innebär även en möjlighet för samhället att mer effektivt såväl förbättra tillgängligheten som möta det ökade vårdbehovet, inte minst genom en ökad integrering mellan digital och fysisk vård. Samtidigt visar undersökningar att användningen av digitala tjänster är ojämnt fördelad över befolkningen. Människor i tätbebyggda områden och storstadsområden använder sig av digitala vårdtjänster i högre utsträckning än andra i befolkningen. Kvinnor använder sig av dem i större utsträckning än män och åldersmässigt är det främst småbarn och vuxna mellan ca 18 och 40 år som är användare (SOU 2018:55).

Utvecklingen av digitala vårdbesök via s.k. appar inom primärvården har fått stort genomslag de senaste åren. Enligt utredningen beror utvecklingen delvis på en bestämmelse i patientlagen som gav patienten möjlighet att söka öppenvård utanför hemregionen. Bestämmelsen har möjliggjort en snabb utveckling och etablering i primärvården av ett stort antal aktörer som erbjuder sig att ta emot patienter genom digitala konsultationer, företrädesvis genom appar. Patienternas besök hos de digitala aktörerna sker inom regionernas vårdval och ersätts inom desamma.

I avsnitt 5 föreslås att patientens val av utförare inom primärvårdens vårdvalssystem ska ske genom att patienten på förhand listar sig hos en utförare. Regeringen gör liksom utredningen bedömningen att vissa grundläggande krav på de utförare som en patient ska kunna lista sig hos bör anges i lag. Inom vårdvalssystemen kan enskilda i dag välja mellan regionens egna utförare samt privata utförare som tecknat kontrakt med regionen enligt LOV eller LOU. Det är därför naturligt att det i lagen anges att listning får göras enbart hos utförare i en regions egen regi eller hos utförare som med en region har ett kontrakt enligt LOV eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt LOU. Utredningen föreslår att ett av kriterierna ska vara att utföraren är godkänd och har ett kontrakt enligt 1 kap. 1 § LOV. Regeringen föreslår i stället att en hänvisning görs till 8 kap. 3 § samma lag, vilken handlar om tecknande av kontrakt med sökande som har godkänts av den upphandlande myndigheten. Utredningen föreslår vidare att den aktuella bestämmelsen ska föras in i patientlagen. Regeringen anser dock att samtliga förslag som rör listning så långt möjligt bör regleras i en och samma lag, HSL, samt att bestämmelsen om vilka utförare som listning ska få ske hos därför bör tas in i den lagen.

Utredningen lämnar en rekommendation om att primärvård som erbjuds av en underleverantör fortsatt ska kunna erbjudas patienter inom ramen för utförarens uppdrag. Bland annat Upphandlingsmyndigheten efterlyser ett klagörande av vilken typ av underleverantör som avses. Det är främst tre olika alternativ som gäller när en leverantör vill samarbeta med andra i en upphandling. För det första kan enligt 5 kap. 1 § LOV fysiska eller juridiska personer var för sig eller tillsammans med andra leverantörer lämna en ansökan om att delta i ett valfrihetssystem. Den upphandlande myndigheten får inte ställa upp villkor om att en grupp ska ha en bestämd juridisk form för att få lämna en ansökan. Den upphandlande myndigheten får dock begära att en grupp ska ha en viss juridisk form när den blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt. En liknande bestämmelse finns i 4 kap. 5 § LOU. För det andra får enligt 5 kap. 2 § LOV en sökande vid behov åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet i ansökan. (Motsvarigheten till denna bestämmelse i 14 kap. 1 § LOU gäller inte vid upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster.) Dessa möjligheter till samarbete bedöms inte omfattas av utredningens rekommendation. Rekommendationen får i stället anses avse ett tredje alternativ för samarbete, nämligen att huvudleverantören anlitar underleverantörer för att genomföra kontraktet.

Regeringen gör en bedömning som i allt väsentligt motsvarar utredningens rekommendation, nämligen att primärvård som utförs av en underleverantör även fortsättningsvis bör kunna ersättas inom ramen för fullgörandet av huvudleverantörens uppdrag. Vad som ingår i huvudleverantörens uppdrag regleras i förfrågningsunderlaget. Redan i dag gäller att ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare (7 kap. 3 § andra stycket HSL). Valet av utförare föreslås fortsättningsvis ske genom att patienten listas hos en utförare. Det nu aktuella lagförslaget om att listning enbart får göras hos utförare i regionens egen regi eller hos utförare som har ett kontrakt med

regionen enligt LOV eller LOU innebär att exempelvis en digital vårdgivare som saknar eget kontrakt med en region inte kan väljas genom listning och alltså inte heller få offentlig ersättning direkt från regionen. Förslaget hindrar emellertid inte att en utförare som har kontrakt med en region i sin tur ersätter en underleverantör för exempelvis digital vård som har utförts för utförarens räkning. Av utredningen framgår att de digitala vårdgivarna redan i dag i de allra flesta fallen är underleverantör till en vårdcentral som i sin tur har kontrakt med en region som erbjuder ersättning för digitala besök inom ramen för vårdvalssystemet, att de digitala vårdgivarna ersätts via huvudleverantören (vårdcentralen) och att de därmed inte heller i dag får ersättning direkt från regionen.

Enligt utredningen utförs digital hälso- och sjukvård ofta i dag med stöd av 8 kap 3 § HSL, dvs. som utomlänsvård genom att den enskilde vänder sig till en digital vårdgivare som är underleverantör till en vårdcentral som fysiskt finns i och har vårdavtal med en annan region än patientens hemregion. I det s.k. riksavtalet för utomlänsvård, som är en rekommendation från 2015 till regionerna från SKR, regleras vad som gäller när en person får vård utanför sin egen region. Sedan 2017 finns också en av SKR beslutad rekommendation till regionerna om gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården. Av riksavtalet för utomlänsvård framgår att underleverantörer bör kunna anlitas oavsett om detta är reglerat i förfrågningsunderlaget eller inte och att underleverantören via huvudleverantören blir indirekt ansluten till offentlig finansiering.

Varken i utredningen eller i denna proposition föreslås någon lagändring i fråga om utomlänsvården, utom vad gäller att även patientens val av utförare i någon annan region än hemregionen ska ske genom listning. Lagförslaget hindrar inte heller att en och samma digitala vårdgivare samarbetar med flera utförare, kanske i olika regioner. På så vis kan en god digifysisk, dvs. både digital och fysisk, tillgänglighet säkras. Så länge de tjänster som underleverantören utför ligger inom ramen för respektive huvudleverantörs uppdrag enligt förfrågningsunderlaget bör offentlig ersättning kunna lämnas. Vilka följder förslaget kan få för de digitala vårdgivarna beror delvis på exempelvis hur regionerna väljer att formulera sina förfrågningsunderlag, hur ersättningarna för digital vård och för utomlänsvård beräknas samt i vilken utsträckning olika utförare väljer att tillhandahålla både fysisk och digital vård i egen regi. Även regionerna kan främjas av att vårdvalssystemen inrättas på ett sätt som gör det attraktivt för digitala vårdgivare att etablera samarbeten med lokala vårdcentraler. För patienterna är det centrala att få en sammanhållen vård som erbjuder god digifysisk tillgänglighet.

Huvudmännen bör ställa krav på ökad integrering mellan fysisk och digital vård i primärvården

Som nämns ovan pågår ett arbete med digitalisering av olika verksamheter i hälso- och sjukvården. Under ett antal år har även offentligfinansierade vårdutförare med digital inriktning växt fram i snabb takt. För patienter men även för vårdens medarbetare erbjuder de digitala arbetssätten möjligheter till ökad tillgänglighet och en effektiv vård. Utredningen menar dock att icke kontinuitetsbaserade digitala verksamheter inte stöder, utan snarare i vissa fall försvårar, en hållbar och integrerad utveckling i

hela hälso- och sjukvårdssystemet. Nuvarande lagstiftning och styrning är inte anpassad till nationella digitala vårdutförares verksamhet. Vårdens informationsinfrastruktur är inte integrerad och stöder därmed inte ett nationellt vårdutbud. Utredningen konstaterar vidare att regionernas sätt att tillämpa befintligt regelverk i förhållande till nationella digitala vårdgivare, som t.ex. ersättningsnivåer i utomlänsvården, får negativa konsekvenser och ger snedvridna incitament för utförarna. Vården behöver i stället bli mer digifysiskt integrerad och samordnad än i dag samt i högre utsträckning bygga på kontinuitet och individuella önskemål och behov.

Regeringen gör därför samma bedömning som utredningen uttrycker genom en rekommendation, nämligen att regionerna bör ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet hos utförare och tydligt ange sådana krav i förfrågningsunderlaget. Det finns delar av huvudmännens kravställande på utförare som inte täcks av grunduppdraget. En viktig sådan del är att mer aktivt styra vården mot att nyttiggöra digitaliseringen. En självklarhet borde t.ex. vara att det utöver möjligheten till undersökningar och fysiska besök alltid ska finnas digitala kontakt- och kommunikationsvägar, vilket ligger helt i linje med utvecklingen för offentlig sektor i stort. Det innebär t.ex. att olika vårdgivare sinsemellan behöver ta ett ökat ansvar för att olika vårdnivåer och huvudmän i sitt arbetssätt i högre grad utgår från att de som har störst behov ska ha företräde till vården och att främja kontinuitet, sammanhängande vårdkedjor och det mest effektiva omhändertagandet. Det bör påpekas att även kontinuitet är värdefull oavsett om vården ges digitalt eller fysiskt. Konkurrerande parallella spår samt motstridiga ersättningsprinciper och incitament bör utmönstras. För att de digitala arbetssätten fullt ut ska komma medborgarna till del krävs därför vissa systemförändringar. Det är av yttersta vikt att styrsystemen i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor.

Regeringen har i en överenskommelse med SKR för 2021 avsatt medel för bl.a. utvecklingen av digitala arbetssätt för vårdens medarbetare samt för vidare utveckling av första linjens digitala vård inom ramen för 1177 Vårdguiden. Enligt Vision e-hälsa 2025 ska Sverige vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter.

Vissa remissinstanser invänder att rekommendationen om att ställa höga krav på fysisk och digital tillgänglighet riskerar att begränsa utförares möjligheter att specialisera sig och utveckla nya tjänster inom primärvården vilket i sig skulle kunna innebära en försämring i tillgänglighet för patienterna, främst i de delar av landet som är glest befolkade. Med andra ord skulle den redan ojämlika vården bli än mer ojämlik och regioner med stor del landsbygd bli underförsörjda både vad avser digital vård och fysisk vård. I denna proposition bedöms dock tydligare villkor och åtagande i kombination med möjligheten att välja utförare var som helst i landet leda till ökad stabilitet både för patient och utförare samt till ökade möjligheter för ett rimligt åtagande för utföraren, utan att detta får negativa konsekvenser för vårdutbudet på landsbygden.

Andra invändningar från remissinstanserna handlar om risken för minskad tillgänglighet till digital vård om samtliga utförare bör kunna erbjuda patienterna både fysisk och digital vård, t.ex. på grund av höga utvecklingskostnader. Visserligen kan det för små utförare vara svårare att konkurrera både vad gäller tillgänglighet och med ekonomiska förutsätt-

ningar att köpa in exempelvis plattformar, jämfört med utförare som driver flera vårdcentraler. Vad gäller plattformar gör utredningen emellertid bedömningen att regionerna gemensamt, via SKR eller Inera, kan tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan abonnera på. Utredningen lyfter redan existerande exempel på avtal som t.ex. rymmer erbjudande till privata vårdgivare som kan välja att ansluta sig till en regions app eller plattformar, och använda dessa för att ta emot sina patienter.

Ytterligare risker som framförs från vissa instanser är att de nationella digitala vårdgivarnas innovationskraft skulle bli lidande och i sin tur även påverka den digitala utvecklingen i regionerna. Utredningen menar tvärtom att den rådande utvecklingen och systemet med digitala plattformar och utvecklingsarbeten är så pass icke-transparent att det finns skäl att ifrågasätta argumentet om att fler aktörers utveckling leder till innovation. Regeringen anser att innovation är en central del i hälso- och sjukvårdens utveckling och att innovation möjliggörs om regionerna arbetar inkluderande med de digitala vårdgivarna.

12 Regionernas geografiska område ska få delas upp i delområden med separata vårdvalssystem

Regeringens förslag: Regionernas geografiska område ska få delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem.

Regeringens bedömning: Regionerna bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen genom att genomföra offentliga upphandlingar och i det sammanhanget erbjuda bättre ekonomiska villkor och förutsättningar till utförare där det finns ett bristande utbud av primärvård.

Utredningens förslag och rekommendation (SOU 2019:42): Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår att landstingets geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem. Utredningen lämnar även en rekommendation om behovet av att utveckla och diversifiera formerna för uppdrag inom vårdvalen.

Remissinstanserna: En övervägande majoritet av de remissinstanser som lämnat synpunkter tillstyrker förslaget eller har inga invändningar mot det. Bland dessa instanser finns *Socialstyrelsen*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Upphandlingsmyndigheten*, *Konkurrensverket*, *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, drygt hälften av regionerna, *Vårdförbundet*, *Vårdföretagarna*, *Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)*, *Svensk förening för glesbygdsmedicin* och *Kommunal*. Bland de tillstyrkande regionerna finns bl.a. *Region Stockholm*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Norrbotten*, *Region Värmland*, *Region Örebro län*, *Region Blekinge* och *Region Jönköpings län*.

Socialstyrelsen påpekar att regionerna redan i dag har möjlighet att dela in ett valfrihetssystem i olika geografiska områden med t.ex. olika ersättning. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att det är ett dilemma i dag att olika delar av en region kan ha mycket olika förutsättningar när det gäller t.ex. möjligheter att bemanna primärvården. Nämnda instans menar att en uppdelning av vårdvalssystemet ökar möjligheten att anpassa ersättning och uppdrag efter lokala förutsättningar. Upphandlingsmyndigheten tillstyrker förslaget men anser att detta är möjligt redan i dag. Vidare framför myndigheten att möjligheten till flera vårdvalssystem måste användas så att den inte skapar olika villkor för kommunmedborgare på ett sådant sätt att tillhandahållandet av primärvård kommer i konflikt med den kommunala likställighetsprincipen. SKR anser att det kan finnas behov av att bygga system som ser annorlunda ut, särskilt i glesbygd och i socioekonomiskt svaga delar av en region.

Vårdförbundet ser flera fördelar med förslaget och lyfter möjligheten till upphandling av olika typer av tjänster som med fördel skulle kunna utföras på distriktssköterskemottagningar som står utanför det övriga vårdvalssystemet. Vårdföretagarna betonar att lagen om valfrihetssystem har stora fördelar framför allt för mindre verksamheter där de ekonomiska riskerna med upphandlade avtal med längre bindningstid relativt sett är större.

Svensk förening för glesbygdsmedicin ser förslaget som helt centralt för verksamhet i glesbygd där organisationerna är mindre och ofta lokaliserade närmare varandra.

Västra Götalandsregionen anser att det kan finnas skäl att dela upp regionens geografiska område i flera vårdvalssystem men att en nackdel kan vara att det är svårare att överblicka systemet både för regionen, vårdgivarna och för patienterna. *Region Kalmar län* och *Region Östergötland* tillstyrker förslaget men ser en risk att administrationen av vårdvalen kommer att öka om det blir fler vårdvalssystem inom regionen. *Region Skåne* anser att LOV och den fria etableringen utgör en risk för ojämlikhet när det gäller utbud och vårdkvalitet. Regionen menar att denna konsekvens av lagen går att mildra genom en vidareutveckling av hur lagen används på det sätt som utredningen föreslår. Risken med att justera ersättningssystem och avtal för att skapa incitament till att etableringar sker i särskilda områden är dock att effekterna är svårkontrollerade och i värsta fall kan ge oönskade utfall.

Samtliga remissinstanser som har kommenterat utredningens rekommendation om att regionerna bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen genom att genomföra offentliga upphandlingar ställer sig positiva till den. Socialstyrelsen påpekar att det redan i dag finns en sådan möjlighet för regionerna. Upphandlingsmyndigheten anför att det av betänkandet inte framgår tydligt i vilka situationer ett sådant tillvägagångssätt kan aktualiseras men noterar att även branschen har framhållit denna möjlighet. Konkurrensverket delar bedömningen att det för glest befolkade geografiska områden kan vara ett alternativ att regionen genomför en upphandling enligt LOU med bättre ekonomiska villkor för vårdgivarna än i LOV-systemet. Detta har myndigheten tidigare föreslagit i sina uppföljningar av vårdvalsreformen.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Ett vårdvalssystem får begränsas till en viss del av regionens geografiska område

Vid införandet av kravet på vårdvalssystem i primärvården beslutade samtliga regioner om tämligen likartade ramar för systemen. Vårdvalssystemen omfattade hela respektive regions geografiska område. Alla leverantörer som uppfyllde villkoren i förfrågningsunderlagen kunde etablera sig var som helst i den aktuella regionen. I praktiken har regionerna därefter i stigande grad försökt påverka etableringarnas placering genom utformningen av villkoren, särskilt genom att justera ersättningsnivåerna.

Enligt utredningen råder det en osäkerhet om huruvida en region kan dela upp sitt geografiska område i flera vårdvalssystem. Fördelarna med en sådan uppdelning vore att det på ett enklare sätt skulle vara möjligt att anpassa uppdrag och ersättningar till de varierande förhållanden som kan finnas inom en region, särskilt om regionen består av både tätort och glesbygd eller om det finns stora socioekonomiska skillnader mellan olika delar av regionen. Utredningen konstaterar att det varken av LOV eller HSL framgår att hela regionen ska vara ett enda vårdvalssystem men att det i 7 kap. 3 § HSL anges att regionen inte får begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Detta förefaller enligt utredningen ha tolkats som att inte heller etableringar kan begränsas till ett visst geografiskt område i en region. Såvitt framkommit har frågan inte prövats rättsligt. I 1 kap. 1 § andra stycket LOV anges vidare att den upphandlande myndigheten inte behöver tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda områden, men enligt utredningen är det inte tydligt vad som avses med ”område”.

Enligt regeringens mening ger LOV och HSL regionerna tämligen stor frihet att utforma både vårdvalssystemen och villkoren på sätt som bedöms relevanta. Av 1 kap. 2 § LOV framgår att den upphandlande myndigheten ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. I propositionen Lag om valfrihetssystem (prop. 2008/09:29) anges bl.a. att kommuner och landsting i sin verksamhet ska beakta allas likhet inför lagen samt iaktta saklighet och opartiskhet. De får inte sätta upp några osakliga krav som inte står i proportion till ändamålet och som skulle innebära att leverantörer behandlas olika. Det finns dock inget som hindrar att de upphandlande myndigheterna sätter upp rimliga och motiverade krav som gäller samtliga leverantörer. Det anförs vidare att krav som upphandlande myndigheter kan eller bör ställa på leverantörer t.ex. kan gälla eventuell geografisk begränsning av uppdraget (s. 71 f.). I propositionen anges också att en principiell grund för regleringen av upphandling är att leverantörerna ska väljas ut på ett icke-diskriminerande sätt. Det är inte tillåtet att kräva att leverantören ska ha sin hemvist eller sitt säte inom ett visst geografiskt område. Däremot kan den upphandlande myndigheten kräva att tjänsten ska tillhandahållas inom ett visst geografiskt område (s. 61).

Mot bakgrund av den oklarhet som tycks finnas i denna fråga delar regeringen utredningens bedömning att det finns skäl för förtydliganden i lagstiftningen. I lagrådsremissen föreslogs en bestämmelse om att regio-

nens geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. *Lagrådet* föreslår – eftersom det är svårt att se att det är korrekt att säga att ett område delas upp i system – att detta i stället ska uttryckas på så sätt att det geografiska området får delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem. Regeringen ställer sig bakom Lagrådets förslag.

De separata vårdvalssystemen kan ha olika uppdrag eller villkor i fråga om exempelvis vilka tjänster som ska erbjudas eller när det gäller ekonomisk ersättning.

Några regioner befarar att en uppdelning kan leda till ökad administration, sämre överblick och andra oönskade effekter. Förslaget innebär dock inte någon skyldighet att organisera primärvården på det sätt som avses utan det är upp till varje region att avgöra om den möjlighet som nu ges bör utnyttjas.

Regionerna har en övergripande skyldighet att organisera primärvården i form av vårdvalssystem. Förslaget innebär inte att det i någon geografisk del av regionen får saknas vårdvalssystem för primärvården. Vidare medför det inte någon förändring av nu gällande förhållanden när det gäller patientens valfrihet, dvs. regionen får inte heller fortsättningsvis begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Förslaget påverkar inte heller övriga förslag i propositionen, exempelvis att den enskilde enbart får välja en enda vårdcentral eller motsvarande vårdenhet genom listning.

Den kommunala likställighetsprincipen innebär att kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat (2 kap 3 § kommunallagen [2017:725]). Liksom *Upphandlingsmyndigheten* påpekar är det angeläget att regionerna tillämpar den föreslagna bestämmelsen på ett sådant sätt att denna princip inte kränks på ett otillåtet sätt.

Regionerna bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen genom att genomföra offentliga upphandlingar

Enligt 7 kap. 3 § tredje stycket HSL ska regionen utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Enligt förarbetena till bestämmelsen kan skäl att särbehandla olika utförare finnas exempelvis då ingen utförare är intresserad av att tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget enligt LOV och därför gör en vanlig upphandling enligt LOU, med andra ekonomiska villkor (prop. 2008/09:74 s. 52). Utredningen anför att det verkar finnas en utbredd missuppfattning att en sådan särbehandling inte skulle vara möjlig samt att det kan vara förklaringen till att få eller inga sådana upphandlingar har kommit till stånd.

Regeringen anser i likhet med utredningen att regionerna bör använda möjligheterna att komplettera vårdvalssystemen genom att genomföra offentliga upphandlingar och i det sammanhanget erbjuda bättre ekonomiska villkor och förutsättningar till utförare i områden där det finns ett bristande utbud av primärvård. Detta sätt att stimulera vårdgivare att etablera sig i t.ex. en glesbefolkad eller socioekonomiskt utsatt del av regionen bör utnyttjas oavsett om regionen delat upp sitt geografiska område i delområden med separata vårdvalssystem eller inte.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att med stöd av Konkurrensverket kartlägga hur möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans få delta i ett valfrihetssystem enligt 5 kap. 1 § LOV, alternativt möjligheterna för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § LOU, tillämpas i primärvården. Denna kartläggning redovisades i maj 2021. Regeringen har även gett Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att kartlägga hur tillgänglighet, såväl fysisk som annan, och kvalitet i primärvården i Sveriges landsbygder ser ut i dag och analysera hur denna kan utvecklas för att främja en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Inom ramen för uppdraget ska myndigheten särskilt analysera vilka förutsättningar som finns i dag för att uppnå en ändamålsenlig kompetensförsörjning och digitalisering samt redovisa kostnadseffektiva åtgärder som ansvariga huvudmän och arbetsgivare vid behov kan överväga för att stimulera en sådan utveckling. I uppdraget ingår också att föreslå hur den nationella, regionala och lokala nivån på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt kan främja tillgänglighet till primärvård i landsbygd. Uppdraget ska redovisas senast den 2 november 2021.

Förslaget och bedömningen i detta avsnitt förs fram av regeringen för att regionerna ska ges förutsättningar att utifrån regionala behov organisera vårdvalssystemen och med offentlig upphandling kunna erbjuda bättre villkor för att locka fler utförare att etablera sig i områden där det i dag råder en brist på vårdgivare. Regeringen kommer att följa utvecklingen inom detta område.

13 Vem kan vara fast läkarkontakt i primärvården?

Regeringens bedömning: En fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, geriatric eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

En myndighet bör få i uppdrag att särskilt analysera vilka behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta och vilka kompetenser som bäst kan tillmötesgå behoven.

Utredningens förslag (SOU 2018:39): Överensstämmer inte med regeringens bedömning. I betänkandet föreslås ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.

Utöver bemyndigandet föreslår utredningen att det i hälso- och sjukvårdsförordningen ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, geriatric eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialitjänstgöring i allmänmedicin.

Remissinstanserna: Relativt få instanser berör detta förslag. *Föreningen Sveriges Socialchefer, Region Kronoberg, Malmö kommun,*

Sjukhusläkarna, SPF Seniorerna, Svenska läkaresällskapet (SLS), Vårdförbundet, Region Värmland, Region Västerbotten och Region Västmanland tillstyrker eller uttrycker att de inte har några invändningar mot förslaget.

Region Kalmar län anser att även om man stöder förslaget att ST-läkare samt läkare med annan specialistkompetens än allmänläkare kan vara fast läkarkontakt måste det finnas allmänspecialister på enheten. Även *Region Västerbotten* uttrycker att kravet på specialistkompetens inom allmänmedicin bör vara huvudregel. *Region Norrbotten* uttrycker tveksamhet kring i vilken utsträckning läkare med andra specialiseringar än allmänmedicin bör fungera som fast läkarkontakt. *Svenska distriktsläkarforeningen* anser att skrivningen ”annan specialistkompetens med lång erfarenhet av primärvårdsarbete” är alldeles för otydlig och framhåller att risken är stor att man i en bristsituation sänker kompetenskraven, vilket kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet.

Region Stockholm avstyrker förslaget och föreslår att en fast läkarkontakt ska vara specialist i allmänmedicin eller ha sådan kompetens som regionen beslutar. Att styra bemanning måste enligt regionen vara ett huvudmannabeslut. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* ifrågasätter utredningens förslag att det ska införas krav på att en fast läkarkontakt i primärvården ska ha en särskild specialitet och anger att bristen på specialister i allmänmedicin är huvudorsaken till ställningstagandet. En reglering förutsätter att kompetensförsörjningssituationen förbättras eller att något slags övergångslösning införs fram till dess. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* noterar även att liknande krav har funnits sedan 1990-talets början fram till och med 2010 men inte verkar ha haft någon större inverkan på bristen på specialister i allmänmedicin. *Region Dalarna* anser att en fast läkarkontakt i primärvården också ska kunna vara psykiater, med anledning av att primärvården är i en snabb utvecklingsfas när det gäller kompetensområdet psykiatri och att personer med lätta och medelsvåra tillstånd i större utsträckning kommer att få vård och behandling inom primärvården.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen föreslår ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha. Enligt utredningen är specialistkompetens i allmänmedicin så central för primärvårdens kvalitet att denna kompetens särskilt måste lyftas. En plan för att utbilda tillräckligt många specialister i allmänmedicin måste dock tas fram. Enligt utredningen bör även specialistläkare med annan generalistkompetens, såsom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin, kunna vara fast läkarkontakt. Det gäller även ST-läkare i allmänmedicin och läkare som har tjänstgjort länge i primärvården och som många gånger har en kompetens som är att anse som likvärdig med den hos en specialist i allmänmedicin. När det gäller specialister inom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin för utredningen fram att dessa specialiteter har en kompetens som inkluderar förebyggande och rehabiliterande åtgärder inom sina respektive åldersgrupper. Utifrån detta gör utredningen bedömningen att en geriatiker t.ex. kan vara fast läkarkontakt för äldre patienter som har hemsjukvård eller som bor på särskilt boende, men även för andra äldre patienter, och att en specialist i barn- och ungdomsmedicin kan vara

fast läkarkontakt för barn 0–18 år och vid behov kombinera detta t.ex. med tjänstgöring inom barnhälsovården.

Det finns i dag inget krav på att läkare som arbetar i primärvården ska ha en särskild specialitetsinriktning. Det innebär att det inte finns några legala hinder för läkare att utöva läkaryrket i primärvården förutom krav på läkarexamen. Fram till 2010 behövde dock en läkare vara specialist i allmänmedicin för att kunna fungera som fast läkarkontakt i primärvården. Motivet till att regleringen avskaffades var inte främst att bredda utbudet av kompetenser i primärvården, utan snarare att det inte ansågs vara realistiskt att erbjuda en specialist i allmänmedicin som fast läkarkontakt till alla invånare (prop. 2008/09:74). Regeringen betonade samtidigt att vikten av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården varken hade minskat eller omvärderats i och med lagändringen.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har låtit genomföra en enkätundersökning bland samtliga vårdcentraler i landet. Den redovisas i rapporten *Allmän tillgång* (2018). Myndigheten har frågat vårdcentralernas verksamhetschefer om läkarbemanningen på vårdcentralen den 1 november 2017 (svarsgraden var 51 procent). Sammantalet visar enkätundersökningen att 91 procent av de legitimerade läkarna i primärvården är specialister i allmänmedicin, att 2,5 procent har en annan specialistkompetens än i allmänmedicin och att 6,5 procent saknar specialistkompetens. De geografiska skillnaderna i bemanning, såsom vakansgrad, tillgång till fast bemanning och antalet ST-tjänster är stora. Vårdcentraler i glesbygd har en mer ansträngd bemanningssituation än vårdcentraler i områden med en högre befolkningstäthet, enligt enkätundersökningen.

Flera remissinstanser, däribland *Region Stockholm* och *Region Norrbotten* uttrycker att en fast läkarkontakt i primärvården som huvudregel ska vara specialist i allmänmedicin. Enligt regeringens mening får det anses naturligt att utgångspunkten är att det är specialister i allmänmedicin som är fast läkarkontakt. I Myndigheten för vård- och omsorgsanalys undersökning framkom att drygt nio av tio läkare som kan komma i fråga som fast läkarkontakt har denna kompetens. Regionerna inser således redan vikten av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården.

Regeringen anser det lämpligt att en fast läkarkontakt uppfyller de kompetenskrav som utredningen föreslår, dvs. en fast läkarkontakt bör vara specialist i allmänmedicin, geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin, ha annan likvärdig kompetens eller fullgöra specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin. Detta behöver dock inte regleras särskilt. Regeringen delar även utredningens bedömning att specialister inom geriatrik och barn- och ungdomsmedicin är lämpliga som fast läkarkontakt inom sina respektive åldersgrupper. Utifrån detta bedömer regeringen att en myndighet bör få i uppdrag att analysera vilka ytterligare kompetenser som eventuellt lämpar sig för en fast läkarkontakt.

Svenska distriktsläkarföreningen påtalar risken för att man i en brist-situation sänker kompetenskraven, vilket kan äventyra kvalitet och patientsäkerhet. Regeringen vill understryka att det självklart inte ska gå till på det sättet och att vårdgivaren redan i dag har ett ansvar för att bestämma vilken kompetens en läkare behöver ha för att inneha funktionen fast läkarkontakt i primärvården, inom ramen för den övergripande skyldighet som regleras i 5 kap. 2 § HSL om att det ska finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska

kunna ges. Regeringens bedömning innebär således ingen sänkning av befintliga krav utan är tvärtom ett förtydligande av vilken eller vilka sorters kompetenser som är rimliga att utgå från i planeringen av läkarbemanningen inom primärvården.

Mot bakgrund av bl.a. den demografiska utvecklingen och den brist på specialister i allmänmedicin som råder bör en myndighet få i uppdrag att särskilt analysera vilka ytterligare kompetenser som eventuellt lämpar sig för en fast läkarkontakt, med avstamp i de behov en fast läkarkontakt i primärvård ska möta och vilka kompetenser som bäst kan tillmötesgå behoven.

14 Ett mer nationellt primärvårdssystem

14.1 Nationella ersättningsprinciper för primärvården

Regeringens bedömning: Regionerna bör fortsätta den utveckling som har påbörjats i riktning mot mer enhetliga ersättningssystem inom primärvården.

Utredningens rekommendation (SOU 2019:42): Överensstämmer delvis med regeringens bedömning. Utredningen anger sju principer som bör gälla för ersättningen samt rekommenderar att regeringen följer utvecklingen på området.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna ställer sig helt eller i huvudsak bakom rekommendationen, däribland *Socialstyrelsen*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*, *Läkemedelsverket*, *Statskontoret*, *Svenska Läkaresällskapet*, *Smer*, *Capio*, *KRY*, *Min Doktor* och *Doktor.se* samt drygt hälften av regionerna.

Socialstyrelsen anser bl.a. att de föreslagna ersättningsprinciperna behöver kompletteras med en dialogbaserad uppföljning av primärvården så att riskerna med vissa ersättningsprinciper kan följas upp. Exempelvis bör riskjusteringen av kapitering följas upp så att större personcenterade insatser verkligen görs mot patienter med större behov och risk för ohälsa. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys håller huvudsakligen med om de föreslagna principerna, bland annat att ersättningen bör vara riskjusterad för att styra mot invånarna med störst behov, långsiktig och justerad för hälso- och sjukvårdens kostnadsutveckling samt att den bör styra mot kontinuitet och tillgänglighet. Samtidigt saknar myndigheten en diskussion om hur ersättningssystemet kan styra mot en fortsatt god tillgänglighet i primärvården. Svenska Läkaresällskapet (SLS) är positivt till att gemensamma nationella ersättningsprinciper tillämpas i primärvården och ser fördelar med var och en av de sju föreslagna principerna. Särskilt viktiga är justering av kapiteringen för att styra mot patienter med de största behoven samt minskad detaljstyrning och tillit till professionerna i primärvården. Även Smer anser att den föreslagna principen om riskjustering i kapiteringen för att styra mot dem med störst behov är

särskilt viktig. KRY, Min Doktor och Doktor.se tillstyrker särskilt rekommendationerna som på principiell nivå ska styra mot innovationsfrämjande, minskad detaljstyrning, att tillgänglighet ska premieras och att ingen olikbehandling av utförare, snedvridande incitament eller särbehandling av kontaktform ska förekomma.

Bland de positiva regionerna återfinns bl.a. *Region Blekinge*, *Region Dalarna*, *Region Gotland*, *Region Jämtland Härjedalen* och *Region Värmland*. Region Blekinge ser positivt på mer gemensamma ersättningsprinciper där finansieringen utgår från befolkningens behov och präglas av kontinuitet, vilket innebär att kapiteringsersättning för listade patienter bör utgöra huvudfinansiering oavsett vilken teknik som används vid konsultationen.

Folkhälsomyndigheten tillstyrker rekommendationen och instämmer i att det är viktigt att regeringen följer utvecklingen inom området, så att ytterligare åtgärder i form av reglering kan övervägas vid behov. Myndigheten framför även att man saknar skrivningar om ersättningsprinciper för hälsofrämjande aktiviteter som riktar sig till befolkningen, t.ex. i ett geografiskt område eller till grupper. Dessutom saknas skrivningar om ersättningsprinciper för primärvårdens samverkan och samordning med andra aktörer, t.ex. inom den finansiella samordningen eller tvåpartssamverkan med t.ex. kommunernas socialtjänst eller andra myndigheter.

Bland de instanser som helt eller delvis avstyrker rekommendationen finns bl.a. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Region Jönköpings län*, *Region Kalmar län*, *Region Norrbotten*, *Region Västerbotten* och *Region Västernorrland*. SKR påpekar att regionerna sedan länge samverkar tätt med varandra och med SKR kring utvecklade ersättningsprinciper och ersättningsmodeller i syfte att lära av varandra. En ökad likriktning skulle kunna ha vissa fördelar men skulle också riskera att hämma den innovations- och utvecklingskraft som ligger inbyggd i denna samverkan. Vidare menar SKR att ersättningssystemens utformning och komponenter inte kan regleras centralt utan måste ske regionalt utifrån de förutsättningar som gäller och i relation till respektive regions styrsystem i stort. Liknande synpunkter framförs av Region Jönköpings län och Region Kalmar län. Region Norrbotten anför också att utformningen av ersättningsprinciper bör vara en regional fråga eftersom skillnader mellan regioner kan vara motiverade utifrån olika förutsättningar. Vissa av instanserna anför att reglerade gemensamma ersättningsprinciper skulle utgöra ett stort ingrepp i regionernas självstyrelse.

Skälen för regeringens bedömning

Ersättningsmodeller inom primärvården

I betänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv* (SOU 2018:55) redogörs för olika ersättningsmodeller som används i regionerna. De huvudsakliga kategorierna av ersättning är fast, rörlig eller målbaserad ersättning eller någon kombination av dessa. Fast ersättning utgörs av dels anslagsfinansiering som innebär att utföraren får ersättning som baseras på en i förväg bestämd budget, dels kapitering som innebär att utföraren får en fast ersättning per individ i den befolkning som är knuten till utföraren, till exempel genom listning. Rörlig ersättning utgörs

av ersättning per utförd åtgärd/tid/produktgrupp. Den målbaserade ersättningen innebär att utföraren får ersättning i förhållande till de resultat som uppnås och används som komplement till övriga ersättningsprinciper.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård konstaterar att inom primärvården är ersättning baserad på kapitering basen i samtliga regioners ersättningssystem. Graden av kapitering varierar mellan 59 och 96 procent men i 15 av regionerna utgör kapitering mer än 80 procent av ersättningen till utförarna. Vidare påpekar utredningen att det under senare år skett en rörelse mot ökad kapitering och ett minskat inslag av prestations- och målbaserade ersättningsprinciper. Samtliga regioner använder sig av något slags modell för viktning eller riskjustering av kapiteringsersättningen.

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 t.ex. genom listning (SOU 2018:55). I en majoritet av regionerna har utförarna kostnadsansvar för fysiska besök på en annan vårdcentral i länet. Enligt utredningens kartläggning visar uppgifter att regionerna i varierande grad gett vårdcentralerna kostnadsansvar för sina listade patienters digitala besök på en annan vårdcentral i länet eller i ett annat län (utomlänsvård). Utredningen konstaterar att mot bakgrund av den snabba framväxten av digitala vårdkontakter är kostnadsansvaret för digitala vårdkontakter under förändring.

I drygt hälften av regionerna har utförarna kostnadsansvar för medicinsk service. När det gäller kostnader för läkemedel finns också skillnader mellan regionerna.

Patientavgifter

Regionerna är fria att ta ut olika patientavgifter för bl.a. olika typer av tjänster. Det innebär till exempel att avgiften kan variera beroende på vilken yrkeskategori som ger vård, vid vilken tid på dygnet som detta sker och vilken typ av kommunikations- och besöksform som väljs (fysisk, via telefon eller digital). Patientavgiften utgör enbart en mindre del av ersättningen. Enligt uppgift från SKR tar samtliga regioner ut en patientavgift för fysiska besök hos allmänläkare i primärvård 2021. Avgiften varierar mellan 100 kronor och 300 kronor och en patient betalar under en tolv månadersperiod sedan 2019 högst 1 150 kr för öppen hälso- och sjukvård. I stort sett alla regioner har samma patientavgift för digitala som fysiska läkarbesök. I några få regioner är besök hos sjuksköterska kostnadsfritt. Alla regioner utom en tar samma patientavgift för listade och olistade patienter.

Ersättningsprinciper – en del av den samlade styrningen i vården

Det är alltså en prioriterad fråga för regeringen att förbättra styrningen i den offentliga sektorn i syfte att skapa mer effektiva verksamheter och större nytta för medborgarna. En viktig del av den totala styrningen av offentlig sektor utgörs av vårdvalets ersättnings- och finansieringsmodeller. Det är regionernas ansvar att utforma ersättningssystem där de krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp.

Regeringen inrättade 2016 en särskild delegation, Tillitsdelegationen, som ett led i arbetet med att utveckla styrningen i den offentliga sektorn (Fi 2016:03). Tillitsdelegationen konstaterade bl.a. att ersättningsystemen endast utgör en avgränsad del i den sammantagna styrningen av offentlig finansierad verksamhet. Varken ersättningsmodeller eller andra styrmedel kan optimeras var för sig, utan de måste hanteras och kombineras utifrån den samlade effekten på det verksamheten ska åstadkomma (SOU 2017:56). Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård gjorde bedömningen att beroende på vilka ersättningsmodeller som tillämpas i vården skickas olika styrsignaler, vilket riskerar att leda till att vården blir olika utförd, även om uppdraget i stort sett är detsamma. Utredningen rekommenderade även regionerna att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina respektive vårdval i primärvården (SOU 2018:39).

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård bedömer att ersättningsystemen i vården är minst lika styrande som själva uppdraget och att det finns stora skillnader mellan regionernas styrning i denna del. Vidare konstateras att ersättningssystemen är så spretiga och komplexa att jämförelser svårligen låter sig göras. Ett flertal av regionerna vittnar om att de inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom ersättningen styr mot vård efter behov. Privata utförare som verkar i flera regioner menar att den varierande styrningen och den bristande transparensen försvårar etableringar. Enligt utredningen tar styrningen fortfarande i alltför låg grad hänsyn till behoven i befolkningen. Det innebär att det inom regionerna uppstår ojämlikheter och att principen om behovsbaserad vård inte alltid är vägledande.

Ytterligare invändningar mot dagens ersättningssystem är att de allt för ofta justeras. Även om grunden ligger fast är det inte sällan som inriktningen delvis ändras vilket skapar ovissa planeringsförutsättningar för utförare. Det faktum att ersättningen till utförare varierar beroende på om patienten är listad, olistad eller utomlänspatient riskerar att skapa ett snedvridande incitament för utförare att t.ex. bedriva vården i digital form mot utomlänsersättning, vilken i dag är högre än för fysiska besök inom länet.

Av 2021 års överenskommelse mellan staten och SKR om god och nära vård framgår att hur ersättningssystem inom ramen för vårdval utformas har betydelse för den övergripande resurssättningen av primärvården. Det framgår vidare att de också har betydelse för styrning mot en nära och jämlik vård efter behov. I överenskommelsen framgår det att det i SKR:s arbete med att stödja utvecklingen av den regionala och lokala styrningen av hälso- och sjukvården bl.a. ingår att bidra till ökat lärande om principer för ändamålsenliga ersättningssystem inom ramen för vårdval, stöd till uppföljningen av omställningen till den nära vården samt att arbeta fram metoder för att följa upp resursutnyttjande och ekonomisk bärkraft i omställningen.

Den 1 juli 2021 infördes bestämmelser varigenom primärvårdens grunduppdrag lagregleras (13 a kap. 1 § HSL). Syftet är framför allt att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag.

Mot den redovisade bakgrunden ser regeringen det som angeläget att den utveckling som regionerna har påbörjat i riktning mot mer enhetliga

ersättningssystem fortsätter. Regeringen ser i huvudsak positivt på de vägledande principer som utredningen anser att regionerna bör utgå från vid utformningen av ersättningssystemen, exempelvis att långsiktighet och stabilitet ska vara grunden i systemen samt att ersättningen bör justeras för att styra mot dem med störst behov av vård. Regeringen ställer sig också bakom Folkhälsomyndighetens synpunkt om vikten av ersättningsprinciper för hälsofrämjande aktiviteter och för primärvårdens samverkan och samordning med andra aktörer. Samtidigt är det, såsom bl.a. några regioner påpekar, viktigt att ta hänsyn till regionala förutsättningar och skillnader och även till den kommunala självstyrelsen. Regeringen anser därför att nationellt harmoniserade ersättningsprinciper med fördel kan kombineras med ersättningsprinciper som är anpassade efter förhållandena i den enskilda regionen. Det är regionerna som ansvarar för att utforma ersättningsprinciperna och den ordningen bör fortsatt gälla. Regeringen avser att fortsatt följa frågan.

14.2 Behov av översyn av riksavtalet och ersättningsnivåer i vissa fall

Regeringens bedömning: Regionerna bör ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård.

Utredningens rekommendation (SOU 2019:42): Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Av det fåtal remissinstanser som lämnat synpunkter på utredningens rekommendation är samtliga, förutom en instans, positiva till den. Bland dem som tillstyrker eller är positiva till förslaget finns *Region Blekinge, Region Dalarna, Region Sörmland, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Örebro län, Region Östergötland* och *Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF), KRY, Min Doktor, Doktor.se, Oriola, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)* och *Svensk förening för Glesbygdsmedicin*.

Region Västerbotten framför att det hade varit önskvärt att översynen redan hade genomförts och att förslag tagit fram inom ramen för denna utredning, då regionen delar utredarens bedömning om att en översyn av riksavtalet och ersättningsnivåerna är angelägen. Region Östergötland anför i sitt remissvar att utredningens förslag avseende listning, gemensamma ersättningssystem och enhetliga patientavgifter går i samma riktning som regionernas ekonomidirektörer tidigare pekat ut. Det ligger även i linje med ett annat nationellt projekt för mer transparens och enhetlig prissättning mellan regioner angående delar av utomlänsvården. Region Blekinge är positiv till en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård och framför att ett läkarbesök bör kosta samma i utomlänsvård oavsett vilken region som stått för vården. Region Dalarna framför i sitt remissvar att en översyn av riksavtal för utomlänsvård och reglering behövs eftersom dessa kostnader ökar i och med de digitala aktörerna. Även Region Sörmland tillstyrker rekommendationen och påpekar att reglering av avtalet behövs eftersom dessa kostnader ökar i och med de digitala aktörerna.

KRY, Min Doktor och Doktor.se tillstyrker rekommendationen om en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård eftersom nuvarande avtal inte utgör en långsiktig modell för en nationellt tillgänglig digital vård. I det gemensamma remissyttrandet påpekar även instanserna vikten av långsiktighet i utformningen av en ny modell så att en sådan kan införas utan att det behöver ske avbrott i vårdverksamheten.

Även Svensk förening för Glesbygdsmedicin tillstyrker rekommendationen och framför att utomlänsbesök ur deras aspekt i stor grad bidrar till fragmentering av vården och ökade kostnader.

Region Jämtland Härjedalen är negativ till rekommendationen och anför att de har byggt upp en infrastruktur för att under högsäsong erbjuda turister vård. Om ersättningsnivåerna för utomlänsvård förändras jämfört med dagens modell, skulle regionen drabbas av ett inkomstbortfall som omöjliggör erbjudande av kvalificerad vård vid länets turistorter.

Skälen för regeringens bedömning: Riksavtalet för utomlänsvård beslutas som en rekommendation av SKR till regionerna och reglerar ersättningen regioner sinsemellan för vårdkostnader för patienter som får vård utanför hemregionen. Sedan 2017 rekommenderar SKR regionerna att tillämpa gemensamma utomlänsersättningar för digitala vårdtjänster i primärvården.

Utredningen erfar att SKR och olika regionala nätverk har sett behov av förändringar och anpassningar av riksavtalet för utomlänsvård, eller hur det tillämpas, inte minst mot bakgrund av den ökande förekomsten av digitala vårdtjänster genom t.ex. nationella digitala vårdgivare. Syftet med förändringarna ska vara att skapa förutsättningar för att avtalet ska stödja och bidra till, inte motverka, en fortsatt och bred utveckling av den digitala vården. Denna bild återspeglas även i de remissvar som lämnats på utredningens rekommendation.

Som framgår ovan framförs att det finns ett behov av en översyn av riksavtalet och att ersättningsnivåerna behöver ses över. Anledningar till denna bedömning är att man vill se enhetlig prissättning mellan regioner och att reglering av avtalet behövs eftersom kostnader för utomlänsvård ökar i och med de digitala aktörerna. Även *KRY*, *Min Doktor* och *Doktor.se* ser ett behov av en översyn av avtalet då man ser behov av ett nationellt och långsiktigt avtal.

Utredningen pekar på att regionernas ersättning till utförare är olika beroende av en rad faktorer som i sig inte har med besökets innehåll eller patientens vårdbehov att göra. Utredningen lyfter inkonsekvensen i att en utförare som arbetar med avtal med en region och erbjuder sina patienter digitala vårdbesök får en typ av ersättning medan om samma utförare i stället startar ett separat bolag och gör det till underleverantör till en annan utförare i en annan region och fortfarande erbjuder samma patienter digitala konsultationer blir ersättningen en annan. Det finns således ett kraftigt snedvridande incitament i att ett utomlänsbesök ersätts högre än ett inomlänsbesök. Dessa parallella ersättningsystem skapar i sin tur orättvis konkurrens mellan dem som väljer att driva vården digitalt via utomlänsavtal och dem som väljer att driva vården digitalt med utgångspunkt från hemregionen eller en befintlig vårdcentral, oavsett om denna är i privat eller offentlig regi. I praktiken betyder detta 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 en och samma region. Dessvärre leder denna utveckling även till att ojämlikheten ökar samtidigt som utvecklingen mot en behovs- och kontinuitetsbaserad vård förhindras. Utredningen konstaterar vidare att regionerna inte kan ändra lagstiftningen, men de kan se över de frågor de själva äger, t.ex. justera ersättningen så att den bättre motsvarar utförarnas kostnader.

Region Jämtland Härjedalen framför i sitt remissvar att regionen byggt upp en infrastruktur för att under högsäsonger kunna erbjuda turister kvalificerad vård vid länets turistorter. För att regionen inte ska drabbas av inkomstbortfall är man i behov av den ersättning som ges utifrån dagens modell för utomlännersättning. Utredningen framför i sitt betänkande att behov av att se över ersättningsnivåerna även finns utifrån att primärvården i vissa fall gör sådant som innebär ett utökat uppdrag. Det kan handla om primärvården på vissa turistorter som ger vård t.ex. röntgen, gipsning osv, som enligt uppgifter till utredningen inte ger kostnads-täckning. Ersättningen bör enligt utredningen med anledning av detta bli mer transparent och bättre återspegla faktiska förhållanden. Vid en översyn bör det även tas ställning till om vissa typer av vård eller vissa förhållanden kan behöva särbehandlas för att upprätthålla en nödvändig service, menar utredningen.

Mot denna bakgrund gör regeringen bedömningen att regionerna bör ta initiativ till en grundläggande översyn av riksavtalet för utomlänsvård för att på så vis skapa långsiktiga planeringsförutsättningar och hållbara ekonomiska ersättningsmodeller för utförare i primärvården i syfte att vården ska vara jämlik och ges efter behov, oavsett utförare. En sådan översyn är en viktig förutsättning för ett lyckat genomförande av reformen och vidareutveckling av den digitala vården.

15 Nationell tillståndsprovning

Regeringens bedömning: Det finns för närvarande inte skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade.

Utredningens bedömning (SOU 2019:42): Överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Samtliga instanser som yttrar sig specifikt över bedömningen ställer sig bakom den, däribland *Socialstyrelsen*, *Upphandlingsmyndigheten*, majoriteten av regionerna, *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Svensk förening för glesbygdsmedicin*, *Vårdföretagarna* och *Vårdförbundet*.

Socialstyrelsen delar utredningens bedömning att det inte för närvarande finns skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade. Myndigheten instämmer även i utredningens argumentation om att tillståndsprovningen endast gäller vid en tidpunkt, att vården generellt har en stark kunskapsstyrning samt att hälso- och sjukvårdens legitimationsyrken har ett starkt personligt

ansvar som medför att behovet av tillståndsprovning inte är lika starkt som t.ex. inom socialtjänsten. Svensk förening för glesbygdsmedicin anför att en tillståndsprovning enbart skulle begränsa möjligheterna till den ständiga utveckling av vården som krävs för att möta framtidens vårdbehov. SKR delar utredningens bedömning och menar att på förhand definierade kvalitetskrav för hälso- och sjukvården skulle riskera att gå på tvärs med utvecklingen av kunskapsstyrningen i övrigt och dessutom kan innebära ett trögrörigt system.

Skälen för regeringens bedömning: Det krävs som huvudregel inte tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdsområdet. Tillstånd krävs enbart inom vissa områden, t.ex. för att få driva blodverksamhet. Såväl offentliga som privata utförare ska däremot anmäla sin verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Utredningen Styning för en mer jämlik vård har haft i uppdrag att utreda behovet av och förutsättningarna för tillståndsprovning eller alternativ till sådan provning inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredningen konstaterar att tillståndsprovning exempelvis kan innebära att ställa krav på ägare och ledning eller en provning i förhållande till på förhand definierade kvalitetskrav (t.ex. i fråga om bemanningsgrad eller närvaro av vissa professioner i verksamheten).

Enligt utredningen bedömer företrädare för sjukvårdshuvudmännen att avsaknaden av tillståndsprovning inte är ett problem, eftersom den provning som görs i samband med upphandling enligt LOU eller kontraktering enligt LOV väl täcker in de frågeställningar som skulle kunna omfattas av en tillståndsplikt. Detta gäller i synnerhet provning av ägare och ledning. Tvärtom har det lyfts fram att det finns en betydande risk för dubbelarbete om en tillståndsprovning skulle införas. Den egna provningen av utförare bedöms tillföra ett mervärde genom att det innebär ett tillfälle för beställaren att få en god kännedom om de utförare som kommer in på marknaden. Förekomsten av oseriösa eller uppenbart olämpliga utförare, liknande de som förekommer inom andra delar av välfärden, verkar vidare vara låg. De fall av olämplighet som lyfts fram rör enskilda individer där påföljder enligt patientsäkerhetslagen kan aktualiseras.

Inte heller finns det enligt utredningen skäl att införa tillståndsprovning i form av på förhand definierade kvalitetskrav för hälso- och sjukvården. En sådan ordning riskerar att gå på tvärs med utvecklingen av kunskapsstyrningen i övrigt och kan dessutom innebära ett trögrörigt system.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att det inte finns behov av att införa ytterligare krav på tillstånd inom hälso- och sjukvården. Regeringen ser ingen anledning att göra någon annan bedömning än utredningen och ställer sig, liksom samtliga remissinstanser, bakom denna.

<p>Regeringens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022. Regeringens bedömning: Det finns inget behov av några övergångsbestämmelser.</p>
--

Utredningens förslag och bedömning (SOU 2019:42): Utredningens förslag överensstämmer inte med regeringens förslag. Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juni 2021. Utredningens bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: Mycket få remissinstanser lämnar några synpunkter på förslaget ikraftträdandedatum. *Region Värmland* tillstyrker förslaget. *Region Gävleborg* ser tidsplanen som snäv men möjlig. *Socialstyrelsen* ser svårigheter med att eventuella föreskrifter som myndigheten ska meddela kommer att kunna träda i kraft det föreslagna datumet. *Regelrådet* anför att företags behov av att förbereda sig för de förändrade reglerna inte har beaktats vid valet av tidpunkt för ikraftträdande.

Skälen för regeringens förslag och bedömning: En viktig förutsättning för att flera av förslagen ska kunna genomföras och få avsedd effekt är att listningstjänsten finns på plats senast i samband med ikraftträdandet. Såväl huvudmän som enskilda verksamheter kan behöva viss tid för att förbereda inför ikraftträdandet. Även framtagandet av föreskrifter om listning kan ta viss tid. Regeringen föreslår mot denna bakgrund att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2022. Några övergångsbestämmelser bedöms inte nödvändiga. Vissa informationsinsatser kan dock behövas.

17 Konsekvenser

17.1 Övergripande konsekvenser

Den pågående strukturomvandlingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården innefattar såväl den kommunala hälso- och sjukvården som den primärvård som regionerna utför eller som drivs på uppdrag av regionerna. Omställningen till en mer nära vård och de förslag som ingår i denna proposition och som är en del av regeringens primärvårdsreform syftar övergripande till att skapa bättre förutsättningar för ökad personcentrering och en mer jämlik och behovsbaserad vård för patienter genom att främja kontinuitet och därigenom skapa ökad effektivitet i hälso- och sjukvårdssystemet. Syftet är även att skapa bättre förutsättningar för god arbetsmiljö för professionerna och lika villkor för utförarna.

De samlade förslagen i denna proposition bedöms leda till förbättrad patientsäkerhet bl.a. genom förstärkta planeringsförutsättningar för personalen i vården. Förslagen bedöms möjliggöra detta bl.a. genom att ett ändamålsenligt antal patienter kan lista sig hos en utförare vilket ökar både vårdkvaliteten och tillgängligheten för patienten. Att patienten kan träffa

samma läkare ökar enligt undersökningar även effektiviteten i vården eftersom läkare och patient känner varandra och läkaren har god kännedom om sjukdomshistorik och aktuella vårdbehov. Detta ökar även patientens delaktighet i vården, vilket leder till ökad patientsäkerhet.

Förslagen om listning (avsnitt 5) och begränsningar av antalet byten av utförare (avsnitt 7) syftar till att skapa bättre förutsättningar för professionerna att kunna arbeta med mer personkontinuitet i form av långsiktiga relationer inom primärvården vilket i sig leder till att skapa bättre förutsättningar för god arbetsmiljö. Personlig kännedom mellan läkare, men även mellan andra yrkesgrupper i vården, och patient bidrar till bättre förutsättningar för kontinuerlig vård och omhändertagande av professionerna och ökad tillit till vården hos patienten. Professionernas förutsättningar för lärande i arbetet stärks när det finns möjlighet att träffa samma patienter återkommande och när det finns förutsättningar att organisera arbetet utifrån ansvarig läkare för varje patient. Med ändrade arbetssätt och stöd i digitalisering finns goda förutsättningar att både uppnå god tillgänglighet och lätta på arbetsbördan för vårdens professioner. Undersökningar visar att införandet av digitala arbetssätt och verktyg bl.a. skapar kortare köer och lägre telefontryck, samt att behovsprioriteringen blir bättre, eftersom den kan ske asynkront och prioritering mellan patienter därmed blir bättre. På detta vis kan kravet på behovs- och jämlikhetsprioriteringen bli bättre, med samma patientunderlag.

Även om patienten i vissa fall får göra fler än två byten av utförare per år kan förslaget om bytesbegränsningar (avsnitt 9) innebära en begränsning utifrån ett patientperspektiv och därmed medföra negativa konsekvenser för patienterna. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård tog i sitt slutbetänkande upp att några år efter det obligatoriska vårdvalets införande hade 24 procent av alla svenskar bytt vårdcentral någon gång de senaste tre åren. Drygt en av tio (11 procent) hade funderat på att byta men inte gjort det. Slutligen hade en majoritet, 64 procent, varken bytt eller funderat på att byta vårdcentral de senaste tre åren. Även en annan studie visade att ungefär en fjärdedel hade bytt vårdcentral under en treårsperiod (dvs. 2010–2013). Den vanligaste anledningen till bytet var flytt (47 procent). Det kan således mot denna bakgrund konstateras att en majoritet inte skulle komma upp i maxantalet byten på ett år. I sitt remissvar anger Region Stockholm att det där är ca 0,07 procent av de listade patienterna som gjort tre eller fler omlistningar under de senaste tolv månaderna.

Regeringen bedömer att de negativa konsekvenserna av förslaget om att begränsa antalet omlistningar är marginella och övervägs av de positiva konsekvenserna för patienter i och med att kontinuiteten i vården ökar.

Vid patientundersökningar har det framkommit önskemål om att kunna använda digitala vårdtjänster integrerat i den traditionella fysiska vården vid en vårdcentral. Förslagen innebär att patienten kan vara listad hos en utförare i hemregionen eller i någon annan region och där kunna göra såväl fysiska som digitala besök.

Undersökningar visar att patienter med sämre självskattad hälsa oftare har en mer regelbunden vårdkontakt jämfört med patienter med bättre självskattad hälsa. Liksom påpekats tidigare i denna proposition upplever sig patienter med personkontinuitet i vården mer nöjda och kontinuitet efterfrågas även hos patienter som uppger sig vara mindre nöjda med vården. Förslagen i denna proposition som sammantaget syftar till att

skapa bättre förutsättningar för personkontinuitet kommer att vara till gagn för alla patienter och särskilt patienter med stora vårdbehov, t.ex. patienter med kroniska sjukdomar. Prop. 2021/22:72

17.2 Konsekvenser för regioner

Sammantaget för alla förslag som förs fram i denna proposition gör regeringen bedömningen att de medför övervägande positiva följder för berörda aktörer, inklusive regionerna. Syftet med förslagen är de ska skapa förutsättningar för att öka kontinuiteten och effektiviteten i vården. Konsekvenser av förslagen för regionerna behandlas delvis i förslagsavsnitten och i detta avsnitt behandlas framför allt de ekonomiska konsekvenserna.

Listning hos utförare utgör grunden för patientens val av utförare

Förslaget att patientens val av utförare i primärvården ska ske genom listning (avsnitt 5) innebär att det blir mer förutsebart vilka utförare som patienten kan välja och att utförarens åtagande synliggörs. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård gör i sitt slutbetänkande bedömningen att den justering av regleringen av vårdvalssystemen som föreslås endast kommer innebära marginella kostnader för regionerna. Utredningen framför vidare att kärnan i förslaget, dvs. att valet av utförare ska ske genom listning, redan i dag tillämpas av regionerna i deras administrativa styrning av primärvården. Ett skäl till det är att regionerna är skyldiga att låta ersättningen till utförare inom ett vårdvalssystem följa den enskildes val av utförare (7 kap. 3 § HSL). Denna skyldighet har medfört att samtliga regioner redan i dag har olika tjänster för att administrera listning och omlistning av patienter. Det bedöms därför att den föreslagna regleringen om val genom listning ur ett huvudmannaperspektiv i praktiken inte innebär någon förändring.

Utredningen bedömer däremot att förslaget kan komma att medföra ett minskat antal s.k. otrohetsbesök vid vårdcentraler där patienten inte är listad. De kostnader som följer av den tämligen omfattande administrationen kopplad till dessa besök, bl.a. i form av att regionen debiterar den vårdcentral där patienten är listad samt behovet av informationsöverföring, kan förväntas minska genom förslaget. Även förslaget att patienten enbart kan vara listad hos en utförare i taget kan innebära en viss minskning av regionernas kostnader eftersom kapiteringsersättning för patienten enbart behöver beräknas en gång.

Förslaget om listning hos en utförare förväntas även leda till ökad kontinuitet vilket bedöms ge förutsättningar för en mer effektiv vård och en minskad onödig vårdkonsumtion. Sammantaget bedömer regeringen att förslaget inte medför några nya kostnader för regionerna.

Reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig

Som en konsekvens av förslaget om att införa listning som grund för val av utförare i lagen införs även en bestämmelse om vilka utförare som är listningsbara, nämligen utförare som är verksamma i en regions egen regi eller som har avtal med en region (avsnitt 11). Redan i dag är det enbart sådana utförare som kan ingå i ett vårdvalssystem. Förslagen kommer enligt regeringens bedömning därmed inte i sig att innebära några nya ytterligare kostnader för regionerna.

Listningstjänst för vårdval

Ett av förslagen i denna proposition är att varje region ska bli skyldig att tillhandahålla en listningstjänst (avsnitt 6). Det kan konstateras att regionerna redan i dag använder sådana tjänster samt att regionerna gemensamt genom Inera sedan flera år bedriver ett arbete för att genomföra en nationell digital plattform för listning. Mycket av grundarbetet är således redan gjort, och en nationell portal i form av 1177 finns redan med viss information om patientens val samt länkar till regionernas tjänster.

En skillnad mot nuvarande situation är, förutom att det införs en ny skyldighet, däremot att den digitala plattformen också ska användas av patienten för att göra val av utförare genom listning. Förslaget om skyldighet att tillhandahålla en listningstjänst bedöms därför innebära ett formellt nytt åtagande för regionerna. I denna proposition görs därmed bedömningen att den kommunala finansieringsprincipen är tillämplig.

De exakta kostnaderna för regionerna att tillhandahålla en listningstjänst är svåra att beräkna utifrån att tjänsten kan inrättas utifrån separata regionala funktioner, men även genom samordnade digitala lösningar. Kostnadsberäkningen innefattar den tekniska utvecklingen och den kontinuerliga förvaltningen av tjänsten. Som referens vid uppskattandet av kostnaderna har liknande utvecklingsprojekt beaktats.

Vissa regioner har redan implementerat en funktionalitet för en listningstjänst, och andra inte alls. För de regioner som inte har en sådan funktionalitet på plats kommer det att innebära högre utvecklingskostnader. Totalt kommer regionernas utvecklingskostnader uppgå till cirka 12 miljoner kronor under införandeåret. Den kontinuerliga förvaltningen beräknas till totalt 4 miljoner kronor årligen för samtliga regioner.

Totalt innebär det att kostnaderna för de regionala listningstjänsterna bedöms bli totalt uppskattningsvis 31 miljoner kronor under första året, för att sedan vara cirka 4 miljoner kronor årligen.

Regionerna får efter begäran begränsa antalet patienter som kan lista sig hos en utförare

I avsnitt 9 föreslås att regionen på begäran av en utförare får besluta att begränsa det antal patienter som får lista sig hos utföraren och att regionen får avslå begäran enbart om det finns särskilda skäl.

Ett antal regioner beslutar redan om listningsbegränsningar. Förslaget innebär dock att samtliga regioner behöver göra en prövning i de fall där

en utförare begär en listningsbegränsning. Det får emellertid redan anses ingå i regionernas skyldighet att dimensionera och planera hälso- och sjukvården. Vidare bedöms förslaget enbart föranleda förhållandevis få ärenden att hantera, varför regionernas kostnader för eventuell utökad administration kan bedömas bli marginella.

Införandet av listningsbegränsningar kan komma att ytterligare tydliggöra primärvårdens underkapacitet. Detta förhållande har dock varit väl känt under flera decennier. Primärvårdens underkapacitet påtalades i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) där utredningen konstaterade att primärvården är underdimensionerad i förhållande till förväntningar och potential. Det har även behandlats i slutbetänkandet Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) där utredningen konstaterar att en grundläggande förutsättning för ett fungerande system med patientval är att det finns viss överkapacitet och att den svenska primärvårdens underkapacitet är ett hinder för vårdvalssystemen.

Patienten får byta utförare högst två gånger per år

Förslaget om att patienten får byta utförare högst två gånger per år (avsnitt 7) skulle kunna leda till en viss ökning av administration, framför allt för storstadsregionerna. Till största delen kommer listningen att ske automatiserat i listningstjänsten men det kan även komma att krävas överväganden där patienten åberopar särskilda skäl för fler än två byten. Sammantaget tyder de data utredningen tagit fram på att begränsningen av antalet byten inte torde innebära någon större praktisk skillnad för de allra flesta patienter, men ett minskat antal omlistningar för en del individer. Regeringen bedömer att förslaget delvis innebär ett nytt åtagande för regionerna men delar utredningens bedömning att administrationen för regionerna i samband med byten av utförare kommer att minska. Fördelarna för både utförare och patient som en ordnad struktur för listning kommer att medföra bedöms överväga eventuella nackdelar för ett fåtal regioner.

Regionernas geografiska område får delas upp i delområden med separata vårdvalssystem

Förslaget som beskrivs i avsnitt 12 syftar till att tydliggöra regionernas möjligheter att styra etableringar av utförare inom regionen i högre utsträckning än i dag. Genom förslaget kan en regions olika geografiska områden där t.ex. olika förutsättningar råder, organiseras som separata vårdvalssystem med lokalt anpassade uppdrag, ersättningar och andra relevanta villkor. På så vis kan regionerna styra sin verksamhet mot stärkt etablering i t.ex. landsbygd där det är svårare för utförare att verka på samma villkor som exempelvis för utförare i städer och tätbefolkade områden. Sammantaget innebär förslaget att det blir lättare för regionerna att styra mot ökad jämlikhet i etableringarna som i sig även speglar de vårdbehov som finns i olika delar av en region.

Konsekvenser för akutsjukvården

Förslagen som presenteras i denna proposition syftar övergripande till att skapa en ökad systemeffektivitet i vården men även en ökad kontinuitet för patienten. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård redogör i sitt slutbetänkande för flera litteraturstudier som visar att det finns en samvariation mellan personkontinuitet och färre inläggningar, färre akutbesök, tidigare diagnosättning, bättre hälsa och ökad produktivitet. Det framförs vidare att det utöver de uppenbara fördelarna för patienterna i att kunna undvika olika typer av vårdtillfällen finns samhällsekonomiska effektivitetsvinster i att undvika onödiga vårdbesök. Regeringen gör utifrån detta bedömningen att förslagen i propositionen sammantaget medför positiva konsekvenser för akutsjukvården.

17.3 Konsekvenser för staten

Varje region tilldelas enligt förslaget i avsnitt 6 ett lagstadgat ansvar att tillhandahålla en listningstjänst, vilket innebär en förändring i det samlade ansvaret för huvudmännen. I propositionen görs därmed bedömningen att den kommunala finansieringsprincipen är tillämplig för förvaltningen av listningstjänsten och innebär därmed ökade kostnader för staten. För en närmare beskrivning av de kostnader som uppstår på grund av införandet av listningstjänsten, se avsnitt 17.2. En myndighet ska också få i uppdrag att kartlägga och utvärdera hur en nationell listningstjänst i statlig regi kan inrättas, vilket på sikt kommer medföra ytterligare kostnader för staten. De kostnadsökningar som uppstår med anledning av regionernas ansvar för tillhandahållande av listningstjänst och en nationell listningstjänst i statlig regi bör kunna finansieras inom utgiftsområde 9, Hälsovård, sjukvård och social omsorg, av de medel som avsätts i statens budget för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med fokus på primärvården.

Regionens beslut att neka en patient att göra fler än två byten av utförare under en ettårsperiod (avsnitt 7) torde efter överklagande kunna bli föremål för laglighetsprövning i domstol. Detsamma gäller bl.a. regionens beslut i ärenden om begränsning av det antal patienter som får vara listade hos en utförare (avsnitt 9). Regeringen bedömer dock att förslagen inte kommer att innebära någon nämnvärt ökad arbetsbelastning för domstolarna. Domstolarna bör därmed kunna finansiera eventuella kostnadsökningar inom ramen för befintliga anslag.

17.4 Konsekvenser för jämställdheten och de integrationspolitiska målen

Konsekvensanalysen ur ett jämställdhetsperspektiv har genomförts med utgångspunkt i regeringens mål för jämställdhetspolitiken, dvs. att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. Det övergripande målet är uppdelat i sex delmål, bl.a. jämställd hälsa, vilket har beaktats under arbetet med denna proposition. Det övergripande målet för integrationspolitiken är lika rättigheter och möjligheter för alla oavsett

etnisk och kulturell bakgrund, en samhällsgemenskap med samhällets mångfald som grund, samt en samhällsutveckling som kännetecknas av ömsesidig respekt och tolerans och som alla oavsett bakgrund ska vara delaktiga i och medansvariga för.

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård konstaterar i sitt slutbetänkande att det arbetar fler kvinnor än män i primärvården och fler med utländsk bakgrund arbetar som anställda i bemanningsföretag, jämfört med arbetsmarknaden i övrigt. Regeringen delar utredningens bedömning att generellt borde en satsning på primärvården kunna innebära möjligheter för ökad sysselsättning av personer med utländsk bakgrund.

Kvinnor som arbetar i vården har en hög sjukfrånvaro, inte minst på grund av psykisk ohälsa. Utredningen konstaterar att det också är känt att den typen av frånvaro kan ha koppling till brister i arbetsmiljön. Flera av förslagen syftar till att förbättra arbetsmiljön och borde därmed ha potential att minska sjukfrånvaron, framför allt hos kvinnor.

Regeringen bedömer att förslagen i propositionen sammantaget kan få viss positiv inverkan för jämställdheten och för de integrationspolitiska målen.

17.5 Konsekvenser för privata vårdgivare och små företag

Från en förhållandevis låg nivå utförs en ökande andel av den offentlig-finansierade vården i dag av andra utförare än egen förvaltning. En betydande andel av dessa alternativa utförare är privata vårdgivare och företag. Antalet privata utförare som utför regionverksamhet var 2019 totalt 4 797. År 2019 köpte regionerna vårdtjänster för cirka 79 miljarder kronor vilket utgjorde 24,4 procent av nettokostnaderna för hälso- och sjukvård, motsvarande cirka 251 miljarder kronor. Under 2019 gjordes 62 procent av alla köp, inom hälso- och sjukvårdsområdet, från privata vårdgivare och företag. Av dessa avsåg cirka 87 procent primärvård och specialiserad somatisk vård.

Regelrådet framför i sitt remissvar på slutbetänkandet av utredningen Styrning för en mer jämlik vård viss kritik mot konsekvensbeskrivningarna som i vissa avseenden bedömts vara bristfälliga.

Regeringen vill framhålla att förslagen i propositionen inte gör skillnad på utförare inom primärvården utifrån om vården bedrivs i privat eller offentlig regi. Förslagen bedöms inte ha någon särskild påverkan beroende på om det handlar om privata eller offentliga företag.

Den skillnad som kan finnas för privata företag är att de till skillnad från offentliga vårdgivare huvudsakligen bedriver sin verksamhet på entreprenad med regionerna som upphandlare. När det gäller små företag kan eventuella effekter handla om administrativa kostnader.

För små utförare kan det vara svårare att konkurrera både vad gäller tillgänglighet och med ekonomiska förutsättningar att köpa in exempelvis digitala plattformar, jämfört med utförare som driver flera vårdcentraler. Vad gäller digitala plattformar gör utredningen bedömningen att regionerna gemensamt, via SKR eller Inera, kan tillhandahålla en plattform som de utförare som vill kan abonnera på. En sådan upphandling har t.ex. gjorts

inom Västra Götalandsregionen där regionen har upphandlat en plattform för digitala vårdmöten. Avtalet rymmer ett erbjudande till privata vårdgivare som kan välja att ansluta sig till regionens app och använda den för att ta emot sina patienter. Utföraren får då stå för utbildning av personal, en löpande månadskostnad samt en månatlig licenskostnad per användare. Ett annat alternativ är att de via samma leverantör kan få utforma sin egen app, vilket innebär liknande kostnader som föregående exempel men med en lite större engångskostnad för att komma igång med appen. Genom denna typ av stöd i införandet av digitala verktyg kan mindre vårdvalsutförare vara en del av och delta i utvecklingen samt ta del av effektiviseringar på området.

17.6 Övriga konsekvenser

Utredningen Styrning för en mer jämlik vård gjorde i sitt slutbetänkande bedömningen att förslagen som fördes fram inte kommer att ha en påverkan vad gäller brottsligheten eller för det brottsförebyggande arbetet, för miljön och att det inte heller medför någon påverkan på EU-rätten. Regeringen delar utredningens konsekvensanalys och gör samma bedömning avseende de förslag som förs fram i denna proposition.

18 Författningskommentar

18.1 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

3 kap. 2 §

Patienten ska även få information om

1. möjligheten att välja behandlingsalternativ samt vårdgivare och utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård,
2. *regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,*
3. *möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,*
4. möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt,
5. vårdgarantin, och
6. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

I paragrafen finns bestämmelser om att patienten ska få viss slags information. Övervägandena finns i avsnitt 5 (punkt 3) och 6 (punkt 2). Paragrafen utformas enligt *Lagrådets* förslag.

Av *punkt 1* framgår inte längre att patienten ska få information om möjligheten att välja en fast läkarkontakt. Denna skyldighet regleras i stället i en ny *punkt 3*. Den nya punkten anpassas dessutom till 7 kap. 3 § första stycket HSL, dvs. det läggs till att patienten även ska få information om möjligheten att få tillgång till en fast läkarkontakt. Se kommentaren till den paragrafen nedan. Förarbeten till den nuvarande bestämmelsen i HSL finns i prop. 1994/95:195 s. 41 f. och s. 80 f.

Punkt 2 är ny och innebär en skyldighet för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal att informera patienten om regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare. Därmed avses den s.k. listningstjänsten. Se kommentaren till 7 kap. 3 a § tredje stycket HSL nedan. En skyldighet att informera om möjligheten att välja utförare följer även av punkt 1.

Övriga ändringar är endast redaktionella.

6 kap. 3 §

Patienten ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I paragrafen regleras patientens möjlighet till fast läkarkontakt. Övervägandena finns i avsnitt 5. Paragrafen utformas enligt *Lagrådets* förslag.

I paragrafen görs motsvarande tillägg som i 3 kap. 2 § 3 om att patienten ska få möjlighet att få tillgång till en fast läkarkontakt. Även denna bestämmelse anpassas alltså till 7 kap. 3 § första stycket HSL. Se kommentaren till den paragrafen nedan. Förarbeten till den nuvarande bestämmelsen i HSL finns i prop. 1994/95:195 s. 41 f. och s. 80 f.

Enligt den nya bestämmelsen i 7 kap. 3 a § HSL ska val av en sådan utförare inom ett värddvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, dvs. vårdcentraler och motsvarande vårdenheter, ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Att det är hos den utförare där den enskilde på det sättet är listad som den fasta läkarkontakten ska finnas förtydligas genom ett tillägg till den nu aktuella bestämmelsen. Se även kommentaren till 7 kap. 3 a § HSL nedan.

9 kap. 1 §

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

Bestämmelser om val av utförare inom primärvården genom listning finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I paragrafen regleras patientens möjlighet att välja utförare. Övervägandena finns i avsnitt 5.

I första stycket finns en allmän bestämmelse om patientens möjlighet att välja utförare inom den offentligt finansierade öppenvården. Av *andra stycket*, som är nytt, framgår att det finns särskilda bestämmelser om listning för val av utförare inom primärvården i 7 kap. 3 a och 3 b §§ HSL. Se kommentaren till dessa bestämmelser nedan.

18.2 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

7 kap. 3 §

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

Regionens geografiska område får delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem.

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

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

I paragrafen finns bestämmelser om vårdvalssystem inom primärvården. Övervägandena finns i avsnitt 5 (första stycket) och 12 (andra stycket). Paragrafen utformas enligt *Lagrådets* förslag.

Första stycket ändras ordningsföljden mellan uttrycken få tillgång till respektive välja en fast läkarkontakt. Justeringen innebär inte någon ändring i sak. Förarbeten finns i prop. 1994/95:195 s. 41 f. och s. 80 f.

Andra stycket är nytt och innebär att regionens geografiska område får delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem. De separata systemen kan innebära olika uppdrag eller villkor i fråga om exempelvis vilka tjänster som ska erbjudas eller gällande ekonomisk ersättning. Regionerna är inte skyldiga att organisera primärvården på det sättet utan även fortsättningsvis kan ett och samma vårdvalssystem omfatta hela det geografiska området. Regionerna har en övergripande skyldighet att organisera primärvården i form av vårdvalssystem. Oavsett om en region väljer att ha separata system för olika delområden eller inte får det inte i någon geografisk del av regionen saknas vårdvalssystem för primärvården. Även fortsättningsvis gäller enligt första stycket att regionen inte får begränsa den enskildes val av utförare till ett visst geografiskt område inom regionen.

De hittillsvarande andra och tredje styckena blir *tredje* och *fjärde styckena*, med anledning av att det nya andra stycket förs in i paragrafen. I tredje stycket görs vidare en språklig justering med anledning av det nya stycket.

7 kap. 3 a §

Val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

Listning får göras endast hos

- 1. utförare i en regions egen regi, eller*
- 2. utförare som med en region har ett kontrakt enligt 8 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.*

Regionen ska tillhandahålla ett elektroniskt system för listningen (listningstjänst).

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

- 1. listningstjänstens innehåll,*
- 2. kösystem, och*
- 3. val av utförare på annat sätt än genom listningstjänsten.*

I paragrafen, som är ny, finns bestämmelser om val av utförare genom listning och om regionernas elektroniska s.k. listningstjänst. Övervägandena finns i avsnitt 5 (första stycket), 6 (tredje och fjärde styckena) och 11 (andra stycket). Paragrafen utformas i huvudsak enligt *Lagrådets* förslag.

Enligt *första stycket* ska valet av sådana utförare inom vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, dvs. vårdcentraler, hälsocentraler, husläkarmottagningar och motsvarande vårdenheter, gå till på så sätt att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter. Detta förfarande, som tillämpas sedan länge, benämns i lagtexten som listning. Av 9 kap. 1 § patientlagen följer att den enskilde får välja utförare inom offentligt finansierad öppen vård såväl inom som utom den egna regionen. Genom den aktuella bestämmelsen begränsas denna valmöjlighet såvitt gäller vårdcentraler och motsvarande vårdenheter genom att listning inte får ske hos mer än en sådan utförare i taget.

Enligt *andra stycket* är det enbart utförare i en regions egen regi och utförare som har kontrakt med en region som enskilda ska kunna lista sig hos. Kontrakt kan ha tecknats antingen efter att utföraren godkänts som leverantör i ett vårdvalssystem eller efter sedvanlig upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Patientens val av utförare ska ske genom listning oavsett om den valda vårdcentralen drivs av eller har kontrakt med hemregionen eller någon annan region.

I *tredje stycket* fastställs en skyldighet för regionen att tillhandahålla ett elektroniskt system för listning av enskilda hos sådana utförare som avses i första stycket, en s.k. listningstjänst.

I *fjärde stycket* finns ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om listningstjänstens innehåll, kösystem och val av utförare på annat sätt än genom listningstjänsten. Med stöd av bemyndigandet kan föreskrifter meddelas bl.a. om vilket slags specifik information om utförarna som ska finnas tillgänglig via listningstjänsten, t.ex. vilka tjänster som de tillhandahåller, deras tillgänglighet för listning, om hur enskilda ska kunna ställa sig i kö för listning hos en utförare samt om hur listning ska gå till för den som inte själv vill eller kan använda det elektroniska verktyget.

Paragrafen reglerar inte den enskildes möjlighet att välja utförare som inte tillhandahåller någon fast läkarkontakt, exempelvis enheter som är verksamma inom särskilda vårdvalssystem för t.ex. mödravård, barnhälsovård eller fysioterapi. Eftersom paragrafen gäller enbart vid val av utförare inom vårdvalssystem i primärvården omfattas inte läkare och fysioterapeuter som är verksamma enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi och inte heller utförare inom de vårdvalssystem som finns utanför primärvården. Regio-

nera kan dock på frivillig väg ha system med listning också för enskildas val av utförare i de fall som faller utanför paragrafens tillämpningsområde.

7 kap. 3 b §

Byte av sådana utförare som avses i 3 a § första stycket får göras högst två gånger under en period om ett år. Om det finns särskilda skäl får regionen dock medge fler byten.

I paragrafen, som är ny, finns bestämmelser som begränsar det antal gånger som den enskilde får byta utförare. Övervägandena finns i avsnitt 7. Paragrafen utformas enligt *Lagrådets* förslag.

Av bestämmelsen framgår att den enskilde under en ettårsperiod får göra högst två byten av sådana utförare inom vårdvalssystem inom primärvården där han eller hon kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, dvs. vårdcentraler och motsvarande vårdenheter. Ettårsperioden börjar således löpa när en patient som är listad hos en utförare (genom eget val eller passiv listning) gör ett första byte av utförare. För den patient som blivit listad genom att själv välja utförare räknas det tredje valet av utförare som ett andra byte. För den patient som till en början inte själv valt utförare utan blivit föremål för passiv listning utgör det andra egna valet av utförare även det andra bytet.

Regionen får medge fler än två byten om det finns särskilda skäl. Sådana särskilda skäl bör anses föreligga exempelvis om den enskilde byter bostadsort och önskar lista sig hos en utförare nära hemmet, om han eller hon vill kunna fortsätta gå till en läkare eller annan vårdkontakt som byter arbetsplats eller om den utförare där den enskilde är listad inte uppfyller vårdgarantin som följer av 9 kap. 1 §.

Även medicinska skäl bör kunna motivera fler än två byten av utförare. Särskilda skäl bör dock inte anses finnas enbart av den anledningen att en enskild med vanligt förekommande vårdbehov anser sig ha svårt att hitta en utförare som kan tillgodose dessa behov. Det bör gälla även om personen exempelvis är äldre och skör eller har en vanligt förekommande multisjuklighet eller funktionsnedsättning. I primärvårdens lagstadgade grunduppdrag ingår det att tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov.

En regions beslut att neka fler än två byten kan vara överklagbart enligt bestämmelserna om laglighetsprövning i kommunallagen (2017:725).

7 kap. 3 c §

På begäran av en sådan utförare som avses i 3 a § första stycket får regionen besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos utföraren. Regionen får avslå begäran helt eller delvis endast om det finns särskilda skäl.

I paragrafen, som är ny, finns bestämmelser om begränsningar av det antal patienter som får vara listade hos en utförare. Övervägandena finns i avsnitt 9.

Enligt bestämmelsen får regionen besluta att begränsa det antal patienter som får vara listade hos en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där patienten kan välja och få tillgång till en fast läkar-

kontakt, dvs. en vårdcentral eller motsvarande vårdenhet. Ett sådant beslut får enbart fattas på begäran av utföraren. Bestämmelsen gör inte någon skillnad mellan privata utförare och utförare i regionens egen regi.

En listningsbegränsning kommer sannolikt främst att aktualiseras i situationer där utföraren på grund av ett alltför stort inflöde av patienter inte kan upprätthålla en god arbetsmiljö för sin personal och en god och säker hälso- och sjukvård för patienterna. Lagtexten anger dock inte i vilka situationer en listningsbegränsning ska kunna beslutas.

Regionen får avslå en utförares begäran helt eller delvis enbart om det finns särskilda skäl. Särskilda skäl att helt neka en begränsning eller besluta om ett högre listningstak än utföraren önskar bör anses finnas om den begärda begränsningen skulle påverka patienternas valfrihet eller tillgängligheten inom primärvården i regionen på ett påtagligt negativt sätt.

En regions beslut om listningsbegränsning kan vara överklagbart enligt bestämmelserna om laglighetsprövning i kommunallagen (2017:725).

9 kap. 1 §

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens 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. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Hos en sådan utförare som avses i 7 kap. 3 a § första stycket gäller vårdgarantin enligt första stycket 1 och 2 endast om den enskilde är listad hos utföraren.

I paragrafen finns bestämmelser om vårdgarantin. Övervägandena finns i avsnitt 10.

Genom *andra stycket*, som är nytt, införs en särskild bestämmelse om vårdgarantin hos sådana utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt, dvs. vårdcentraler och motsvarande vårdenheter. Vårdgarantins två första steg, dvs. tillgänglighetsgarantin respektive bedömningsgarantin inom primärvården, gäller hos dessa slags utförare endast om den enskilde är listad hos utföraren. Om patienten valt en utförare i en annan region än hemregionen gäller dock inte vårdgarantin även om patienten är listad hos utföraren. Detta framgår såväl av 8 kap. 3 § som indirekt av första stycket.

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

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 valfrihetssystem (LOV) och med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning överväga vilka styrsystem som bäst främjar måluppfyllelse, inklusive behovet av förändringar i ersättnings- och finansieringsmodeller. I ett tilläggsdirektiv fick utredningen i uppgift att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för s.k. nätläkare kan skapas.

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

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

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

Vårdvalet behöver reformeras mot ett digifysiskt vårdval

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

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

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

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

Särskilt om så kallade nätläkare

De s.k. nätläkarnas utveckling av digitala verktyg och arbetssätt har medfört en innovation med potential att bli en stor tillgång för patienter, professioner och för systemets effektivitet. Digitaliseringen skapar möjlighet att åtgärda ett av primärvårdens huvudproblem – tillgängligheten – t.ex. genom att vara oberoende av geografi samt möjliggörandet av asynkrona kontakter. Digitala arbetssätt skapar bättre förutsättningar för att ge vårdens professioner ökad flexibilitet i arbetet, vilket är av stort värde för attraktiviteten i 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 ersättningssystem för digital utomlänsvård ges inte på lika villkor för utförare med avtal och underleverantörer. Detta är av många olika skäl i längden ohållbart.

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

Förutsättningarna för att bedriva vård är sämre i glesbygd

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

Vid vårdvalsreformens införande gjordes ingen analys om vården i glesbygd, trots att glesbygd är ojämnt fördelat mellan landsting, och trots att det borde vara en uppenbar slutsats att det är svårare att hitta ”affärs-

mässiga” förutsättningar att bedriva vård på orter där det inte bor mycket folk.

Prop. 2021/22:72

Bilaga 1

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 ställnings-tagande till hela välfärden och dess långsiktiga finansiering och närvaro i glesbygd behandlas.

Förslag för en integrerad digifysisk vårdvalsreform

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

Nya grunder för valfriheten i primärvårdens vårdvalssystem

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

- Begreppet listning används genomgående av landstingen men existerar inte som begrepp i dagens lagstiftning. Utredningen föreslår att *begreppet listning införs i lagstiftningen och utgör grunden för patientens valfrihet av utförare*. Listning syftar till att invånare och patienter på förhand ska välja utförare. Förslaget innebär en kodifiering 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 digifysisk 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 uppräknings av ersättningen, fast ersättning (kapitering) för listade som huvudsaklig ersättning, riskjustering i kapiteringen för att styra mot de med störst behov, minskad detaljstyrning, kontinuitet och tillgänglighet prioriteras och belönas, i ökad utsträckning göra medicinsk service och läkemedel till en s.k. fri nyttighet 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

prövning 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 prövning 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.

Lagförslag i betänkandet (SOU 2019:42)

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 Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

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

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

3. *den av landstinget tillhandahållna listningstjänsten,*

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

5. vårdgarantin, och

6. möjligheten att hos försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

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.

Prop. 2021/22:72

2§

Bilaga 2

Patientens val av utförare inom primärvården ska ske genom att patienten listar sig hos utföraren. Listning kan ske hos utförare i landstingets egna regi eller hos utförare som är godkänd och har ett kontrakt enligt 1 kap. 1 § andra stycket lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

3 §

Omval av utförare får ske två gånger 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.

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

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.*

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.

Prop. 2021/22:72
Bilaga 2

Denna lag träder i kraft den 1 juni 2021.

Förteckning över remissinstanserna (SOU 2019:42)

Efter remiss har yttranden kommit in från Achima Care AB, Aleris sjukvård, Alingsås kommun, Almega, Arbetsmiljöverket, Blekinge läns landsting (Region Blekinge), Capio, Dalarnas läns landsting (Region Dalarna), Datainspektionen, Delaktighet, Handlingskraft, Rörelsefrihet (DHR), Distriktssköterskeföreningen (DSF), Doktor.se, E-hälsomyndigheten, Eskilstuna kommun, Falu kommun, Familjeläkarna Mitt, FAMNA, Folkhälsomyndigheten, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Förvaltningsrätten i Umeå, Gotlands kommun (Region Gotland), Gällivare kommun, Gävle kommun, Gävleborgs läns landsting (Region Gävleborg), Hallands läns landsting (Region Halland), Helsingborgs kommun (Helsingborgs stad), Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Inera AB, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), IT- och Telekomföretagen, Justitiekanslern (JK), Jämtlands läns landsting (Region Jämtland Härjedalen), Jönköpings kommun, Jönköpings läns landsting (Region Jönköpings län), Kalmar läns landsting (Region Kalmar län), Karlstads kommun, Karolinska institutet (KI), Kiruna kommun, Kommunal, Kompetensföretagen, Konkurrensverket, Kristianstads kommun, Kronobergs läns landsting (Region Kronoberg), Kry, Landstinget i Uppsala län (Region Uppsala), Linköpings universitet, Luleå kommun, Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF), Läkemedelsverket (LV), Malmö kommun (Malmö stad), Min Doktor, Mora kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH), Nationellt kompetenscentrum anhöriga (NKA), Neuroförbundet, Norrbottens läns landsting (Region Norrbotten), Nätverket mot cancer, Nötkärnan Vård och Omsorg AB, Oskarshamns kommun, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Praktikertjänst, Regelrådet, Reumatikerförbundet, Riksförbundet Attention, Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Riksförbundet Hjärtlung, Skatteverket, Skåne läns landsting (Region Skåne), Socialstyrelsen, Sollentuna kommun, Sorsele kommun, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens medicinsk-etiska råd (SMER), Statskontoret, Stockholms kommun (Stockholms stad), Stockholms läns landsting (Region Stockholm), Swedish medtech, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk förening för Glesbygdsmedicin, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Svenska diabetesförbundet, Svenska distriktläkarföreningen, Svenska Läkaresällskapet, Svenskt demenscentrum, Sveriges Kommuner och Landsting (Sveriges Kommuner och Regioner, SKR), Sveriges konsumenter, Sveriges läkarförbund, Sveriges yngre läkares förening (SYLF), Södermanlands läns landsting (Region Södermanland), Torsby kommun, Trelleborgs kommun, Umeå kommun, Umeå universitet, Upphandlingsmyndigheten, Vårdförbundet, Vårdförstagarna, Värmlands läns landsting (Region Värmland), Västerbottens läns landsting (Region Västerbotten), Västernorrlands läns landsting (Region Västernorrland), Västmanlands läns landsting (Region Västmanland), Västra Götalands läns landsting (Västra Götalandsregionen), Örebro

kommun, Örebro läns landsting (Region Örebro län), Örebro läns läkarförening, Örnsköldsviks kommun, Östergötlands läns landsting (Region Östergötland), Östersunds kommun. Prop. 2021/22:72
Bilaga 3

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Apotekarsocieteten, Falkenberg kommun, Företagarna, Göteborgs kommun (Göteborgs stad), Huddinge kommun, Uppsala kommun, Växjö kommun.

Sammanfattning av de delar av betänkandet God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39) som behandlas i lagrådsremissen

Kontinuitet i primärvården

Utredningen bedömer att frågan om betydelsen av väl fungerande hållbara relationer i svensk hälso- och sjukvård under lång tid varit underskattad. Kontinuitet i relationen mellan patienten och vårdens medarbetare samt mellan olika professioner och olika vårdkontakter är central för såväl vårdens kvalitet och patientens upplevelse som medarbetarnas arbetsmiljö och effektiviteten i hälso- och sjukvården. Utredningen belyser att det inte finns någon motsättning mellan funktionerna fast vårdkontakt och fast läkarkontakt i primärvården.

Utredningen föreslår ett förtydligande av patientens möjlighet att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården hos den utförare i Vårdval primärvård som patienten valt. Utredningen ser det som avgörande för det fortsatta förtroendet i befolkningen för primärvårdens insatser att verksamheten bedrivs med minst lika höga kvalitetskrav som i dag. Ett så brett uppdrag som primärvården har ställer särskilda krav på kompetens hos de som verkar där. Utredningen föreslår därför att det ska införas krav på att fast läkarkontakt i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, specialist i geriatrik eller barn- och ungdomsmedicin eller ha annan likvärdig kompetens eller vara läkare under specialiseringstjänstgöring i allmänmedicin.

Lagförslag i betänkandet (SOU 2018:39) som behandlas i lagrådsremissen

Prop. 2021/22:72
Bilaga 5

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

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha 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.

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

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

Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 § och 6 kap. 3 § patientlagen (2014:821) ska ha 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 Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

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

2. möjligheten att få *tillgång till* och *välja* en fast *läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård*,

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

4. vårdgarantin, och

5. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

6 kap.

3 §

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

Patienten ska få *tillgång till* och möjlighet att välja en fast läkarkontakt *hos den utförare som patienten valt i Vårdval primärvård*.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2020.

Förteckning över remissinstanserna (SOU 2018:39)

Prop. 2021/22:72
Bilaga 6

Efter remiss har yttranden kommit in från Akademikerförbundet SSR, Apotekarsocieteten, Arbetsmiljöverket, Arjeplogs kommun, Barnombudsmannen, Blekinge läns landsting (Region Blekinge), Dalarnas läns landsting (Region Dalarna), Danderyds kommun, Datainspektionen, Dietisternas riksförbund, Distriktssköterskeföreningen, E-hälsomyndigheten, FAMNA, Finspångs kommun, Folkhälsomyndigheten, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förvaltningsrätten i Umeå, Gotlands kommun, Grums kommun, Gävle kommun, Gävleborgs läns landsting (Region Gävleborg), Hallands läns landsting (Region Halland), Huddinge kommun, Håbo kommun, Härryda kommun, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Justitiekanslern (JK), Jämtlands läns landsting (Region Jämtland Härjedalen), Jönköpings kommun, Jönköpings läns landsting, Kalmar läns landsting (Region Kalmar län), Karlstads kommun, Karolinska Institutet, Kommunal, Kronobergs läns landsting (Region Kronoberg), Kungsbacka kommun, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR), LIF – de forskande läkemedelsföretagen, Lunds universitet, Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF), Läkemedelsverket (LV), Malmö kommun, Myndigheten för delaktighet, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Mölndals kommun, Norrbottens läns landsting (Region Norrbotten), Nyköpings kommun, Regelrådet, Sjukhusläkarna, Skåne läns landsting (Region Skåne), Skövde kommun, Socialstyrelsen, Sollefteå kommun, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Statskontoret, Stockholms kommun, Stockholms läns landsting (Region Stockholm), Svedala kommun, Swedish medtech, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk Kuratorsförening, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Svenska Distriktsläkarföreningen, Svenska Logopedförbundet, Svenska Läkarsällskapet, Svenska naprapatförbundet, Sveriges Farmaceuter, Sveriges Kommuner och Landsting (Sveriges Kommuner och Regioner), Sveriges läkarförbund, Sveriges Psykologförbund, Säffle kommun, Södermanlands läns landsting (Region Södermanland), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Umeå universitet, Uppsala kommun, Uppsala läns landsting (Region Uppsala), Vetenskapsrådet, VISION, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Värmlands läns landsting (Region Värmland), Västerbottens läns landsting (Region Västerbotten), Västernorrlands läns landsting (Region Västernorrland), Västmanlands läns landsting (Region Västmanland), Västra Götalands läns landsting (Västra Götalandsregionen), Åre kommun, Örebro läns landsting (Region Örebro län), Östergötlands läns landsting (Region Östergötland).

Därutöver har yttranden inkommit från Astma-, Allergi- och KOLSjuksköterskeföreningen (ASTA), Bröstcancerförbundet, Elöverkännsligas riksförbund, Gemensam Valfärds vårdnätverk, Intressegruppen för mödrahälsovårdsöverläkare, Jan Bagge, Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, Neuro, Nätverket mot cancer, Personskade-

förbundet RTP, Prioriteringscentrum Linköpings Universitet, Psoriasisförbundet, Psykiatriska riksföreningen för sjuksköterskor (PRF), Reumatikerförbundet, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för rehabilitering (MAS-MAR) Riksförbundet Attention, Riksförbundet för Barn, Unga och Vuxna med utvecklingsstörning, (FUB), Riksförbundet HjärtLung, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), Samling för allmänmedicinsk forskning och utbildning (SAFU), Sjuksköterskor i cancervård, Svensk förening för glesbygdsmedicin, Svensk förening för sjuksköterskor i diabetesvård, Svenska barnmorskeförbundet, Svenska Röda korset, Svenska ödemförbundet, Sveriges Yngre läkares förening (SYLF), Svensk Förening för Akutsjukvård (SWESEM).

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder, Halmstad kommun, Hjo kommun, Justitiekanslern, Lika unika, Nora kommun, Nordmaling kommun, Norrtälje kommun, Orust kommun, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL), Rättvik kommun, Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA), Älvkarleby kommun, Örkelljunga kommun.

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

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 §, 6 kap. 3 § och 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

3 kap.**2 §⁵**

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 Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

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

2. *regionens elektroniska system för listning av patienter hos utförare,*

3. *möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt,*

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

5. vårdgarantin, och

6. möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller i Schweiz.

6 kap.**3 §**

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

Patienten ska få möjlighet att *få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos den utförare inom primärvården som patienten valt genom listning enligt 7 kap. 3 a § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).*

9 kap.**1 §⁶**

En patient som omfattas av en regions ansvar för hälso- och sjukvård ska inom eller utom denna region få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård.

⁵ Senaste lydelse 2016:658.

⁶ Senaste lydelse 2019:964.

*Bestämmelser om val av utförare
inom primärvården genom listning
finns i 7 kap. 3 a och 3 b §§ hälso-
och sjukvårdslagen (2017:30).*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

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

Prop. 2021/22:72
Bilaga 7

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 7 kap. 3 § och 9 kap. 1 § ska ha följande lydelse. dels att det ska införas tre nya paragrafer, 7 kap. 3 a–3 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap. 3 §⁷

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

Regionens geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.

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

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

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

3 a §

Val av en sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får vara listad hos högst en sådan utförare i taget.

Listning får endast göras hos

- 1. utförare i en regions egen regi, eller*
- 2. utförare som har ett kontrakt med en region enligt 8 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller ett därmed jämförligt*

⁷ Senaste lydelse 2019:973.

*kontrakt enligt lagen (2016:1145)
om offentlig upphandling.*

*Regionen ska tillhandahålla ett
elektroniskt system för listning
(listningstjänst).*

*Regeringen eller den myndighet
som regeringen bestämmer får
meddela föreskrifter om*

- 1. listningstjänstens innehåll,*
- 2. kösystem, och*
- 3. val av utförare på annat sätt
än genom listningstjänsten.*

3 b §

*Omval av sådana utförare som
avses i 3 a § första stycket får göras
högst två gånger under en period
om ett år. Om det finns särskilda
skäl, får dock regionen medge fler
än två omval.*

3 c §

*På begäran av en sådan utförare
som avses i 3 a § första stycket får
regionen besluta att begränsa det
antal patienter som får vara listade
hos utföraren. Regionen får avslå
begäran helt eller delvis endast om
det finns särskilda skäl.*

9 kap.

1 §⁸

Regionen ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av regionens 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. en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

*Hos en sådan utförare som avses
i 7 kap. 3 a § första stycket gäller
vårdgarantin enligt första stycket 1
och 2 endast om den enskilde är
listad hos utföraren.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2022.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2021-12-01

Närvarande: F.d. justitieråden Martin Borgeke och Mari Andersson samt justitierådet Petter Asp

Ökad kontinuitet och effektivitet i vården – en primärvårdsreform

Enligt en lagrådsremiss den 3 november 2021 har regeringen (Socialdepartementet) beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i patientlagen (2014:821),
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av ämnesrådet Eva Willman Kullén, biträdd av kanslirådet Nela Lalouni.

Förslagen föranleder följande yttrande.

Förslaget till lag om ändring i patientlagen

3 kap. 2 §

I paragrafen finns bestämmelser om att patienter ska få viss slags information. I tredje punkten föreslås att det ska läggas till att patienten ska bli informerad om ”möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt”. Samma uttryck föreslås infört i några andra paragrafer och finns redan i 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen. För Lagrådet är det naturligare att uttrycka det så, att patienten först väljer och därefter får tillgång till läkarkontakten, dvs. att punkten utformas enligt följande.

3. möjligheten att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt,

Samma utformning bör väljas i 6 kap. 3 § patientlagen samt i 7 kap. 3 och 3 a §§ hälso- och sjukvårdslagen. Innehållet i dessa paragrafer gör det än tydligare att ordningsföljden mellan valet av och tillgången till den fasta läkarkontakten bör vara den av Lagrådet föreslagna.

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen

7 kap. 3 §

Paragrafen handlar om vårdvalssystem inom primärvården. I andra stycket står att ”Regionens geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem”. Det som avses är att man inom regionen får ha flera geografiskt avgränsade områden med separata vårdvalssystem inom primärvården. Lagrådet föreslår – eftersom det är svårt att se att det är korrekt att säga att ett område delas upp i system – att detta uttrycks på följande sätt.

7 kap. 3 a §

Paragrafen reglerar val av utförare genom listning. I första stycket första meningen definieras vilka utförare som en person kan listas hos på följande sätt: ”sådan utförare inom ett vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt”. Det är emellertid vårdvalssystemet och inte utföraren som är av det slaget ”att enskilda där kan få tillgång till och välja en fast läkarkontakt”. Detta innebär att ordet ”sådan” ska flyttas och placeras före ordet vårdvalssystem.

Genom denna ändring och den ändring som föreslogs under 3 kap. 2 § patientlagen samt några språkliga justeringar föreslår Lagrådet att första, andra och tredje styckena ges följande lydelse.

Val av en utförare inom ett sådant vårdvalssystem i primärvården där enskilda kan välja och få tillgång till en fast läkarkontakt ska ske genom att uppgifter om den enskilde förs in i en förteckning över utförarens patienter (listning). Den enskilde får inte vara listad hos mer än en sådan utförare i taget.

Listning får göras endast hos

1. utförare i en regions egen regi, eller
2. utförare som med en region har ett kontrakt enligt 8 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller ett därmed jämförligt kontrakt enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Regionen ska tillhandahålla ett elektroniskt system för listningen (listningstjänst).

7 kap. 3 b §

I paragrafen begränsas det antal gånger som den enskilde får lista om sig hos olika utförare. I lagtexten kallas detta för ”omval” av utförare. Ordet omval signalerar emellertid att man väljer samma utförare igen. Lagrådet föreslår att ”omval” ersätts av ”byte” så att paragrafen får följande lydelse.

Byte av sådana utförare som avses i 3 a § första stycket får göras högst två gånger under en period om ett år. Om det finns särskilda skäl får regionen dock medge fler byten.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 9 december 2021

Närvarande: statsminister Andersson, ordförande, och statsråden Hallengren, Damberg, Shekarabi, Ekström, Strandhäll, Dahlgren, Ernkrans, Hallberg, Nordmark, Säterberg, Thorwaldsson, Gustafsdotter, Axelsson Kihlblom, Elger, Farmanbar, Danielsson, Karkiainen

Föredragande: statsrådet Hallengren

Regeringen beslutar proposition Ökad kontinuitet och effektivitet i vården - en primärvårdsreform