

# Regler för etablering av vårdgivare

*Förslag för att öka mångfald  
och integration i specialiserad öppenvård*

*Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt*

*Stockholm 2009*



STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

SOU 2009:84

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Omslag: Petra Lundin, Manifesto

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB  
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23297-2  
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (dir. 2007:90). För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur vårdval kan införas i primärvården där det blir möjligt för vårdgivare att etablera sig med rätt till offentlig ersättning. Denna del av utredningens uppdrag lämnade utredningen i delbetänkandet *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37). Utredaren ska göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning. Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare över landstingsgränser efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Förslag rörande dessa frågor lämnade utredningen i delbetänkandet *Patientens rätt* (SOU 2008:127). Den 29 maj och den 18 juni 2008 beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare direktiv (dir. 2008:72 och dir. 2008:87). Av tilläggsdirektiven framgår dels att utredaren ska lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktions-sätt, dels föreslå ett nytt system för hur privata vårdgivare ska kunna etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. De förslag och överväganden i uppdraget som rör rehabiliteringsgarantin lämnade utredningen i sitt delbetänkande *Bättre samverkan* (SOU 2009:49).

I utredningens slutbetänkande uppfylls slutligen utredningens uppdrag i och med överlämnandet av ett förslag för ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso-

och sjukvård utanför primärvården. Förslaget innehåller även övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan. Utredningens direktiv återfinns i bilaga 1–3.

Experten Toivo Heinsoo har sedan den 1 september 2007 varit särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 rättssakkunniga Petra Bergman, Socialdepartementet, ämnesrådet Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreteraren Helena Linde, Finansdepartementet samt departementssekreteraren Martin Talvik, Socialdepartementet. Den 18 december 2007 förordnades sedan departementssekreteraren Åsa Edman, Finansdepartementet som sakkunnig i utredningen. Rättssakkunniga Petra Bergman entledigades från uppdraget den 26 maj 2008 och samma dag förordnades rätts-sakkunniga Eva Willman, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Åsa Edman entledigades från uppdraget den 12 september 2008 och samma dag förordnades kansli-rådet Richard Falkendal, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Den 19 januari 2009 förordnades kansli-rådet Eva Stina Lönngren, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Martin Talvik entledigades från uppdraget den 15 april 2009 och samma dag förordnades departementssekreteraren Daniel Zetterberg, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen.

Som experter i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, förbundsordföranden Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet, projektledaren Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen, analytikern Jörgen Lindell, Tillväxtverket (tidigare Nutek), biträdande avdelningschefen Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting, ordföranden Anne-Sophie Sjöberg, Vårdföretagarna, andre vice ordföranden Benny Ståhlberg, Sveriges läkarförbund samt konkurrensrådet Per-Arne Sundbom, Konkurrensverket. Andre vice ordföranden Benny Ståhlberg entledigades från uppdraget den 30 april 2008 och samma dag förordnades ordföranden Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund, som expert i utredningen. Den 19 januari 2009 förordnades utredaren Sven-Erik Skoogh, Sjukgymnasternas Riksförbund, som expert i utredningen.

Till huvudsekreterare i utredningen anställdes på halvtid från och med den 1 september 2007 och på heltid från och med den 1 januari 2008 ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Från och med den 1 oktober 2007 anställdes landstingsjuristen Robert Larsson som sekreterare i utredningen och statsvetaren Matilde Millares som biträdande sekre-

terare på halvtid i utredningen och från och med den 1 november 2008 på heltid. Den 14 juli 2008 entledigades ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Professor Claes-Fredrik Helgesson anställdes som huvudsekreterare i utredningen på deltid från och med den 1 augusti 2008 och på heltid från och med den 1 oktober 2008. Den 31 december 2008 entledigades landstingsjuristen Robert Larsson från uppdraget. Den 1 januari 2009 anställdes juristen Jessica Appelgren som sekreterare i utredningen. Den 31 januari 2009 entledigades statsvetaren Matilde Millares från uppdraget. Från och med den 1 februari 2009 anställdes handläggarchefen Gabriella Norén som sekreterare i utredningen. Från och med den 1 april anställdes statsvetaren Viktoria Björk som sekreterare på halvtid i utredningen och från och med den 1 juni 2009 på heltid. Den 31 augusti 2009 entledigades juristen Jessica Appelgren och den 18 september 2009 entledigades handläggarchefen Gabriella Norén från uppdraget. Utredningens assistent har varit Malin William-Olsson.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt, överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Regler för etablering av vårdgivare* (SOU 2009:84). Till slutbetänkandet fogas ett särskilt yttrande.

Utredningens uppdrag är med detta slutfört.

Stockholm i oktober 2009

Toivo Heinsoo

/Claes-Fredrik Helgesson  
Viktoria Björk

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>15</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>27</b>
<b>1 Utredningens uppdrag och genomförande .....</b>	<b>35</b>
1.1 Direktiven.....	35
1.2 Utredningsarbetet.....	36
1.3 Slutbetänkandets disposition .....	37
<b>2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag.....</b>	<b>39</b>
2.1 Inledning.....	39
2.2 Problembeskrivning.....	40
2.2.1 Patientens svaga ställning.....	40
2.2.2 Skillnader avseende tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet.....	41
2.2.3 Problem i hälso- och sjukvårdens organisering .....	43
2.3 En målbild av hälso- och sjukvårdens framtida organisering i Sverige .....	47
2.3.1 Ett integrerat och gemensamt finansierat system .....	48
2.3.2 Ett system präglat av patientfokus .....	50
2.3.3 Ett system präglat av mångfald.....	51
2.3.4 Ett system präglat av innovationskraft.....	52
2.4 Avslutande kommentar .....	52
Referenser.....	53

<b>3</b>	<b>Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet .....</b>	<b>55</b>
3.1	Inledning.....	55
3.1.1	Definitioner av vissa begrepp .....	56
3.2	Ansvarsförhållanden i svensk sjukvård .....	57
3.3	Kostnader för svensk sjukvård .....	59
3.3.1	Utgifter för olika delar av sjukvården .....	59
3.3.2	Kostnader och resultat i en internationell jämförelse .....	61
3.4	Utvecklingen av olika delar av vården.....	63
3.4.1	Utveckling av slutenvård, öppenvård och primärvård .....	63
3.4.2	Vem producerar, utför respektive finansierar vården? .....	63
3.4.3	Utvecklingen för privata läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt nationell taxa .....	64
3.5	Internationella trender .....	68
3.6	Viktiga regleringar för organiseringen av utförare .....	69
3.6.1	Vårdavtal.....	70
3.6.2	Samverkansavtal .....	71
3.6.3	Offentlig upphandling och valfrihetssystem.....	74
3.6.4	Remissregler .....	76
3.6.5	Tillsyn och uppföljning .....	79
3.6.6	Regleringarnas utveckling.....	80
3.7	Några svagheter i hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering .....	82
3.7.1	Svagheter i olika delar av vården .....	84
	Referenser .....	91
<b>4</b>	<b>Patientens ställning i öppenvården .....</b>	<b>95</b>
4.1	Inledning.....	95
4.2	Områden där patientens ställning är svag.....	96
4.2.1	Begränsade valmöjligheter .....	96
4.2.2	Komplexa vårdprocesser.....	98

4.2.3	Patientens informations- och kunskapsunderläge....	100
4.2.4	Bemötande .....	102
4.2.5	Patientdelaktighet.....	103
4.2.6	Kontinuitet och tillgänglighet.....	105
4.2.7	Patientens ställning starkast efter en vårdprocess ....	106
4.2.8	Utredningens sammanfattande iakttagelser rörande patientens ställning i dagens hälso- och sjukvård .....	108
4.3	Systematiska variationer i vården ur olika perspektiv.....	109
4.3.1	Jämställdhet i öppenvården .....	110
4.3.2	Jämlikhet i vården .....	112
4.3.3	Regionala skillnader.....	113
4.3.4	Styrkan i patientens ställning i olika skeenden av vårdprocessen.....	114
4.4	Olika verktyg och förslag för att stärka patientens ställning före och under en vårdprocess .....	116
4.4.1	Utredningens iakttagelser och slutsatser .....	117
	Referenser.....	118
<b>5</b>	<b>Etableringsregler och ersättningsprinciper.....</b>	<b>121</b>
5.1	Inledning.....	121
5.2	Centrala utgångspunkter .....	121
5.2.1	Ett komplext system med många verksamheter och ersättningsprinciper.....	121
5.2.2	Ett ökat intresse för olika ersättningssystem och deras effekter.....	123
5.2.3	Landstingens ansvar över den gemensamma finansieringen av hälso- och sjukvård.....	129
5.2.4	Stort behov av lärande och utveckling.....	131
5.3	Centrala regler för etablering och ersättning av privata vårdgivare.....	132
5.3.1	Lagen om offentlig upphandling .....	132
5.3.2	Valfrihetssystem .....	135
5.3.3	EG-rättens krav .....	137
5.4	Utredningens iakttagelser .....	141



5.4.1	Principer och regelverk för etablering och ersättning .....	141
5.4.2	Implikationer för etablering och ersättning inom specialiserad öppenvård utanför primärvården .....	142
5.5	Referenser .....	144
<b>6</b>	<b>Granskning och kunskapsstyrning.....</b>	<b>147</b>
6.1	Inledning.....	147
6.2	Användning av olika begrepp .....	148
6.3	Generella iakttagelser .....	151
6.4	Nuvarande system och dess brister.....	153
6.4.1	Socialstyrelsens tillsyn .....	153
6.4.2	Landstingens revision .....	155
6.4.3	Vårdrevision .....	156
6.4.4	Landstingens uppföljning.....	158
6.4.5	Kvalitetsregister .....	160
6.4.6	Hälsodataregister .....	161
6.4.7	Öppna jämförelser .....	162
6.4.8	Nationella riktlinjer .....	163
6.4.9	Utvärdering av medicinska metoder.....	163
6.4.10	Personalens kompetensutveckling.....	165
6.4.11	Stöd för verksamhetsutveckling.....	166
6.5	Pågående initiativ.....	168
6.5.1	Behörighetsutredningen .....	168
6.5.2	Patientsäkerhetsutredningen.....	169
6.5.3	Nationellt system för egenkontroll .....	170
6.5.4	En oberoende granskningsfunktion.....	170
6.5.5	Patientdatalagen och Nationell Patientöversikt.....	171
6.5.6	Nationell IT-strategi.....	172
6.5.7	Nationell strategi för öppna jämförelser .....	173
6.6	Utredningens iakttagelser.....	174
	Referenser .....	179
<b>7</b>	<b>Diskussion kring alternativa vägar.....</b>	<b>183</b>
7.1	Utgångspunkter.....	184

7.1.1	Bakgrund .....	184
7.1.2	Etableringsregler och landstingens planeringsansvar.....	186
7.1.3	Etableringar enligt LOL och LOS – ett kompletterande utbud.....	187
7.1.4	Vårdproducenter inom LOL och LOS.....	189
7.2	Tre alternativ .....	191
7.2.1	Reviderade nationella etableringsregler för öppenvård.....	191
7.2.2	Ett regionalt etableringssystem .....	197
7.2.3	Ny nationell ersättningsmodell .....	201
7.3	Sammanfattande jämförelse mellan de olika alternativen....	203
	Referenser.....	205
<b>8</b>	<b>Utredningens förslag .....</b>	<b>207</b>
8.1	Utredningen föreslår en ny etableringsplattform .....	207
8.2	Avveckling av LOL och LOS.....	209
8.3	Lag om vårdgivaretablering .....	210
8.4	Myndighet fastställer och utvecklar ramar för etablering ...	212
8.5	Tillstånd och registrering av verksamheten.....	213
8.6	Regionalt godkännande och ingående av etableringsavtal...	214
8.7	Landstingens möjligheter att kontrollera kostnader .....	216
8.8	Möjligheter för landstingen att styra och prioritera .....	217
8.9	Landstingsanställdas rätt att parallellt arbeta i annan verksamhet .....	217
8.10	Öppna vårdens utveckling.....	218
8.11	Beräkning av resurser för ny etableringsplattform .....	219
8.12	Genomförande .....	221
8.13	Tillsyn över landstingens ansvar för etableringar och vissa konkurrensfrågor .....	221

8.14 Övergångsbestämmelser .....	223
8.15 Sammanfattning.....	223
Referenser .....	225
<b>9 Konsekvenser av utredningens förslag .....</b>	<b>227</b>
9.1 Samhällsekonomiska konsekvenser samt konsekvenser för de offentliga finanserna.....	227
9.1.1 Direkta konsekvenser för statens finanser .....	228
9.1.2 Konsekvenser för landstingens kostnader.....	228
9.1.3 Samhällsekonomiska konsekvenser .....	231
9.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	232
9.3 Konsekvenser för jämställdhet .....	233
9.3.1 Konsekvenser för jämställdhet utifrån ett patient- och närståendeperspektiv .....	234
9.3.2 Konsekvenser för jämställdhet utifrån ett företag- och löntagarperspektiv .....	235
9.4 Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga.....	236
9.5 Konsekvenser för annan lagstiftning.....	237
Referenser .....	238
<b>10 Genomförande och ikraftträdande.....</b>	<b>239</b>
<b>11 Författningskommentar .....</b>	<b>241</b>
Lagens tillämpningsområde m.m.....	241

Särskilt yttrande av experten Roger Molin .....	251
Bilaga 1, Kommittédirektiv, Dir:2007:90 .....	253
Bilaga 2, Tilläggsdirektiv, Dir:2008:72 .....	259
Bilaga 3, Tilläggsdirektiv, Dir:2008:87 .....	265

# Sammanfattning

## **Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård**

Utredningens förslag är att införa ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. Detta system ska finnas vid sidan av de offentliga upphandlingsformer som redan finns och bygger på ett samspel mellan landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och en nationell plattform. Avsikten med anslutningsformen är att tillvarata entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården. Förslagen är vidare utformade så att de ger bättre förutsättningar för en ökad integration så att olika vårdgivare oavsett driftsform verkar i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Den specialiserade öppenvården utanför primärvården är en central del av hälso- och sjukvården. Etablering av läkare och sjukgymnaster på den så kallade nationella taxan har funnits i sin nuvarande form sedan 1994 och regleras genom *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL)* respektive *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)*. Det finns flera skäl till varför dessa regler för etablering inom specialiserad öppenvård inte har gett tillräckliga förutsättningar för att denna del av sjukvården ska kunna utvecklas på ett för helheten önskvärt sätt. Utredningen har bland annat kunnat konstatera att patienter i flera avseenden har en alltför svag ställning, att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet samt att det finns flera tendenser till fragmentering. Vi har vidare observerat att det finns en bristande tillit mellan olika viktiga parter inom just denna del av hälso- och sjukvården. Det finns även mycket som tyder på att det finns en stor orealiserad innovationspotential rörande arbetssätt och organiser-

ing. Nuvarande principer för etablering enligt LOL och LOS har, till sist, inte visat sig fungera för att stimulera nyetablering och har även ifrågasatts utifrån rättsliga utgångspunkter.

### Utredningens förslag i korthet

Utredningen föreslår en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården. Det föreslagna systemet bygger på en ny *lag om vårdgivaretablering*, (LOVE). En myndighet föreslås fastställa och utveckla ramarna för etablering. Detta innebär att identifiera inom vilka verksamhetsområden som etablering kan ske enligt den nya lagen liksom de lägsta ersättningsnivåer som kan komma i fråga.

Etableringsplattformen gäller initialt de områden som i dag verkar inom ramen för LOL och LOS. Dessa två lagar föreslås också upphöra när det nya systemet införs. Gradvis ska emellertid genom myndighetens försorg även andra områden och andra kompetenser infogas i etableringsplattformen. Utredningen ser framför sig en utveckling där myndigheten gradvis expanderar etableringsplattformen och samtidigt genomför en översyn av de områden som redan initialt kommit att ingå.

Utformningen av etableringsplattformen bör sikta på att åstadkomma en styrning mot vårdens mål och resultat samt premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Utredningen anser att en inriktning bör vara att skapa ersättningssystem som är hälsofrämjande och stimulerar nytänkande.

Etablering av en privat vårdgivare förutsätter att det rör ett verksamhetsområde som är identifierat i ovan nämnda nationella etableringsplattform. En enskild etablering enligt det föreslagna systemet är reglerad och sker i två steg. I det första steget ska den vårdgivare som vill etablera sig med offentlig finansiering erhålla tillstånd och genomföra en registrering. Detta sker hos tillsynsmyndigheten. Där bedöms om vårdgivaren har adekvat medicinsk och annan kompetens för att bedriva den aktuella verksamheten.

I det andra steget ansöker vårdgivaren om godkännande i det landsting där verksamheten ska bedrivas. Det är således vårdgivaren som tar initiativet till att formulera en avsiktsförklaring för etablering. Vårdgivaren ska i ansökan ange syfte och mål med etableringen, samt på vilket sätt verksamheten kommer att bedrivas inom det landsting där etablering sökes. Om inte särskilda omständigheter föreligger ska

landstinget godkänna etableringen och upprätta etableringsavtal. Ett sådant avtal gäller tills vidare. I etableringsavtalet ska landstinget ange på vilka villkor och grunder vårdgivarersättning ska utgå. I samband med att etableringsavtal upprättas får landsting vidare ange de olika andra villkor som ska uppfyllas för att få bedriva verksamhet med offentlig finansiering inom landstinget. De krav som anges ska vara lika för all verksamhet inom landstingsområdet och relevanta för den specifika verksamhet som avses bedrivas enligt etableringsavtalet.

Det föreslagna systemet med regler för vårdgivaretablering är konstruerat för att stimulera nya verksamhetsidéer som kan bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Däri skiljer sig systemet från redan existerande upphandlingsformer där landstingen har en större del av formuleringsinitiativet. På så sätt utgör det föreslagna systemet ett komplement som ger förutsättningar för innovationskraft och att en större mångfald utvecklas. Samtidigt är förfarandet utformat så att det möjliggör en kvalitets- och kostnadskontroll samt ger stöd för en i flera andra avseenden viktig samverkan och integration mellan de olika aktörer som verkar inom landstingens hälso- och sjukvårdssystem.

Den föreslagna ordningen där en nationell myndighet är ansvarig för en kontinuerlig översyn av etableringsplattformen för den öppna specialiserade vården har också en potential att bidra till en större flexibilitet i hälso- och sjukvårdens organisering. Det gäller inte minst de kontinuerligt förändrade förutsättningarna för vilka verksamheter som lämpligast bedrivs inom slutenvård, specialiserad öppenvård respektive primärvård.

Det föreslagna systemet innebär en förstärkning av såväl det nationella som regionala inflytandet över etableringen inom den specialiserade öppenvården jämfört med den ordning som har LOL och LOS som grund. Samtidigt kan det föreslagna systemet bättre stimulera en utveckling där entreprenörskap i större utsträckning kan utnyttjas för att utveckla patientfokus och en bredare mångfald av vårdgivare inom den öppna specialiserade vården.

## Utgångspunkter och bakgrund till utredningens förslag

### En målbild av hälso- och sjukvårdens framtida organisering i Sverige

Två grundförutsättningar präglar utredningens uppdrag. Den ena är huvuduppgiften att stärka patientens ställning. Den andra är förutsättningen att utredningens förslag ska ligga inom ramen för nuvarande gemensamma finansiering och att rådande ansvarsförhållanden ska bestå. Detta innebär att landstingens dominerande roll ska kvarstå som de som i huvudsak har att planera, organisera och finansiera den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningens uppdrag kan sammanfattas som att diskutera frågor om *hur* hälso- och sjukvården ska organiseras och då huvudsakligen inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Vi anser att de förslag till förändringar som utredningen har i uppdrag att lämna bör relateras till en övergripande målbild om vad som bör känneteckna den svenska hälso- och sjukvårdens organisering. En sådan målbild över *organiseringen* måste givetvis vara tydligt förankrad i de övergripande mål och principer som gäller för hälso- och sjukvården. Dessa kan i korthet sammanfattas som att hälso- och sjukvården ska ge en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Ambitionen med målbilden är också att den ska vara så pass allmänt hållen att den inte i sig är ett uttryck för att inskränka landstingens och kommunernas rätt att själva utforma sin verksamhet. Utredningen har utifrån dessa utgångspunkter valt att formulera följande målbild rörande hälso- och sjukvårdens organisering:

Hälso- och sjukvården bör organiseras som ett integrerat och gemensamt finansierat system, präglat av patientfokus, mångfald och innovationskraft.

Denna målbild har utgjort en viktig referenspunkt för olika konkreta förslag som beaktats inom ramen för utredningens arbete. En mer utförlig beskrivning av utredningens målbild finns i kapitel 2 jämte en problembeskrivning.



## Hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering

Hälso- och sjukvårdens organisering är komplex. Landstingen har ett stort övergripande ansvar, och det är i många avseenden lämpligt att se det som att Sverige har ett hälso- och sjukvårdssystem för varje landsting. Till detta ska emellertid läggas att det finns en betydande samverkan mellan landstingen samt att det finns flera nationella stödstrukturer för sådant som kunskapsstyrning, godkännande av läkemedel m.m.

De olika delarna i ett hälso- och sjukvårdssystem beskrivs ofta med begrepp som slutenvård, öppenvård, primärvård och hemsjukvård. Med *slutenvård* avses sådan vård som ges till en patient som är inskriven på en vårdenhets eller som vårdas eller observeras på en inagningsavdelning. Med *öppenvård* avses den hälso- och sjukvård som ges på öppenvårdsmottagningar i primärvård och närsjukvård, liksom den vård som ges på sjukhusens öppna mottagningar. *Primärvård* är en del av den öppna vården och ska utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp svara för befolkningens behov av grundläggande behandling, omvårdnad, m.m. som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den del som utredningen i detta betänkande särskilt har att beakta är den öppenvård som inte är primärvård.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården uppgick 2007 till knappt 278 miljarder kronor. Kostnaderna för den öppna specialiserade vården utanför primärvården är omkring 50 miljarder kronor. Det finns tydliga tecken på förskjutningar i omfattningen av hälso- och sjukvårdens olika delar. Sålunda har exempelvis antalet vårdplatser i slutenvården under senare år minskat, liksom den genomsnittliga vårdtiden i slutenvården. Antalet besök i primärvård har å andra sidan ökat, medan antalet besök i den specialiserade öppenvården har minskat. Här kan särskilt noteras att det är ett gradvis minskande antal läkare och sjukgymnaster som verkar inom ramen för LOL respektive LOS.

En utförligare översikt över hälso- och sjukvårdssystemet återfinns i kapitel 3. Där lämnas också en särskild redogörelse över utvecklingen för det system av läkare och sjukgymnaster som verkat med samverkansavtal. Kapitlet innehåller också en genomgång av de viktiga regleringar som finns av betydelse för organiseringen av olika utförare inom den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller exempelvis regler för etablering av vård-

avtal och samverkansavtal men också de regler som finns för sådant som remisser, tillsyn och uppföljning.

### Patientens ställning i öppenvården

Frågan om patientens ställning är oerhört komplex. För det första är det viktigt att komma ihåg att begreppet patient sällan kan fungera som en beteckning på en enhetlig grupp individer med samma förutsättningar och behov. Därför blir frågan om hur patientens ställning kan stärkas i den öppna hälso- och sjukvården flerdimensionell. Till detta ska läggas att patienter befinner sig i en lång rad olika situationer som var och en har sina särskilda implikationer för patientens ställning.

Utredningen har på basis av detta gjort en inventering av områden där patientens ställning är svag och för vart och ett problematiserat frågan om patientens ställning. Bland de områden som berörts kan nämnas begränsade valmöjligheter, samordningen i komplexa vårdprocesser, implikationer av patientens kunskapsunderläge och brister i bemötande. Samtidigt som dessa områden skiljer sig åt, och betydelsen kan variera för olika patienter, kan vi konstatera att patientens ställning är svagare inför och under en vårdprocess än därefter. Det finns med andra ord flera mekanismer som i efterhand kan fånga upp problem relaterade till en svag patientställning när de väl uppstått.

En viktig aspekt rörande patientens ställning i hälso- och sjukvården rör sådant som att kön, etnicitet, samt socioekonomisk och regional tillhörighet till synes påverkar vilken vård individer får. Det finns flera tydliga belägg för att kvalitet och tillgång till hälso- och sjukvården systematiskt samvarierar med sådana indelningsgrunder. Vi kan således konstatera att hälso- och sjukvården i dag inte lever upp till målet om en god vård på lika villkor.

En utförligare diskussion kring patientens ställning finns i kapitel 4. Där redovisar utredningen sina slutsatser på detta område. De innefattar bland annat den betydelse som utvecklingen av ett mer mångfaldigt *och* integrerat system kan ha för att bidra till att stärka patientens ställning.

## Etableringsregler och ersättningsprinciper

Den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården innefattar en lång rad verksamheter och organisationer. Det föreligger en betydande skillnad mellan verksamhet i privat och offentlig regi avseende hur en ny verksamhet kan etableras inom den gemensamt finansierade vården. När det gäller ersättningsprinciper är distinktionen mellan offentlig och privat drift mer komplicerad eftersom även verksamhet bedriven i ett landstings egen regi i många fall kan styras enligt liknande principer som om den drevs i privat regi. Det kanske tydligaste exemplet här rör primärvården där vårdval har eller håller på att införas med samma ersättningsprinciper för olika enheter oavsett deras driftsform.

En viktig aspekt av den ekonomiska styrningen är de gränsdragningar som den skapar. Ett utmärkande drag hos hälso- och sjukvårdsverksamhet är att vårdprocessen för en patient många gånger inbegriper insatser från flera olika instanser. Det faktum att det föreligger många ömsesidiga beroenden mellan olika verksamheter ställer således stora krav på samordning. Samtidigt riktar många ersättningsprinciper, såsom ersättning per utförd åtgärd eller budgettilldelning, uppmärksamheten mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Den ekonomiska styrningen bidrar med andra ord till att göra gränserna skarpare vilket kan leda till så kallade stuprörseffekter. Dessa underminerar i sin tur samordningen som ofta är så viktig för patienterna. Denna typ av problematik är också generell, och är lika giltig oavsett i vilken driftsform olika berörda verksamheter bedrivs.

På flera håll pågår ett viktigt utvecklingsarbete kring lämpliga ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården. Olika ersättningsprinciper har skiftande styrkor och svagheter och det är en lång rad effekter av ersättningsystem som behöver beaktas. Det handlar dels om sådana som traditionellt uppmärksammas, såsom vilka möjligheter till kostnadskontroll som finns, huruvida principerna är konkurrensneutrala, samt i vilken mån de stimulerar utvecklingen av effektivare arbetsmetoder. Det handlar också om mer nyligen uppmärksammade aspekter, såsom i vilken mån de stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess eller i vilken mån de stödjer olika former av innovationer. Detsamma gäller också det tilltagande intresset att i någon mån ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården på basis av erhållna resultat.

Utredningen kan därvidlag konstatera att det är orimligt att anta att ett fåtal etableringsregler och ersättningsprinciper är lämpliga för alla olika typer av verksamheter inom hälso- och sjukvården. Det finns snarare ett stort behov av att anpassa ekonomiska styrmedel efter olika typer av verksamheter för att på så sätt stimulera en utveckling som balanserar olika önskade och oönskade effekter.

En mer utförlig diskussion om ersättningsprinciper och etableringsregler redovisas i kapitel 5. Där presenteras även de centrala regler som finns för etablering av privata vårdgivare. Utredningen konstaterar i det sammanhanget att regelverkens ramar inte helt stämmer överens med gränserna för vad som är mer respektive mindre lämpliga system ur andra aspekter. Det är exempelvis rättsligt möjligt att konstruera etablerings- och ersättningsystem som ändå är klart olämpliga ur ett systemperspektiv avseende exempelvis kostnadskontroll och effektivitet. Det är, omvänt, möjligt att identifiera ordningar som har många attraktiva egenskaper ur ett systemperspektiv, men som inte är möjliga att realisera på grund av gällande regelverk.

### **Granskning och kunskapsstyrning**

Frågor rörande olika former av granskning, styrning och utvecklingsstöd är centrala för att utveckla hälso- och sjukvårdens organisering i riktning mot den målbild som utredningen tagit fram. Adekvat granskning, styrning och utvecklingsstöd är särskilt centrala för att kunna förverkliga en organisering som förenar integration och mångfald, vilket i sin tur är viktiga komponenter för systemets utvecklingskraft och patientfokus. De ökade reella valmöjligheterna som följer av en ökad mångfald ställer också särskilda krav på att det finns en mångfacetterad granskning av vårdens verksamhet och resultat ur flera perspektiv.

En ökad möjlighet för vårdgivare att etablera sig med offentlig finansiering kräver att de granskas och att granskningen sker utifrån samma kriterier och på lika villkor för alla vårdgivare oavsett driftsform. Syftet med granskningen är att säkerställa för staten och huvudmännen både att patienterna får god vård och att den gemensamma finansieringen används i linje med hälso- och sjukvårdens mål. För att patienten ska kunna göra ett informerat val av vårdgivare krävs dessutom att dessa har granskats ur olika aspekter så att det är säkerställt att samtliga etablerade vårdgivare lever upp till

grundläggande krav. Vidare bör viktig och relevant information rörande olika vårdgivare vara lätt tillgänglig för medborgare, patienter och närstående.

Resultatet av granskningen ger också underlag för staten och huvudmännen att styra sjukvården och är även ett verktyg för vårdgivarna att använda i det egna förbättringsarbetet. Öppna jämförelser av verksamhet, resultat och kvalitet gör också att vårdgivaren får en möjlighet att jämföra sig med andra aktörer.

I kapitel 6 lämnas en utförlig redogörelse över vilka olika system som i dag finns inom detta breda område. Därtill presenteras pågående initiativ på området, liksom utredningens iakttagelser rörande utvecklingsbehoven på detta område.

### **Några alternativa vägar som övervägts**

Utredningen har utarbetat tre alternativ med utgångspunkt i utredningens direktiv och den redovisade målbilden för hälso- och sjukvårdens organisering. När alternativen formulerats har utredningen utgått från att olika organisatoriska lösningar inte har någon entydig och på förhand fastställbar bästa form. Snarare har vi vinnlagt oss om att visa på alternativ som successivt kan kompletteras och utvecklas utifrån de nödvändiga erfarenheter och uppföljningar som kommer göras.

Diskussionen kring de tre alternativen har vidare tagit intryck av de brister som föreligger i nuvarande ordning. Flera av dessa har redan berörts. Särskild vikt läggs därvidlag vid att nuvarande konstruktion relaterad till samverkansavtal har visat sig statisk och konserverande och att nuvarande organisering förefaller orsaka en bristande tillit och integration mellan olika aktörer. Vi kan vidare konstatera att avsaknaden av uppföljbara data och endast undantagsvis genomförda medicinska utvärderingar eller revisioner har bidragit till att lämna fältet öppet för många typer av spekulationer. Mot denna bakgrund är det svårt för utredningen och andra att exempelvis bedöma om resursförbrukning i relation till uppnådda resultat är rimlig och till avsedd nytta.

Ett första alternativ är reviderade nationella etableringsregler för öppenvård. Ett nationellt system av etableringsregler ersätter LOL och LOS. Det nya systemet kan delvis kompensera för de brister som finns i landstingens möjligheter att förutse och deras förmåga att planera för medborgarnas enskilda vårdbehov. Förutsatt att

vårdproducenter lättare kan ansluta till den offentliga finansieringen kan det reviderade systemet vidga möjligheterna för patienter att välja vårdproducent inom den öppna vården. I ett sådant system ska villkoren för etablering vara nationella, men med utrymme för särskilda regionala villkor. Till skillnad från i dag ska ingen särskild koppling till enskild yrkesutövare göras. Alla som uppfyller de kompetenskrav som krävs för att bedriva verksamhet får, efter särskild nationell registrering, rätt att verka inom taxan.

Ett andra alternativ vilar på ett förtydligat regionalt ansvar. En grundtanke i detta alternativ är att landstingens planeringsansvar även innebär att landstingen själva fullt ut ska svara för innehåll och omfattning av hur man samverkar med privata vårdgivare. Ett sådant synsätt leder till att det borde vara landstingen själva som bestämmer på vilket sätt och i vilken omfattning de ansluter vårdgivare till den offentliga finansieringen. Alternativet innebär en avveckling av systemet kopplat till LOL och LOS. De verktyg som finns till förfogande är reglerat genom *lagen om offentlig upphandling* (LOU) och *lagen om vårdvals-system* (LOV). Upphandlingen av vårdgivare kan organiseras inom ett landsting, eller konstrueras som en samverkan mellan flera landsting. Den bör även vara möjlig att utforma som ett nationellt omfattande system genom samverkan mellan alla landsting.

Ett tredje alternativ är utvecklingen av en ny nationell ersättningsmodell som ersätter systemet kopplat till LOL och LOS. En grundtanke i detta alternativ är att nationella initiativ kan påskynda en utveckling av den öppna vården genom ersättningskonstruktioner som fungerar som incitament till förändring och leder till vårdprocesser som utgår från patientens behov och fokus. Det kan gälla sådana områden som organiserar vård för exempelvis patienter med kroniska sjukdomar och med behov av stöd från flera vårdgivare som representerar olika kompetens- och yrkesområden. Eller för vårdprocesser som sträcker sig över huvudmannagränser. Alternativet innefattar någon form av nationell auktorisation av vårdgivare samt att en myndighet svarar för utvecklingen av etablerings- och ersättningsprinciper.

En utförligare beskrivning av de tre alternativen som utarbetats presenteras i kapitel 7. Kapitlet avslutas med en sammanhållen diskussion där de tre alternativen jämförs utifrån ett antal centrala dimensioner.

Det förslag som utredningen valt att förorda presenteras utförligt i kapitel 8 och har beskrivits i inledningen av denna sammanfattning.

### Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens föreslagna etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården syftar till att öka mångfald, integration och patientfokus inom denna del av hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att statens kostnader för etableringsplattformen kan uppgå till omkring 20 miljoner kronor per år. Utöver dessa nya kostnader kan nya kostnader tillkomma för Socialstyrelsen respektive Konkurrensverket. Dessa bedöms emellertid som inte särskilt omfattande.

Den totala omfattningen av den verksamhet som initialt berörs av utredningens förslag motsvarar en kostnad om cirka 10 miljarder kronor. I dag utförs cirka 75 procent av denna volym i landstingens egen regi eller genom upphandlade entreprenader snarare än genom privata vårdgivare som verkar inom ramen för LOL eller LOS. Vad avser landstingens kostnader kommer utredningens förslag sannolikt att leda till förskjutningar i vilka volymer som sker inom ramen för landstingens egen regi respektive hos privata vårdgivare. Utredningens förslag kan vidare även medföra förändringar i de volymer som utförs inom de berörda områdena.

Det är väl känt att ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem är av stor samhällsekonomisk betydelse. Utredningens förslag är avsedda att på några viktiga punkter utveckla hälso- och sjukvårdens organisering. Det är omöjligt att uppskatta de samhällsekonomiska konsekvenserna av dessa förändringar. Det finns emellertid flera tecken som tyder på att förslagen kan ge flera positiva bidrag.

Utredningens förslag understryker den kommunala självstyrelsen i termer av landstingens ansvar för att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Samtidigt innebär förslaget en inskränkning i självstyrelsen eftersom det innefattar en skyldighet för samtliga landsting att pröva privata vårdgivare som önskar etablera sig och verka inom ramen för den etableringsplattform som fastställs av myndighet. I utredningens förslag ges däremot landstingen flera medel för att utforma etableringsvillkoren samt att i vissa fall neka möjligheten till etablering. Med andra ord består landstingens handlingsfrihet inom ramarna för det förslag som

utredningen lägger fram. Vidare medför förslaget inget hinder för en dialog mellan landsting och privata vårdgivare i syfte att gemensamt se över behovet och förutsättningarna för en etablering i det aktuella landstinget.

Utredningen gör bedömningen att en ökad mångfald kan stimulera en positiv utveckling där olika behov uppmärksammas och tillgodoses i större utsträckning än i dag. Det talar för att utredningens förslag kan främja utvecklingen av en mer jämlik vård. Förslaget kommer vidare kunna öka andelen kvinnliga vårdföretagare eftersom det kan ses som ett komplement till upphandlingar av vårdtjänster som är mer osäkert i ett långsiktigt perspektiv.

Utredningens bedömningar av förslagets konsekvenser redovisas i kapitel 9.



# Författningsförslag

## Förslag till lag om vårdgivaretablering

Härigenom föreskrivs följande.

### 1 kap. Lagens tillämpningsområde m.m.

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning (vårdgivarersättning) etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

2 § Bestämmelserna i denna lag gäller vid vård av den som är bosatt i Sverige, om inget annat är särskilt föreskrivet.

Bestämmelserna i denna lag gäller även vid vård av den som, utan att vara bosatt i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen.

3 § Vad som sägs i denna lag om landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

4 § Landstinget ska behandla privata vårdgivare på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet.

5 § Denna lag gäller inte när lagen (2007:091) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem är tillämplig.

6 § Vårdgivare som har tecknat vårdavtal med landstinget omfattas inte av denna lag.

## 2 kap. Definitioner

I denna lag används följande uttryck med nedan angiven betydelse.

<i>Uttryck</i>	<i>Betydelse</i>
Etableringsavtal	Skriftligt avtal som sluts mellan ett landsting och en privat vårdgivare och som avser tillhandahållande av tjänster och under-tecknas av parterna eller signeras av dem med en elektronisk signatur.
Privat vårdgivare	Juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvård.
Vårdgivarersättning	Den ersättning för vård som landsting betalar privat vårdgivare i enlighet med denna lag och ingångna etableringsavtal.

## 3 kap. Tillstånd och registrering av verksamhet

1 § Verksamhet enligt denna lag får bedrivas endast av privat vårdgivare som efter ansökan erhållit tillstånd att bedriva sådan verksamhet.

Tillstånd får meddelas endast om den privata vårdgivaren har tillräcklig kompetens för att bedriva verksamhet.

2 § Regeringen meddelar föreskrifter om vilken myndighet som beslutar om tillstånd.

3 § Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, ska med hjälp av automatiserad behandling föra ett register över de privata vårdgivare som har tillstånd att bedriva verksamhet.

Registret har till ändamål att ge offentlighet åt vilka privata vårdgivare som har tillstånd och för vilken verksamhet dessa har beviljats tillstånd.

Registret får i fråga om personuppgifter endast innehålla uppgifter om den privata vårdgivaren och om verksamhetschef.

**4 §** Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om vilka uppgifter registren ska innehålla.

#### **4 kap. Regionalt godkännande och ingående av etableringsavtal**

**1 §** Privat vårdgivare som har fått tillstånd enligt 3 kap. 1 § kan ansöka om regionalt godkännande hos den eller de landsting där den private vårdgivaren avser att bedriva sin verksamhet.

**2 §** När landstinget fått in en ansökan från privat vårdgivare om godkännande ska landstinget utarbeta de villkor som ska vara uppfyllda inom det verksamhetsområde som ansökan avser.

**3 §** Landstinget ska annonsera på den nationella webbplatsen som upprättats för ändamålet samt publicera de av landstinget fastställda villkoren som sökanden ska uppfylla.

**4 §** Landsting ska godkänna samtliga privata vårdgivare som uppfyller de villkor som landstinget har ställt upp och som inte har utslutits med stöd av 5 kap.

**5 §** När beslut fattats om huruvida en privat vårdgivaren godkänns ska landstinget snarast möjligt lämna underrättelse till den private vårdgivaren om beslutet och skälen för det.

Om landstinget beslutar att inte godkänna den private vårdgivaren ska landstinget lämna upplysningar om hur rättelse söks.

**6 §** När landstinget lämnat sitt godkännande enligt 4 § ska landstinget utan dröjsmål teckna kontrakt (etableringsavtal) med den privata vårdgivaren. I etableringsavtalet ska framgå på vilka villkor och vilka grunder vårdgivarersättning ska utgå.

## 5 kap. Uteslutning av sökande

### *Omständigheter som får medföra uteslutning av sökande*

1 § Landstinget får utesluta en sökande privat vårdgivare som

1. är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord eller tills vidare har inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud,

2. är föremål för ansökan om konkurs, tvångslikvidation, ackord eller annat liknande förfarande,

3. genom lagakraftvunnen dom är dömd för brott som avser yrkesutövningen,

4. har gjort sig skyldig till allvarligt fel i yrkesutövningen och den upphandlande myndigheten kan visa detta,

5. inte har fullgjort sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt i hemlandet eller annan stat inom EES-området, eller

6. i något väsentligt hänseende har låtit bli att lämna begärda upplysningar eller lämnat felaktiga upplysningar som begärts med stöd av denna paragraf.

Om sökanden är en juridisk person, får sökanden uteslutas om en företrädare för den juridiska personen har dömts för sådant brott som avses i första stycket 3 eller gjort sig skyldig till sådant fel som avses i första stycket 4.

Landstinget får begära att en sökande visar att det inte finns någon grund för att utesluta denne med stöd av första stycket 1, 2, 3 eller 5.

### *Intyg och bevis som gäller sökande*

2 § Landstinget ska som bevis för att det inte finns grund för att utesluta en sökande godta utdrag ur ett officiellt register eller annan likvärdig handling när det gäller ett förhållande som avses i 1 § första stycket 1, 2 eller 3 och intyg från behörig myndighet när det gäller ett förhållande som avses i 1 § första stycket 5.

Om sådana handlingar eller intyg som avses i första stycket inte utfärdas i sökandens hemland eller ursprungsland eller inte omfattar samtliga de fall som avses i 1 § första stycket 1–3 kan de ersättas med en utsaga som har avgetts på heder och samvete eller av en liknande försäkran.

Om en sökande är registrerad i en officiell förteckning över godkända privata vårdgivare i ett land inom EES, ska landstinget utgå från att sökanden inte kan uteslutas som privat vårdgivare enligt 1 § första stycket 1–5.

## 6 kap. Vårdgivarersättning

### *Fastställande av vårdgivarersättningen*

1 § Regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, fastställer de åtgärder som ska ersättas enligt denna lag enligt de av myndigheten fastställda tarifferna. Vilka åtgärder som ska omfattas prövas löpande. Vårdgivarersättning för viss åtgärd ska lämnas med ett belopp som utgör skälig ersättning för vårdgivarens arbete och kostnader.

Beslut enligt första stycket ska föregås av samråd med landsting och parter som kan komma att omfattas av denna lag. Landsting har rätt att utge högre vårdgivarersättning än fastställda tariffer.

### *Återkrav av vårdgivarersättning*

2 § Vårdgivare får inte ge vård till en högre ersättning än summan av vårdgivarersättning och patientavgift som följer av denna lag. Om privat vårdgivare har fått vårdgivarersättning med ett för högt belopp, får landstinget återkräva det belopp som felaktigt har utbetalats. Landstinget får i sådant fall avräkna beloppet från annan fordran från den private vårdgivaren.

Om vårdgivare trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller annars i väsentlig utsträckning begär vårdgivarersättning med för höga belopp eller på annat felaktigt sätt, får landstinget sätta ned den samlade vårdgivarersättning som begärs för viss tid till skäligt belopp.

### *Landstingets ansvar*

3 § Landstinget ska svara för vårdgivarersättningen. Om vården har avsett en patient som inte är bosatt inom landstingets område ska det landsting inom vars område patienten är bosatt svara för

den utbetalda vårdgivarersättningen, om inte landstingen kommer överens om något annat. Om patienten inte är bosatt inom något landstings område, ska det landsting inom vars område patienten eller familjemedlemmen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område personen är registrerad som arbetssökande, svara för den utbetalda vårdgivarersättningen.

## 7 kap. Patientavgift

1 § För vård som ges av en privat vårdgivare som får vårdgivarersättning enligt denna lag får patienten avkrävas en patientavgift. Patientavgift får inte tas ut för rådgivning i födelsekontrollerande syfte eller angående abort eller sterilisering. Patientavgift får inte heller tas ut om detta framgår av särskilda föreskrifter.

Om patientavgift inte får tas ut tillämpas 6 kap. 2 § på motsvarande sätt.

2 § Patientavgift enligt denna lag får tas ut med högst samma belopp som gäller för motsvarande vård inom landstinget.

Om privat vårdgivare tar ut en lägre patientavgift än vad som är medgivet enligt första stycket, ska detta inte påverka den del av vårdgivarersättningen som betalas av landstinget.

3 § En patient som för en viss tid har uppnått kostnadsbefrielse enligt 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är under samma tid befriad även från att betala patientavgifter enligt denna lag.

4 § Uppkommer kostnad med anledning av att en patient uteblivit från avtalat vårdbesök, får patientavgift som anges i 2 § första stycket ändå tas ut av patienten. Bestämmelserna i 3 § befriar inte patienten från avgift enligt denna bestämmelse.

## 8 kap. Överklagande m.m.

1 § Ett myndighetsbeslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller tillstånd enligt 3 kap. 1 §. Prövningsrätt krävs vid överklagande till kammarrätten.

*Rättelse*

2 § En privat vårdgivare, som gör gällande att ett landsting brutit mot en bestämmelse i denna lag, får ansöka om rättelse hos allmän förvaltningsdomstol.

Endast privat vårdgivare som inte godkänts får ansöka om rättelse av landstingets beslut enligt 4 kap. 4 §.

En ansökan om rättelse ska inges skriftligen.

3 § Om ett landsting brutit mot någon bestämmelse i denna lag och detta medfört att en privat vårdgivare lidit eller kan komma att lida skada, ska rätten besluta om att landstinget ska vidta rättelse.

4 § En ansökan om rättelse enligt 2 § ska göras hos den länsrätt i vars domkrets landstinget har sin hemvist.

En ansökan enligt 2 § andra stycket ska ha kommit in till allmän förvaltningsdomstol inom tre veckor från det att underrättelse lämnats enligt 4 kap. 4 §.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

*Förbud mot överklagande*

5 § Ett beslut som denna lag är tillämplig på får inte överklagas med stöd av 10 kap. kommunallagen (1991:900).

*Skadestånd*

6 § Ett landsting som inte följt bestämmelserna i denna lag ska ersätta sökanden för därigenom uppkommen skada. Skadeståndstalan som grundar sig på beslut enligt 4 kap. 4 § ska väckas inom ett år från det att landstinget beslutat att inte godkänna sökanden.

Talan om skadestånd ska väckas vid allmän domstol.

Väcks inte talan i tid, är rätten till skadestånd förlorad.

*Tillsyn*

7 § Regeringen utser en myndighet att utöva tillsyn enligt denna lag.

8 § Tillsynsmyndigheten får inhämta sådana upplysningar från de upphandlande myndigheterna som är nödvändiga för tillsynen.

9 § En upphandlande myndighet är skyldig att tillhandahålla de upplysningar som tillsynsmyndigheten begär för sin tillsyn.

### Övergångsbestämmelse

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2011.
  2. Genom lagen upphävs lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.
  3. För åtgärder som påbörjats före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser.
  4. En förutsättning för att kunna få ersättning enligt äldre bestämmelser är att den privata vårdgivaren inom fyra månader från det att åtgärden slutfördes ansöker om ersättning från landstinget.
-



# 1 Utredningens uppdrag och genomförande

## 1.1 Direktiven

Den 20 juni 2007 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (dir. 2007:90). Enligt direktiven ska utredningen göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Den 29 maj 2008 (dir. 2008:72) och den 18 juni 2008 (dir. 2008:87) beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare två direktiv. Utredningen lämnade ett delbetänkande den 15 april 2008 om patientens rätt att välja vårdgivare i primärvården samt rätten till en fast läkarkontakt i primärvården (SOU 2008:37). Därefter lämnades den 15 december 2008 ett delbetänkande med förslag i syfte att stärka patientens ställning. Dessa innefattade bland annat förslag till lagreglering av vårdgarantin, det fria vårdvalet och rätten till en stärkt fast vårdkontakt (SOU 2008:127). I kommittédirektiven 2008:87 ingick dessutom uppdraget att lämna förslag till vidareutveckling och förbättring av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt. Utredningen lämnade ett delbetänkande den 28 maj 2009 med förslag att genom lagreglering tydliggöra att vårdgarantin även omfattar medicinskt motiverade rehabiliteringsåtgärder och att detta följaktligen utgör en del av hälso- och sjukvårdens uppdrag (SOU 2009:49).

I utredningens uppdrag enligt direktiven ingår att utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. Till detta hör även att analysera och redovisa vilka ekonomiska konsekvenser ett nytt system kan innebära i samband med att

ett nytt ersättningssystem införs. Slutligen anger direktiven att en analys ska göras beträffande eventuella övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan (dir. 2008:72). Kopplat till direktiven är även utredningens konstaterande från tidigare delbetänkande som tillsammans med utredningens direktiv utgör det ramverk inom vilket slutbetänkandet har utarbetats. Dessutom har utredningen initialt arbetat fram en målbild för slutbetänkandet i syfte att tjäna som en referenspunkt för de samlade förslag som utredningen lägger fram.

I detta delbetänkande redovisar utredningen följaktligen sina överväganden och förslag gällande etablering för privata vårdgivare inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården. Som aviserats i tidigare delbetänkanden, kommer även en sammanhållen diskussion att föras kring teman såsom exempelvis patientens ställning och en närmare analys av jämställdhet. Slutligen diskuteras olika perspektiv och möjligheter att integrera privata vårdgivare i den offentligt finansierade vården.

## 1.2 Utredningsarbetet

Utredningens arbete med slutbetänkandet är den sista delen i det sammantagna uppdrag som kommittédirektiven anger och som inleddes i samband med att utredningens första delbetänkande, *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37) överlämnades. I det fortsatta arbetet har utredningen, liksom tidigare, haft kontinuerliga möten med den expertgrupp med företrädare för Regeringskansliet, myndigheter och organisationer som tillsattes under hösten 2007.

Slutbetänkandet bygger på tidigare publicerat material såsom statliga utredningar, propositioner, rapporter från Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Konkurrensverket och Tillväxtverket (tidigare Nutek), samt vetenskapligt publicerade böcker och tidskrifter.

Vidare har utredningen haft ett stort antal sammankomster med bland annat företrädare för patientorganisationer, landstingen, privata vårdföretag, enskilda forskare, myndigheter och andra organisationer. Dessutom har utredningen under våren 2009 anordnat ett särskilt seminarium med inbjudna föreläsare och deltagare, samt i samarbete med tankesmedjan Leading Health Care IFL HHS i Stockholm anordnat ytterligare ett seminarium. Första seminariets övergripande syfte var att diskutera hur en mångfald bland aktörer i

hälso- och sjukvården, dels kan stimuleras, dels hämmas. Andra seminariets huvudsakliga tema var olika former av ersättnings-system och organisatoriska frågeställningar relaterade till hälso- och sjukvården.

Utredningen har även samrått med Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk utvärdering samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

### 1.3 Slutbetänkandets disposition

Utredningens överväganden och förslag redovisas i kapitel 8. Utgångspunkter för bakgrunden till utredningens uppdrag och genomförande redovisas i kapitel 1 och en problembeskrivning samt utredningens målbild presenteras i kapitel 2. Kapitel 3 är en översikt av den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården och de viktiga regleringar som finns av betydelse för organiseringen av olika utförare. Kapitel 4 diskuterar olika dimensioner av den enskilde patientens ställning i öppenvården och hur denna ska kunna stärkas ytterligare. En lägesbeskrivning av etableringsregler och ersättningsprinciper redovisas i kapitel 5. Kapitel 6 behandlar kunskapsstyrning inom, och granskning av, hälso- och sjukvården i ett integrerat vårdssystem. Avslutningsvis presenterar och diskuterar utredningen alternativa vägar att gå i kapitel 7. Kapitel 9 redovisar konsekvenser av utredningens förslag och kapitel 10 behandlar genomförandeaspekter och ikraftträdande av förslagen. Slutligen innehåller kapitel 11 författningskommentarer.

I slutbetänkandet används beteckningen landsting på ett sådant sätt att det även omfattar regioner och Gotlands kommun. Regioner, landsting och Gotlands kommun benämns också oftast med enbart den geografiska delen av egennamnet, det vill säga att orden region, landsting respektive kommun utelämnas. När enskilda landsting nämns har genomgående deras officiella namn använts, vilket i vissa fall avviker från dem som kommit att användas i dagligt tal.

## 2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag

### 2.1 Inledning

Hälso- och sjukvårdens organisering är komplex. Landstingen har ett stort övergripande ansvar, men det är en lång rad aktörer som utöver landstingen själva också utgör delar av hälso- och sjukvårdssystemet. De uppgifter som hälso- och sjukvården har att utföra är också av mycket skiftande karaktär liksom de, ibland motstridiga, värden som samtidigt behöver värnas. Sett i detta ljus är det högst förståeligt varför hälso- och sjukvården ofta uppfattas som svår att överblicka, för att inte tala om att styra.

Den komplexa organiseringen, de skiftande uppgifterna och de många ibland motstridiga värdena får dock inte skymma det faktum att den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården är till för att främja befolkningens hälsa och ge en god vård på lika villkor efter behov. Det innebär att olika aspekter av organiseringen har att förhålla sig till detta övergripande existensberättigande. En grundläggande utgångspunkt för diskussioner som rör hälso- och sjukvårdens organisering måste därför vara att det inte finns någon ordning, driftsform eller yrkesgrupp som har ett egenvärde. Det är vad hälso- och sjukvården åstadkommer i förhållande till det övergripande målet som måste vara den elementära referenspunkten. Därtill kan läggas den likaledes grundläggande frågan om hur pass väl hälso- och sjukvården hanterar och balanserar eventuella målkonflikter.

I det här kapitlet presenteras de grundläggande utgångspunkterna för utredningens slutbetänkande. Kapitlet disponeras genom att först presentera de huvudsakliga problem som utredningen har att iaktta. Därefter presenteras en målbild för organiseringen av svensk hälso- och sjukvård som är tänkt att fungera som en referenspunkt mot vilken olika förslag kan ställas. Kapitlet avslutas med en kort reflekterande kommentar.

## 2.2 Problembeskrivning

Det är flera, delvis relaterade, problem inom svensk hälso- och sjukvård som utgör en grund för utredningens uppdrag. De kan sammanfattas i följande punkter:

- Patienter har i flera avseenden en alltför *svag ställning*.
- Det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet.
- Det finns flera tendenser till fragmentering.
- Det finns i flera fall en *bristande tillit* mellan olika viktiga parter.
- Det finns mycket som tyder på att det finns en stor, ännu *orealiserad, innovationspotential* rörande arbetssätt och organisering.
- Nuvarande principer för etablering av samverkansavtal har inte visat sig *fungera för att stimulera nyetablering* och dynamisk omsättning bland privata vårdgivare.

Problemen kan grovt grupperas i tre grupper. De fyra sistnämnda problemen kan samtliga sägas vara uttryck för problem i hälso- och sjukvårdens organisering och diskuteras nedan mer utförligt i ett sammanhang. Patienters svaga ställning samt betydande skillnader i tillgänglighet och kvalitet är delvis av en annan art. Även här kan emellertid såväl orsaker som lösningar diskuteras i termer av hälso- och sjukvårdens organisering.

### 2.2.1 Patientens svaga ställning

Utredningen har redan i tidigare betänkanden flera gånger diskuterat patientens ställning, på vilka sätt den kan vara svag och på vilka sätt den kan och bör stärkas. Det gäller frågor som berör tillgängligheten till bedömningar och åtgärder. Det gäller också frågor om hur pågående vårdprocesser samordnas för att säkerställa god kvalitet och undvika onödigt långa väntetider, hur ett bra patientbemötande åstadkoms och hur patientens delaktighet i olika åtgärder säkerställs.

En viktig övergripande observation är att det kan finnas flera grunder till att patientens ställning blir svag. Vad som ytterligare komplicerar saken är att arrangemang som kan stärka en patients ställning i en viss situation, kan försvaga en annan patients ställning i en liknande situation. Detta kan exempelvis gälla om ökade valmöjligheter införs för att åstadkomma en högre tillgänglighet, i den mån de ökade valmöjligheterna inte åtföljs av ett adekvat stöd för de patienter som

behöver detta. Annars finns risken, såsom utredningen redan tidigare påpekat, att ökade valmöjligheter enbart innebär att patienter påförs ett utökat ansvar för sin egen vård utan att de reella möjligheterna att få vården inom rimlig tid stärks (SOU 2008:127, 43).

På motsvarande sätt bör vi uppmärksamma det tänkbara i att ökade valmöjligheter i praktiken kan medföra att patienter i större grad förutsätts hålla samman vårdprocesser som involverar flera parter. För vissa patienter i vissa situationer kan sådana möjligheter stärka deras ställning. För andra patienter och i andra situationer kan emellertid samma arrangemang innebära ett orimligt stort ansvar. Där kan en sådan ordning leda till ett sämre resultat till skada för såväl patient som samhälle.

Frågan om patientens svaga ställning är som framgår av ovanstående mycket mångfacetterad. I flera avseenden handlar det emellertid om att kombinera möjligheterna till inflytande över den egna vården både vad gäller valfrihet och ökad patientdelaktighet i den egna vårdprocessen. En vård som är bättre anpassad efter patientens individuella förutsättningar och behov är följaktligen en del i arbetet med att stärka patientens ställning. En utförligare diskussion om på vilka sätt patientens ställning är svag, samt hur den kan stärkas, återfinns i kapitel 4. Några av aspekterna rörande patientens ställning är också tydligt kopplade till hälso- och sjukvårdens organisering och vi återkommer därför till dessa även framgent i detta kapitel.

### **2.2.2 Skillnader avseende tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet**

Ett grundläggande mål i den svenska hälso- och sjukvården är att vården ska ges efter behov till samtliga på lika villkor. Detta gäller oavsett kön, ålder, bostadsort, födelseland, etcetera. Socialstyrelsen har nyligen i sin Hälso- och sjukvårdsrapport konstaterat att svensk sjukvård brister i att uppfylla detta mål (Socialstyrelsen 2009). Det finns i dag många viktiga skillnader avseende hälsa, tillgänglighet och kvalitet som gör vården ojämlik. Exempelvis konstateras i rapporten att befolkningen i glesbygd besöker vården i mindre omfattning än de som bor i storstaden efter att hänsyn tagits till skillnader i behov (samma källa, s. 188).

En nyligen publicerad kunskapsöversikt gjord på uppdrag av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) konstaterar vidare att det finns viktiga skillnader som strider mot hälso- och sjukvårdens

mål (Diaz 2009). I många av de studier som diskuteras har man funnit skillnader såväl där de med de största behoven inte alltid tilldelas de största resurserna som där lika fall inte behandlas lika. Samtidigt som det finns många exempel där hälso- och sjukvården inte lyckas ge vård på lika villkor, konstateras i kunskapsöversikten att det är svårt att avgöra hur pass ojämlik vården är. Det konstateras vidare att ibland är skillnaderna mellan landstingen i den vård som ges större än den som ges till olika grupper (samma källa, s. 74).

Utredningen kan konstatera att det på flera områden är väl belagt att det finns skillnader i vården som inte motsvaras av skillnader i behov. Ett betydande arbete genomförs också för att kartlägga och analysera avvikelser från målet om en jämlik vård. Vi kan också konstatera att det ibland finns en betydande variation mellan den vård olika grupper får, medan en sådan variation i andra fall är underordnad en betydande variation mellan olika landsting. Frågan om hur hälso- och sjukvårdens organisering kan bidra till att minska sådana olika skillnader är därmed komplex. På vissa områden kan det handla om att stärka ställningen för vissa patientgrupper, medan det på andra områden handlar om att få till stånd en större likvärdighet i vården mellan olika landsting.

Avvikelserna från målet om en god vård på lika villkor är inte bara allvarliga för de patienter som på olika sätt blir förfördelade. Långvariga och systematiska avsteg från detta mål undergräver också tilliten till hälso- och sjukvårdssystemet. Detta kan ta sig uttryck i en sjunkande tilltro till principen om den gemensamma finansieringen som en bas för systemet. I den mån det rör sig om långvariga skillnader mellan landsting riskeras också tilliten till den rådande ansvarsfördelningen inom dagens hälso- och sjukvårdssystem. Det ska i sammanhanget noteras att kombinationen av nationella mål och regionalt ansvar för planering och organisation i sig innebär en möjlig spänning. Legitimiteten för den nuvarande ordningen förutsätter att hälso- och sjukvårdens olika aktörer förmår att rimligt balansera det nationella och det regionala.

En grundförutsättning för utredningen är att förslag ska ske inom ramen för nuvarande gemensamma finansiering och att rådande ansvarsförhållanden ska bestå. Detta innebär att landstingens dominerande roll som de som i huvudsak har att planera, organisera och finansiera den allmänna hälso- och sjukvården ska kvarstå. En konsekvens av detta är också, enligt vår uppfattning, att företeelser inom nuvarande system som riskerar att hota denna ordning sär-

skilt behöver uppmärksammas. Rådande avvikelser från målet om en god vård på lika villkor är ett viktigt problem inom svensk hälso- och sjukvård. När olika förslag värderas bör utredningen beakta i vilken mån föreslagna förändringar ger förutsättningar för att minska detta problem.

### 2.2.3 Problem i hälso- och sjukvårdens organisering

Det är landstingen, och i viss mån kommunerna, som är helt centrala i hälso- och sjukvårdens organisation. Deras ansvar att finansiera, planera och organisera vården påverkas emellertid av en lång rad faktorer utanför deras direkta kontroll. Det handlar dels om hur befolkningen och dess behov utvecklas, men också om nationell reglering och styrning liksom vetenskaplig utveckling, osv.

De problem rörande hälso- och sjukvårdens organisering som vi identifierat inom utredningens uppdrag ska därför inte ses som en identifiering av tillkortakommanden. De identifierade problemen ska snarare ses som reella utmaningar som landstingen står inför och där det är möjligt att initiativ på nationell nivå kan komma att stödja landstingens möjligheter att tackla dessa utmaningar.

### Tendenser till fragmentering

Ett problem som många observatörer pekar på är en tilltagande fragmentering av vården (se t.ex. Lindberg och Blomgren 2009). Kunskapsutvecklingen är en kraft bakom fragmentering där den ställer allt större krav på specialisering inom de medicinska professionerna eller leder till att skillnaden mellan olika behandlingar blir alltmer härfin. En annan kraft är den ökade betydelsen av styrning som betonar enskilda enheters resultatansvar. Detta gäller oavsett om enheterna drivs inom ett landstings regi, eller som en egen juridisk person med eget vårdavtal eller som en del i en större vårdkoncern.

Vi kan alltså se en tendens till att aktiviteter delas upp alltmer på olika enheter och en styrning av olika slag som betonar enheters autonomi. Dessa tendenser ställer otvetydigt ökade krav på samordning mellan enheter i den mån patienter är beroende av flera enheters insatser för att få den vård de behöver. Ett konkret uttryck för fragmenteringen av hälso- och sjukvården är när nödvändig samordning inte kommer till stånd. Här kan således frag-



menteringen leda till att patienters ställning försvagas i så måtto att den kan resultera i orimliga krav på de enskilda att samordna sin egen vård.

Tendenserna till fragmentering medför emellertid inte bara en risk att enskilda åtgärder och verksamheter uppmärksammas mer än hur de länkas samman till sammansatta vårdprocesser. Fragmenteringen försvårar också utvecklingen av en mer hälsofrämjande inriktning av hälso- och sjukvården. På samma sätt som när det gäller att samordna vårdprocesser ligger utmaningen här i att åstadkomma en styrning som sätter viktiga helheter i centrum. Det kan exempelvis handla om hur ersättningssystemen för behandlingar respektive hälsofrämjande insatser är utformade.

En annan mer subtil fragmentering kan sägas röra när olika bedömningsgrunder och beteenden etableras så att möjligheterna försvåras för vården att leva upp till gemensamma mål (jfr diskussionen om skillnader ovan). Denna form av fragmentering innebär inte bara en utmaning för landstingen i att samordna olika verksamheter (oavsett driftsform). Det är också en nationell utmaning där nationell kunskapsstyrning, normgivning och tillsyn har centrala roller.

### **Ömsesidigt bristande tillit mellan olika viktiga parter**

Utredningen har i sina kontakter med representanter för olika viktiga aktörer upprepade gånger erfarit en djup misstro riktad mot andra centrala aktörer. Representanter från landsting har exempelvis i flera fall uttryckt en misstro mot den verksamhet som bedrivs av privatpraktiserande läkare. Dessa har å sin sida uttryckt en stark misstro till landstingens förmåga att rätt bedöma värdet och behovet av deras verksamhet (den här typen av misstro har noterats tidigare, se t.ex. prop. 1993/94:75, s. 33.).

Den här typen av djup misstro mellan olika parter är allvarlig. De som givit uttryck för misstro är samtliga en del av samma hälso- och sjukvårdssystem och förutsätts kunna verka tillsammans till gagn för patienter och samhälle. Det är rimligt att anta att förutsättningarna för en framgångsrik samverkan försämras om det finns en misstro mellan de parter som har att samverka. Utredningen kan inte bedöma omfattningen av den misstro som observerats. Vårt intryck är emellertid att den åtminstone har en sådan omfattning att den bör uppmärksammas.

Det är, utifrån utredningens uppdrag och utgångspunkter, centralt att ställa sig frågan i vilken mån den här typen av misstro framkallas och/eller förstärks av olika strukturella förhållanden inom sjukvården. Finns det, exempelvis, anledning att misstänka att nuvarande regler för läkare och sjukgymnaster att verka med samverkansavtal försvårar möjligheterna att skapa tillit mellan de avtalande parterna? Det kan då handla om sådant som hur ersättningssystemet är utformat, hur kvalitetsfrågor hanteras eller hur prioriteringar fastställs och upprätthålls inom och mellan olika landsting. Det är därvidlag högst rimligt att anta att flera av de orsaker till fragmentering som noterades ovan även kan motverka utvecklingen av tillit, bland annat genom att de försvårar möjligheterna för samverkan.

Frågan om vad som strukturellt kan underblåsa utvecklingen av misstro är också viktig att hålla aktuell när olika möjliga förslag värderas. Det är i det sammanhanget rimligt att söka förändringar som ger bättre förutsättningar för att skapa tillit mellan de olika relevanta parterna.

### En orealiserad innovationspotential inom vården?

Det har i olika sammanhang framhållits att den svenska hälso- och sjukvården bär på en betydande orealiserad innovationspotential, särskilt avseende dess organisering (se t.ex. Nutek 2008a, Nutek 2008b, BCG 2009). Det föreligger också många uttryck för att hälso- och sjukvårdssystemets innovationsförmåga behöver stödjas (se t.ex. Ansvarskommitténs slutbetänkande, SOU 2007:10, och slutbetänkandet från Utredningen av den kliniska forskningen, SOU 2009:43). Det är samtidigt svårt att direkt påvisa en orealiserad innovationspotential. Däremot finns det några olika tecken på att det finns en sådan outnyttjad potential.

Ett tecken på att det finns en outnyttjad innovationspotential är de enskilda exempel på förändringar av organisation och arbetssätt som genomförts och som gett avsevärt förbättrad kvalitet och lägre kostnader. I en nyligen publicerad rapport från SKL redovisas exempelvis hur ett systematiskt arbete på sjukhuset i Hässleholm inom höftplastik minskade medelvårdtiden, ökade antalet operationer och minskade kostnaderna (SKL 2009). Det har också hävdats att det finnas en stor potential att standardisera vissa arbetsmoment och därigenom både effektivisera och öka värdet i produktionen av vård (Nutek 2007b).

Ytterligare områden som fortfarande har potential att utvecklas och effektiviseras inom vården, utöver organisatoriska aspekter, gäller patientperspektivet. Förutom att vara ett stort värde i sig, finns det stora effektivitetsvinster att göra genom att likt andra tjänsteproducerande verksamheter, betrakta och involvera patienten som en aktiv medproducent i vården. Detta kan bland annat ske genom att systematisera och standardisera behandlingen av patienter, exempelvis inom särskilda diagnosgrupper. Eftersom patienter måste medverka aktivt för att en behandling ska ha effekt, torde potentialen och effektivitetsvinsterna med vårdprocesser där patienten involveras som en medproducent därför vara stora särskilt inom hälso- och sjukvården (Nutek 2007b).

Det finns också tecken på att det på vissa områden inom hälso- och sjukvården föreligger strukturella betingelser som begränsar de organisatoriska innovationsmöjligheterna. Inom området specialiserad öppenvård förefaller exempelvis nuvarande principer för etablering av samverkansavtal inte bidra till att stimulera förnyelse på området. Gällande principer på detta område förefaller närmast vara konserverande. Därmed försvåras anpassningar i vad som sker inom olika delar av den av landstingen finansierade hälso- och sjukvårdsverksamheten. Detta ger med andra ord en organisering som inte är tillräckligt anpassningsbar till förändrade förutsättningar och som därmed konserverar en organisering med etablerade rollfördelningar.

Vad avser strukturella betingelser för entreprenörskap och innovation, så har även Nutek konstaterat betydelsen av hur upphandling inom vård och omsorg genomförs (Nutek 2007a). Förfarandet kan vara till nackdel för små företag. Rent generellt kan förfarandet där den upphandlande enheten genom sin helt avgörande roll i att utforma förfrågningsunderlagen medverka till att ramarna för möjliga innovationer för leverantörerna kraftigt begränsas. Nutek har följdriktigt identifierat behovet av en utveckling på området för offentlig upphandling av vård och omsorg för att bättre stimulera entreprenörskap och innovation på området (Nutek 2008b).

Detta har också uppmärksammat av regeringen som givit Kammarkollegiet i uppdrag att utveckla en vägledning för offentlig upphandling inom vård och omsorg (Socialdepartementet 2007). Syftet med en sådan vägledning är att underlätta upphandlingsprocessen för upphandlande myndigheter samt leverantörer. Vägledningen ska bidra till att krav och villkor i ökad utsträckning anpassas efter den aktuella upphandlingen och ger utrymme för innovationer och en mångfald av leverantörer och lösningar.

Vidare har regeringen i propositionen 2008/09:50 *Ett lyft för forskning och innovation* förklarat sin avsikt att tillsätta en utredning för att utreda frågan om hur offentliga aktörers upphandling i ökad utsträckning kan bidra till utvecklingen av nya kunskapsintensiva företag. Ett arbete pågår för närvarande inom Regeringskansliet med direktiven till en sådan utredning.

### 2.3 En målbild av hälso- och sjukvårdens framtida organisering i Sverige

Två grundförutsättningar präglar utredningens uppdrag. Den ena är huvuduppgiften att stärka patientens ställning. Den andra grundförutsättningen är att utredningens förslag ska ligga inom ramen för nuvarande gemensamma finansiering och att rådande ansvarsförhållanden ska bestå. Detta innebär att landstingens dominerande roll som de som i huvudsak har att planera, organisera och finansiera den allmänna hälso- och sjukvården ska kvarstå.

Av 2 § *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)* framgår att det övergripande målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen”. Vården ska vidare ges ”... med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet”. Det är vidare olika individers behov som ska vara styrande där de med störst behov ska ges företräde. Till dessa övergripande formuleringar har sedan tillagts grundläggande prioriteringsprinciper. I den nationella strategin för god vård har sex olika kvalitetsområden identifierats: patientfokuserad, i rimlig tid, säker, kunskapsbaserad och ändamålsenlig, effektiv, samt jämlik.

Dessa formuleringar av hälso- och sjukvårdens mål och grundprinciper ger en tydlig grund för *vad* hälso- och sjukvården ska åstadkomma. Tillsammans med utredningens grundförutsättningar, ger de en bra grund för diskussioner om hälso- och sjukvårdens organisering.

Utredningens uppdrag kan sammanfattas som att utifrån vissa grundförutsättningar diskutera frågor om *hur* hälso- och sjukvården ska organiseras och då huvudsakligen inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Organisationsfriheten är en betydelsefull beståndsdel i den kommunala självstyrelsen och en viktig utgångspunkt för diskussionen kring hur hälso- och sjukvården ska organiseras. En utförligare diskussion kring detta återfinns i kapitel 9. Kommunalt självstyre är en grundläggande princip i Sveriges grundlag, se *regerings-*

*formen* 1 kap. 1 § och *kommunallagen* (1991:900) (1 kap. 1 §). Genom självstyret ges kommuner och landsting rätt att själva besluta om och styra över sitt område och särskilda inre angelägenheter bestämda genom lag. Detta innebär att det i hög grad är upp till varje landsting att avgöra hur olika verksamheter konkret ska organiseras, vilket följaktligen avser exempelvis hälso- och sjukvården. Den nationella lagstiftningen med skyldigheter och målsättning för hälso- och sjukvården kombineras alltså med en stor frihet för landstingen att utforma egna lösningar efter skiftande förhållanden.

Vi anser att de förslag till förändringar som utredningen har i uppdrag att lämna bör relateras till en övergripande målbild om vad som bör vara kännetecknande för den svenska hälso- och sjukvårdens organisering. En sådan målbild över *organiseringen* måste givetvis vara tydligt förankrad i de övergripande mål och principer som gäller för hälso- och sjukvården och som vi hänvisat till ovan. Ambitionen är också att den ska vara så pass allmänt hållen att den inte i sig är ett uttryck för att inskränka landstingens och kommunernas rätt att själva utforma sin verksamhet. Utredningen har utifrån dessa utgångspunkter valt att formulera följande målbild rörande hälso- och sjukvårdens organisering:

Hälso- och sjukvården bör organiseras som ett integrerat och gemensamt finansierat system, präglad av patientfokus, mångfald och innovationskraft.

Tanken är att denna målbild ska utgöra en viktig referenspunkt för olika konkreta förslag till att förändra i hälso- och sjukvårdens organisering. I det följande preciserar vi del för del vad som avses med denna målbild.

### 2.3.1 Ett integrerat och gemensamt finansierat system

Begreppet *integrerat system* ges flera olika innebörder i vår målbild.

Med *integrerat system* avses för det första att olika enheter inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, oavsett driftsform, ska dela samma övergripande uppdrag och värna hälso- och sjukvårdssystemets övergripande mål. I detta ligger att varje vårdgivare ska bedriva sin verksamhet på basis av samma nationella principer, regler och riktlinjer. Det gäller såväl övergripande prioriteringsprinciper som nationella behandlingsriktlinjer och möjligheter till tillsyn och revision. Ingen vårdgivare ska exempelvis vidta

onödiga åtgärder, till gagn för den egna verksamheten men till förfång för såväl patient som systemet som helhet. Med *integrerat system* avses vidare att olika enheter på samma sätt ska delta aktivt i nationella kvalitetssamarbeten, såsom görs exempelvis inom ramen för medicinska kvalitetsregister. Till detta bör läggas att en verksamhets driftsform inte bör vara avgörande för om den kan vara en del av utbildningssystemet för vårdens professioner.

Det ska i sammanhanget noteras att en grundförutsättning för utredningen är att nuvarande ansvarsförhållanden ska bestå. Det innebär bland annat att landstingens centrala roll ska kvarstå och att Sveriges hälso- och sjukvård i många avseenden alltjämt kommer att präglas av regionala skillnader i hur vården planeras och organiseras. Inte desto mindre finns ett betydande antal principer och regler som är nationella som de om hälso- och sjukvårdens övergripande mål. I det avseendet ska hälso- och sjukvården vara ett integrerat system.

En annan central innebörd av begreppet *integrerat system* rör den nödvändiga samverkan som krävs mellan enheter för att vårdprocesser ska löpa på ett bra sätt för berörda patienter. Hälso- och sjukvårdens tendenser till fragmentering och bristande samordning har observerats av många (se t.ex. Lantz & Wäreborn Schultz 2006). Även sjukvård som bedrivs i landstingens regi kan präglas av så kallade stuprörseffekter, om styrningen inte tydligt uppmärksammar behovet att stödja samordningen mellan olika enheter. Likaledes kan en konkurrensutsättning av verksamheter försvåra samordning mellan enheter.

Eftersom det sammantagna utfallet av en vårdprocess är det centrala måste hälso- och sjukvården organiseras så att vårdprocesserna är integrerade. Detta gäller även i de fall de berör flera enheter och där enheter med olika driftsformer är involverade. Ett framtida fragmenterat system med bristande samordning har få utsikter att ge patienterna vare sig god vård eller kostnadseffektiv vård. Det finns många sätt att stödja en integrerande samordning mellan autonoma enheter. Rimligen finns det även olika lösningar som passar olika bra i olika situationer.

En utmaning för att åstadkomma ett integrerat system är att söka förena inslag av styrning som drar tydliga gränser för resultatansvar med styrning som premierar och stödjer samordning av vårdprocesser som involverar flera verksamheter. Stuprörseffekter som skapas av decentraliserat resultatansvar inom stora organisationer eller genom att avgränsade verksamheter konkurrensutsätts måste balanseras med styrinstrument som stödjer samordning mellan enheter. Denna

utmaning är naturligtvis inte bara aktuell i ett svenskt sammanhang. I en nyligen publicerad rapport från Svenskt Näringsliv konstateras exempelvis det betydande arbete som läggs ner inom det belgiska sjukvårdssystemet för att etablera effektiva vårdkedjor inom ramen för ett system med många vårdorganisationer (Millares och Morin 2009, s. 32ff).

Att skapa de nödvändiga förutsättningar som krävs för att få olika verksamheter, oavsett driftsformer, att samverka i vårdprocesser är en mycket central uppgift för landstingen. Såsom huvudansvariga för planering och organisering av hälso- och sjukvården är framgång i detta avseende centralt för landstingens legitimitet.

Det finns också andra, mer indirekta värden, som kan relateras till en strävan mot att öka graden av integration och interaktion mellan olika aktörer och aktörsgrupper inom hälso- och sjukvårdssystemet. Den misstro som förekommer mellan olika aktörer och aktörskollektiv och som utredningen tagit del av, skulle exempelvis kunna ses som en exponent av en bristande grad av integration och interaktion mellan dessa parter. Organisationsforskning har också länge hävdat att upprepad och tät interaktion mellan parter ger förutsättningar för att tillit mellan parterna gradvis kan byggas (se t.ex. Zucker 1986).

Inom innovationsforskningen är det numera väl etablerat att täta interaktioner och närmare samarbeten mellan ömsesidigt beroende verksamheter kan utgöra en fertil grund för nya innovationer (se t.ex. Håkansson 1987).

### 2.3.2 Ett system präglad av patientfokus

Utredningen konstaterade i delbetänkandet *Patientens rätt* att patientens ställning på flera områden bör förstärkas (SOU 2008:127, s. 40 ff). Det finns också en bred enighet om att ett större patientfokus är en förutsättning för att ge högkvalitativ och värdeskapande vård.

Ett ökat patientfokus måste i praktiken ta sig många olika uttryck i hur vården organiseras. Patienter är olika och de situationer de befinner sig i skiftar också betydligt. Grundläggande är dock synsättet att de aktiviteter och strukturer som finns inom hälso- och sjukvården är till för patienterna. Den enskildes tillgänglighet till hälso- och sjukvården efter behov måste därför vara en hörnsten, liksom att den enskilde får nödvändigt stöd i de vårdprocesser som

han eller hon är delaktig i. Vårdinsatsernas tillgänglighet, kvalitet och samordning ska inte avgöras av patientens egen förmåga att kräva tillgång till eller förmåga att samordna olika relaterade aktiviteter.

Ett system präglat av patientfokus bör också rikta nödvändig uppmärksamhet mot olika former av förebyggande aktiviteter.

En utmaning med ett system präglat av patientfokus är att det samtidigt måste respektera nödvändigheten av att göra prioriteringar så att de gemensamma resurserna används i linje med rådande prioriteringsprinciper.

### 2.3.3 Ett system präglat av mångfald

Det finns flera fördelar med ett hälso- och sjukvårdssystem som innefattar vårdgivare med olika driftsformer och som därutöver driver sin verksamhet med olika inriktningar. En sådan reell mångfald främjar ett patientfokus hos vårdgivarna och därmed möjligheterna att patienter får tillgång till en vård som svarar mot deras behov i olika situationer. Det stärker också patienternas verkliga valmöjligheter.

På en övergripande nivå kan en ökad mångfald av vårdgivare också vara viktig för att göra det mer attraktivt att arbeta inom hälso- och sjukvård och kan därmed stödja sektorns långsiktiga kompetensförsörjning. Till sist bidrar ett system präglat av mångfald till en ökad innovationskraft inom hälso- och sjukvården, vilket är till gagn för såväl vårdens kvalitet som dess kostnadseffektivitet.

En större mångfald åstadkoms inte bara genom att ett ökat antal vårdgivare driver verksamhet. En vårdenhet som drivs i privat regi kan innebära en väl så stor likriktning, om upphandlingsunderlaget är utformat som en kopia av landstingets egen verksamhet. Ett hälso- och sjukvårdssystem präglat av mångfald förutsätter regler och andra stödstrukturer som tillåter en mångfald av vårdgivare samtidigt som det säkerställs att samtliga vårdgivare lever upp till samma grundläggande krav.



### 2.3.4 Ett system präglat av innovationskraft

En hälso- och sjukvård som på längre sikt ska kunna ge god vård inom ramen för en gemensam finansiering måste präglas av innovationskraft. Med innovationskraft avses att systemet stimulerar en kontinuerlig utveckling av nya och bättre behandlings- och diagnosmetoder. Det handlar också om att stimulera utvecklingen av nya arbetssätt och sätt att organisera verksamheten inom hälso- och sjukvården.

Några av de problem som diskuterats i ett tidigare avsnitt tar sig bland annat i uttryck i att de kan begränsa hälso- och sjukvårdssystemets innovationskraft. Det finns därför anledning att reflektera kring vilka strukturella förutsättningar som ges för olika former av nyskapande initiativ.

Samtidigt som regler och stödstrukturer ska stimulera olika utvecklingsinitiativ, så måste de säkerställa att grundläggande krav på säkerhet m.m. upprätthålls.

## 2.4 Avslutande kommentar

Huvuduppgiften i detta betänkande är att utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. Den problembeskrivning och målbild som presenterats ovan har utgått från en bredare bild av hälso- och sjukvårdens organisering. Ett centralt motiv för detta bredare anslag är hälso- och sjukvårdssystemets komplexitet, och inte minst det faktum att den öppna hälso- och sjukvården är, och måste vara, en integrerad del i detta system. Detta innebär, bland annat, att de frågor utredningen har att utreda i detta betänkande måste beakta hur förändringar i etablerings- och ersättningsfrågor samspelar med olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet i stort.

Detta betänkande utgör det sista och fjärde betänkandet från *Utredningen om patientens rätt*. I tidigare betänkanden har utredningen bland annat lämnat förslag om vårdval i primärvården, om en förstärkt vårdgaranti samt förslag för att stödja utvecklingen inom hälso- och sjukvården avseende medicinsk rehabilitering. Utredningen har i sitt arbete kontinuerligt sökt att ha ett patientfokus samt en målsättning att lämna förslag som bidrar till en positiv utveckling av

hälso- och sjukvården inom ramen för en gemensam finansiering och nuvarande ansvarsförhållanden. Varken tidigare förslag från utredningen, eller de som lämnas i detta betänkande, kan emellertid ensamma förverkliga den breda målbild avseende hälso- och sjukvårdens organisering som presenterats i detta kapitel. Till detta krävs många insatser på många olika nivåer. Utredningens avsikt har därvidlag varit att bidra till att möjliggöra ett sådant arbete.

## Referenser

- Boston Consulting Group (BCG). 2009. *Value guided healthcare as a platform for industrial development in Sweden – feasibility study*. Gothenburg meeting – pre-reading material. Augusti 2009.
- Diaz, Adolfo. 2009. *Vård på (o)lika villkor: En kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. SKL.
- Håkansson, Håkan, red. 1987. *Industrial Technological Development: A Network Approach*. Kent: Croom Helm Ltd.
- Lantz, Kjell-Åke, och Charlotte Wäreborn Schultz. 2006. *Riv stuprören! Från stuprörssambälle till flödessambälle*. Uppsala: Konsultförlaget: Uppsala Publishing House.
- Lindberg, Kajsa, och Maria Blomgren. 2009. ”Mot en fragmenterad vård” i *Mellan offentligt och privat: Om styrning, praktik och intressen i hälso- och sjukvården*, redigerad av Kajsa Lindberg och Maria Blomgren, 201–210. Stockholm: Santérus Academic Press.
- Millares, Matilde, och Anders Morin. 2009. *Vad kan vi lära av europeisk hälso- och sjukvård – Erfarenheter och lärdomar från Storbritannien, Nederländerna, Belgien och Spanien*. Svenskt Näringsliv.
- Nutek. 2007a. *Offentliga upphandlingar av vård och omsorg*.
- \_\_\_\_\_. 2007b. *Sjukvården – en tjänstebransch med effektiviseringspotential*.
- \_\_\_\_\_. 2008a. *Mer vård för pengarna genom organisatoriska innovationer*.
- \_\_\_\_\_. 2008b. *Förslag till handlingsprogram för entreprenörskap och förnyelse i vård och omsorg 2009–2013*.
- Regeringens proposition (1993/94:75). *Arvoden till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster samt vissa ersättningar till sjukvårdshuvudmännen m.m.*

- \_\_\_\_\_ (2008/09:50). *Ett lyft för forskning och innovation.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2009. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård: Struktur och arbetssätt för bättre resultat.*
- Socialdepartementet. 2007. *Projekt för att utveckla entreprenörskap och upphandlingar inom hälso- och sjukvård samt omsorg.* Dnr S2007/11029/HS.
- Socialstyrelsen. 2009. *Hälso- och sjukvårdsrapport.*
- SOU 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.*
- \_\_\_\_\_ 2008:127. *Patientens rätt.*
- \_\_\_\_\_ 2009:43. *Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården.*
- Zucker, Lynne G. 1986. Production of trust: Institutional sources of economic structure, 1840–1920. *Research in organizational behavior*, 8:53–111.

## 3 Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet

### 3.1 Inledning

Syftet med detta kapitel är att ge en översiktlig bild av dagens hälso- och sjukvårdssystem. Denna bild ger en grund för att diskutera svagheter i nuvarande organisering samt vilka förändringar som är möjliga.

Kapitlet inleds med definitioner av sjukvårdens indelning i syfte att underlätta för läsaren. I kapitlets andra avsnitt beskrivs ansvarsförhållandena inom svensk hälso- och sjukvård, där landstingets centrala roll understryks. Avsnittet beskriver även de viktiga stödstrukturer som finns med myndigheter såsom bland annat Socialstyrelsen, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). I kapitlets tredje avsnitt presenteras kostnader för den svenska hälso- och sjukvården. I kapitlets fjärde avsnitt redogörs för hur olika delar av hälso- och sjukvården har utvecklats, såsom slutenvård, öppenvård och primärvård, men även privata läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan. Här beskrivs även vem som producerar, utför respektive finansierar hälso- och sjukvården. I femte avsnittet skildras internationella trender på hälso- och sjukvårdsområdet. Det sjätte avsnittet presenterar de viktigare regler som finns för organiseringen av olika utförare inom hälso- och sjukvården samt reglernas utveckling. Reglerna gäller för anslutning av privata vårdgivare till den offentliga finansieringen. Remissregler och regler för tillsyn och uppföljning tas delvis även upp. Kapitlet avslutas med ett avsnitt som beskriver vissa svagheter med hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering.

### 3.1.1 Definitioner av vissa begrepp

*Slutenvård:* Vård som ges under intagning vid vårdinrättning benämns slutenvård (HSL § 5).

*Dagsjukvård:* Medicinska och paramedicinska hälso- och sjukvårdsinsatser som ges till dagpatienter, till exempel dagkirurgi (Socialstyrelsen 2009).<sup>1</sup>

*Primärvård:* Den ska, utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp, svara för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (5 § HSL).

*Öppenvård:* Dels den hälso- och sjukvård som ges på öppenvårdsmottagningar i primärvården och närsjukvården, dels den vård som ges i sjukhusens öppna mottagningsverksamheter (samma källa). En ännu snävare definition av begreppet, är att det är den hälso- och sjukvårdsverksamhet som kräver mer specialiserade åtgärder än vad som kan ges i primärvården (jfr ovan) (SKL 2009c).<sup>2</sup>

*Hemsjukvård:* Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden (5 § HSL). Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet. Hemsjukvård kan dels bedrivas av landstingen, dels av kommunerna enligt 18 § *hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)*.

*Folkhälsoinsatser:* Olika kollektiva aktiviteter som syftar till att stärka befolkningens hälsotillstånd, till skillnad från de individuella insatser som görs inom hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2009). Folkhälsoinsatser görs ofta i form av kampanjer eller program, till exempel vaccinationsprogram.

*Specialistläkarvård:* Vård av en läkare med en annan specialitet än allmänmedicin, exempelvis gynekologi, urologi eller öron-, näsa-

---

<sup>1</sup> Definitionen tar sin utgångspunkt i Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport (2009) som har använt sig av OECD:s klassifikation i *A system of Health Account*.

<sup>2</sup> Öppenvård är ett begrepp som kan definieras olika beroende på vilka typer av verksamheter som inkluderas eller exkluderas. Utredningen avser alltså fortsättningsvis *den öppna vården utanför primärvården*.

halsspecialitet. Specialisterna finns dels på akutsjukhusen, dels bland privatpraktiserande specialistläkare och ibland även i primärvården.

### 3.2 Ansvarsförhållanden i svensk sjukvård<sup>3</sup>

Ansvar för sjukvården i Sverige åligger stat, landsting och kommun genom skiftande ansvarsförhållanden. I *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763) (HSL) regleras vad som är landstingens respektive kommunernas ansvar. Lagen är utformad så att den ger landsting och kommuner stor frihet att bestämma hur hälso- och sjukvården ska organiseras. Det är de som är huvudmän för sjukvården.

I Sverige finns 20 landsting. Dessutom har Gotlands kommun samma ansvar som landstingen vad gäller hälso- och sjukvård. Landstingens största ansvarsområde är hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvårdens organisation beskrivs normalt genom tre nivåer – regionsjukvård, länssjukvård och primärvård. I Sverige finns åtta regionsjukhus, cirka 70 länssjukhus (oftast är det bara ett sjukhus i varje landsting som benämns *länssjukhus*) och drygt 1 000 vårdcentraler. Primärvården utgör basen för hälso- och sjukvården. Inom primärvården ska de flesta patienters vårdbehov kunna tillgodoses, såsom medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering. När specialiserad vård är nödvändig träder länssjukvården/länssjukhusen in. Sjukhusen är ofta organiserade i kliniker med olika specialiteter som kirurgi, medicin, radiologi osv. Vid länssjukhusen finns både mottagningar för öppenvård och avdelningar där patienter kan läggas in för slutenvård. Öppen specialiserad vård finns också utanför sjukhusen, exempelvis i form av privat drivna *läkarhus* med specialister på olika områden eller i form av privat praktiserande specialistläkare.

Vid regionsjukhusen bedrivs högspecialiserad vård och därmed riktas en större andel behandlingar mot bland annat mindre vanliga och komplicerade sjukdomar och skador. Regionsjukhusen är även universitetssjukhus och svarar för forskning och utbildning. Landsting som inte har egna regionsjukhus kan via avtal med andra landsting erbjuda sina invånare högspecialiserad vård. Den mest avancerade vården bedrivs bara vid ett fåtal sjukhus i landet och viss hälso- och sjukvård (så kallad rikssjukvård) får efter beslut i Rikssjuk-

<sup>3</sup> Uppgifterna är hämtade från Socialdepartementets faktablad, Hälso- och sjukvården i Sverige, nr 14 juni 2007.

vårdsnämnden på Socialstyrelsen endast bedrivs av några få kliniker med hela landet som upptagningsområde.

Kommunerna ansvarar för att de som vistas i kommunerna får det stöd och den hjälp de behöver. När det gäller hälso- och sjukvård ansvarar kommunerna för vården av äldre och personer med funktionsnedsättningar som bor i särskilt boende. Hälften av kommunerna har avtalat med landstingen om att även ta över ansvaret för vård av äldre och personer med funktionsnedsättningar som bor hemma. I övriga kommuner har landstingen kvar detta ansvar. Landstinget har alltid ansvar för vård som ges av läkare.

*Sveriges Kommuner och Landsting* (SKL) är landstingens, och kommunernas intresseorganisation. Förbundet är den part som staten ofta förhandlar med i frågor som rör landstingen och kommunerna.

Staten är ansvarig för nationella regler och andra övergripande frågor kring hälso- och sjukvården samt för tillsynen. För detta ändamål har staten ett antal myndigheter:

*Socialstyrelsens* verksamhet innefattar frågor som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, hälso- och smittskydd och epidemiologi. I arbetsuppgifterna ingår bland annat att ge ut föreskrifter, nationella riktlinjer och andra kunskapsöversikter, följa upp och analysera lagstiftning och utveckling samt utöva tillsyn över hälso- och sjukvården. All hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige står under Socialstyrelsens tillsyn. Socialstyrelsen ansvarar också för nationella hälso-databaser och officiell statistik inom hälso- och sjukvården.

*Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* (HSAN) utreder anmälningar mot hälso- och sjukvården som rör undersökningar, vård och behandlingar av patienter.

*Statens beredning för medicinsk utvärdering* (SBU) har till uppgift att granska den vetenskapliga grunden för medicinska innovationer, existerande rutiner och praxis inom hälso- och sjukvården.

*Läkemedelsverket* svarar för godkännande av läkemedel. Verkets uppgift är att se till att den enskilde patienten och hälso- och sjukvården får tillgång till effektiva och säkra läkemedel av hög kvalitet och att dessa används på ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt.

*Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* (TLV) beslutar bland annat om subventionering och prisreglering av läkemedel samt om vilka tandvårdsbehandlingar som ska omfattas av det statliga tandvårdsstödet och referenspriser för dessa.

*Smittskyddsinstitutet* har till uppgift att bevaka det epidemiologiska läget vad gäller smittsamma sjukdomar bland människor och främja skyddet mot sådana sjukdomar.

### 3.3 Kostnader för svensk sjukvård

#### 3.3.1 Utgifter för olika delar av sjukvården

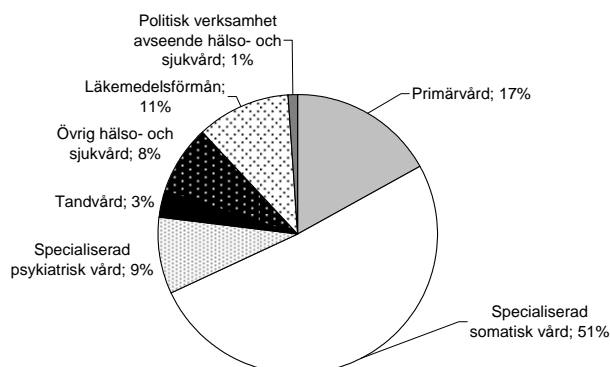
Det är förenat med betydande svårigheter att värdera den sjukvård som produceras i olika delar av hälso- och sjukvården och ange det som ekonomiska värden annat än med utgångspunkt från dess kostnader och utgifter. Även om det förekommer att värderingar görs, är dessa oftast begränsade och svåra att relatera till något reellt marknadsvärde.

Statistiska Centralbyrån publicerar Hälsoräkenskaper för Sverige. Hälsoräkenskaper mäter bland annat totala utgifter för hälso- och sjukvård. År 2007 uppgick utgifterna för den svenska hälso- och sjukvården till nästan 278 miljarder kronor, vilket motsvarade 9,1 procent av BNP. För den öppna hälso- och sjukvården uppgick utgifterna till 92,3 miljarder kronor och för slutenvården till 71,7 miljarder kronor. Hälsoräkenskaperna sammanställs enligt OECD:s föreskrifter (SCB 2009). Syftet är naturligtvis att kunna jämföra olika länders utgifter, samtidigt som det ibland innebär att olika siffror med samma benämning återfinns. Det är därför mycket viktigt att redovisa vad som är inkluderat eller för den delen exkluderat. OECD:s siffror inkluderar exempelvis kostnader för äldreomsorg, insatser för personer med funktionsnedsättning och missbrukarvård. Vanligast förekommande siffra för svensk hälso- och sjukvårds kostnader är dock den ovan nämnda på 278 miljarder kronor.

Med anledning av betänkandets mer specifika ämnesområde öppenvård, är det dock mer intressant att titta närmare på den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens kostnader indelade efter område och huvudmän. Figur 3.1 visar hälso- och sjukvårdens nettokostnader på 191 miljarder kronor indelat efter område.



**Figur 3.1** Nettokostnader för hälso- och sjukvård 2008, samtliga huvudmän



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2009c.

Indelning efter område i figur 3.1 visar att den specialiserade somatiska vården står för 51 procent, primärvård 17 procent och specialiserad psykiatrisk vård för 9 procent av nettokostnaderna för hälso- och sjukvården (SKL 2009c).

Mellan åren 2001 och 2007 ökade kostnaderna för hälso- och sjukvården med 13 procent, i 2007 års fasta priser, enligt Socialstyrelsens beräkningar. Mest ökade kostnaderna för sådan vård som till största delen utförs på sjukhus. Dessa kostnader ökade med 20 procent, framför allt beroende på användning av nya och dyrare behandlingsmetoder och läkemedel och på grund av att de som läggs in på sjukhusen är sjukare än tidigare (vårdtyngden har ökat). Kostnaderna för sjukhusens dagsjukvård minskade däremot, medan öppenvårdens kostnader ökade med 8 procent.

Kostnaden per vårdkontakt i primärvården har minskat med 5 procent sedan 2003. En förklaring till det är att arbetsuppgifter har omfördelats från läkare till andra personalkategorier. Således har kostnaderna för en kontakt med allmänläkare minskat med 3 procent, medan kostnaden för en kontakt med en sjuksköterska har ökat med 18 procent och en kontakt med en sjukgymnast med 11 procent (Socialstyrelsen 2009).

Nettokostnaderna för hälso- och sjukvården på 191 miljarder kronor indelade i ännu mer specifika siffror, visar att landstingens

totala kostnad för den somatiska (kroppsliga) vården och den psykiatriska vården sammanlagt till 117 miljarder kronor år 2008.

**Tabell 3.1 Kostnader för den specialiserade somatiska vården i miljoner kronor år 2008 för samtliga landsting**

Specialiserad vård	Somatiskt vård	Psykiatrisk vård	Totalt
Öppenvård	39 571	8 972	48 543
(-varav mottagnings- verksamhet)	34 118	8 625	42 743
(-varav dagsjukvård)	5 453	347	5 800
Hemsjukvård	980	75	1 055
Slutenvård	58 994	8 602	67 596
<b>Summa</b>	<b>99 547</b>	<b>17 649</b>	<b>117 196</b>

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2009c.

Som tabell 3.1 visar, uppgick dessutom 49,6 miljarder kronor av landstingens kostnader av öppenvård (48,5 miljarder kronor) tillsammans med hemsjukvården (1,1 miljarder kronor). Dessa kostnader omfattar både verksamhet i landstingens egen regi och verksamhet av privata vårdgivare (SKL 2009c). Ersättningar till privata läkare enligt den nationella taxan uppgick till 1,6 miljarder kronor 2008 (SKL 2009a). Det område som utredningen har att diskutera och lämna förslag kring, rör således ett område där utgifterna sammanlagt uppgick till 49,6 miljarder kronor år 2008.

### 3.3.2 Kostnader och resultat i en internationell jämförelse

De hälsoräkenskaper för Sverige som SCB publicerar baseras på OECD:s manual *A System of Health Accounts* (SHA). Med konsistenta klassificeringar skapar denna en begreppsmässig bas för statistikframställning och rapportering inom hälso- och sjukvård för att förbättra jämförbarheten av data över tiden och mellan länder, oberoende av skillnader i ländernas hälso- och sjukvårdsorganisation. För Sverige har SCB publicerat hälsoräkenskaper för perioden 2001–2007. En viss försiktighet bör iaktas när jämförelser görs över längre tidsperioder, men även vid jämförelser mellan länder.

Sveriges kostnader för hälso- och sjukvård, som andel av BNP, ligger något högre än genomsnittet i de ursprungliga EU-15 länderna och OECD-30 länderna. USA har högst kostnader per capita för

hälso- och sjukvården, mer än dubbelt så höga som Sveriges. Av våra nordiska grannländer har Norge och Danmark högre kostnader per capita och Finland lägre.

Sverige anges i internationella jämförelser ha en effektiv sjukvård eftersom sjukvårdens resultat är bra i förhållande till dess kostnader. I det resultatindex som SKL har tagit fram hamnar Sverige på bästa plats (SKL 2008a). I jämförelsen ingår 18 resultatmått som framför allt mäter livslängd och dödlighet i olika sjukdomar. I effektivitetsindexet hamnar Sverige på tredje plats. Före Sverige kommer Finland och Spanien. Sist i effektivitetsindexet hamnar USA vars sjukvård både har höga kostnader och sämre resultat på befolkningsnivå. Av de länder som kommer före Sverige har Spanien något sämre resultat, men till betydligt lägre kostnader, medan Finland har ett genomsnittligt bättre resultat till lägre kostnader. Alla tre länderna har få vårdplatser per invånare. Enligt SKL är det ett uttryck för förmåga till strukturell omvandling och introduktion av nya medicinska tekniker och läkemedel (SKL 2008a).

En strukturell förändring som har genomförts under 2000-talet är att den akuta vården har koncentrerats till vissa sjukhus medan andra sjukhus har specialiserats på planerad vård. Ett annat fokus i förändringsarbetet är att förändra vårdens system och processer. Bättre logistik och ökad standardisering är några nyckelbegrepp. Det handlar ofta om att förkorta tider mellan olika behandlingsinsatser. En annan tendens är att integrera och använda IT-stöd bättre i verksamheten (SKL 2009b).

Andra sätt att effektivisera vården är att omfördela arbetsuppgifter mellan olika yrkeskategorier eller att arbeta mer i team med syftet att bättre ta till vara varje yrkesgrupps särskilda kompetenser och kunskapsområden. Det finns få formella hinder att genomföra sådana strukturella förändringar eftersom mycket få arbetsuppgifter i vården är förbehållna någon specifik yrkesgrupp (Socialstyrelsen 2004). En sådan effektivisering kan både innebära att vården kostar mindre och att resultatet blir bättre.

### 3.4 Utvecklingen av olika delar av vården

#### 3.4.1 Utveckling av slutenvård, öppenvård och primärvård<sup>4</sup>

Antalet vårdplatser i slutenvården har minskat sedan år 1992 och uppgick år 2007 till 26 184 stycken. Sverige har, med 2,2 vårdplatser per 1 000 invånare, minsta antalet platser i korttidsvården bland jämförbara OECD-länder. En förklaring till att Sverige har så få korttidsplatser är att kommunerna i och med Ädelreformen 1992 har tagit över ansvaret för äldre och personer med funktionsnedsättningar med långvarigt vårdbehov. En annan förklaring till att vårdplatserna i korttidsvården har kunnat minska är den medicintekniska utvecklingen. I Sverige var den genomsnittliga vårdtiden i slutenvården 6,1 dagar år 2006. Endast Danmark har en kortare medelvårdtid bland jämförbara OECD-länder. Samtidigt som vårdtiden har minskat har antalet vårdtillfällen i slutenvården ökat med 4 procent sedan år 2003. Det skulle antingen kunna bero på att samma patienter tvingas komma tillbaka (Socialstyrelsen 2009) eller på att den medicinska utvecklingen har gjort att fler patienter kan behandlas (SKL 2009b).

Sedan år 2001 har även antalet besök i primärvården ökat med 3 procent, medan antalet besök i den specialiserade öppenvården har minskat med 5,6 procent. År 2007 gjordes 13 miljoner läkarbesök vardera i primärvården och i den specialiserade öppenvården. Därutöver gjordes 24 miljoner besök i primärvården till andra personalkategorier än läkare, såsom sjukgymnaster och distriktsköterskor. Inom den specialiserade öppenvården gjordes 6,4 miljoner besök till den kirurgiska korttidsvården och 4,6 miljoner till den medicinska korttidsvården.

#### 3.4.2 Vem producerar, utför respektive finansierar vården?

År 2007 producerade sjukhusen 45 procent av sjukvården i Sverige beräknat utifrån dess kostnader, öppenvårdsproducenterna 19 procent, detaljhandelsföretagen 16 procent (främst läkemedel och förbrukningsartiklar), administration och försäkringsbolag 3 procent och övriga producenter 17 procent (SCB 2009).

---

<sup>4</sup> Uppgifterna är hämtade från Socialstyrelsen (2009).

Landstingen finansierade 71 procent av kostnaderna, hushållen 16 procent<sup>5</sup>, kommunerna 8 procent och staten 2 procent (samma källa).

Vård- och omsorgssektorn hade ungefär 696 000 anställda år 2007. Av dessa var 83 procent anställda inom den offentliga sektorn. Antalet privatanställda i vård- och omsorgssektorn ökade från drygt 41 000 eller knappt 7 procent år 1993 till närmare 121 000 eller 17 procent år 2007 (Nutek 2008).

USA, Schweiz och Grekland hade störst andel privat finansierad hälso- och sjukvård med 54, 40 respektive 38 procent år 2006. I Sverige var 18 procent av vården privat finansierad samma år (OECD 2008). Noterbart är även att kostnaden per capita för den offentligt finansierade vården är större i USA än i Sverige.

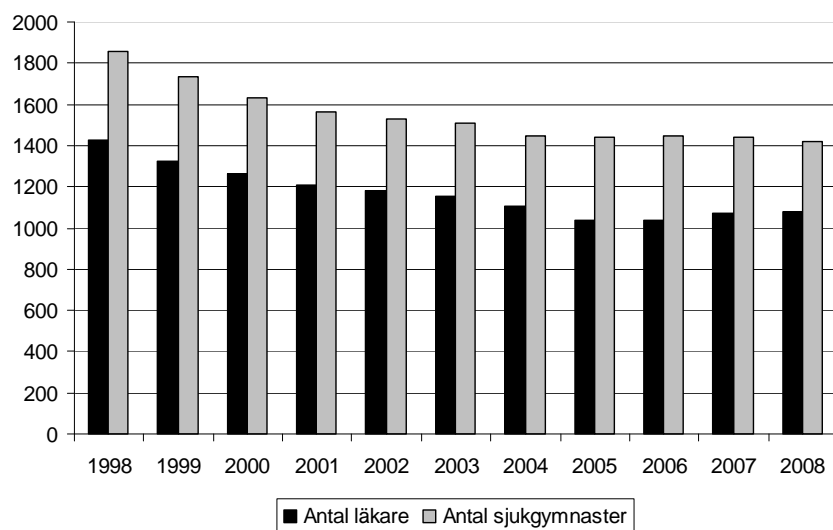
### **3.4.3 Utvecklingen för privata läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt nationell taxa**

Etablering av läkare och sjukgymnaster på den så kallade nationella taxan har funnits i sin nuvarande form sedan 1994. Den verksamhet som bedrivs med samverkansavtal i detta system har gradvis minskat under det senaste decenniet. En förklaring till detta är att det finns läkare och sjukgymnaster som har vilande samverkansavtal och i stället arbetar inom ramen för tidsbegränsade vårdavtal med landsting (se vidare 3.6.1 nedan). Antalet nyetableringar har varit begränsad. I det följande redovisas i grafisk form utvecklingen för privata läkare och sjukgymnaster som verkar med ersättning enligt nationell taxa.

---

<sup>5</sup> Uppgiften inkluderar hushållens utgifter för egenavgifter och medicin men inte för privata sjukvårdsförsäkringar.

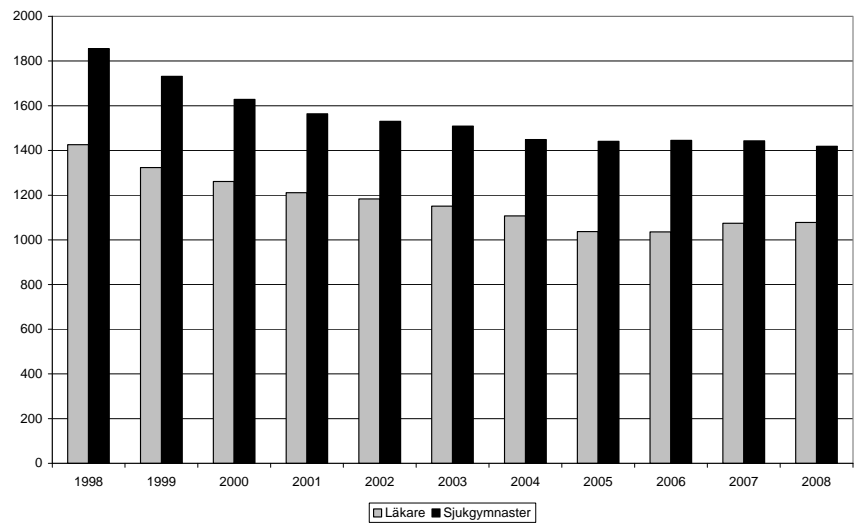
**Figur 3.2** Antalet läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan åren 1998–2008



Källa: Statistiksammanställningar från Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

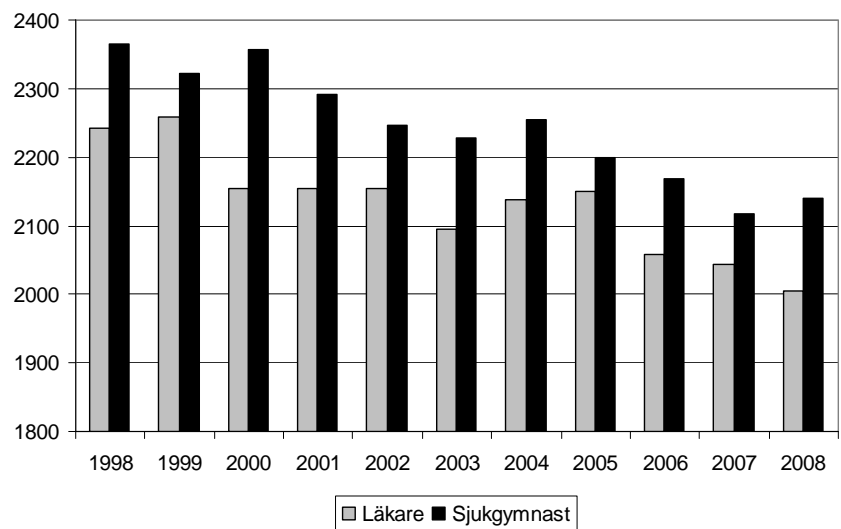
Figur 3.2 visar hur antalet läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan successivt sjönk mellan 1998 och 2005 för att sedan stabiliseras. Antalet besök till dem har i grova drag utvecklats på motsvarande sätt, se figur 3.3. När antalet verksamma relateras till antalet besök kan vi emellertid konstatera att det finns en tendens till färre genomsnittligt antal besök per yrkesutövare, se figur 3.4. Orsaken till detta kan vara en sjunkande produktivitet eller att andelen besök med mer kvalificerat, och därmed mer tidskrävande, innehåll har ökat.

**Figur 3.3 Sammanlagda antalet besök till privata läkare och sjukgymnaster åren 1998–2008**



Källa: Statistiksammanställningar från Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

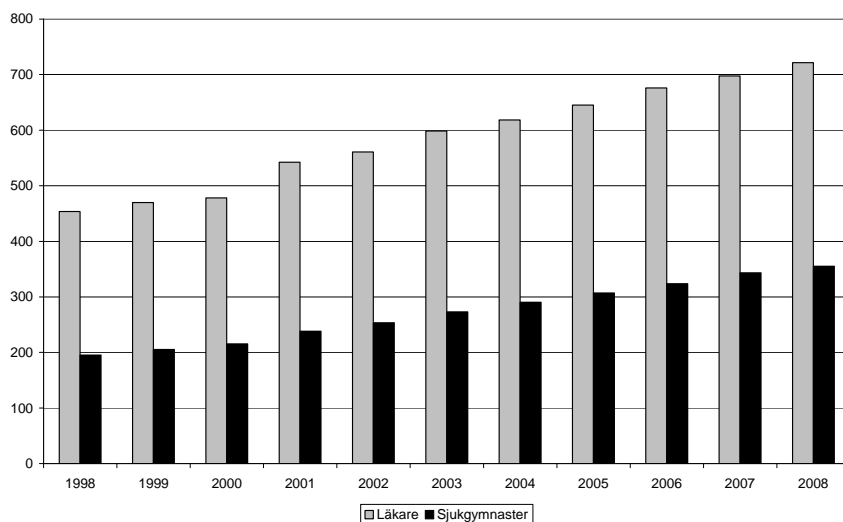
**Figur 3.4 Antalet besök per privat läkare och sjukgymnast åren 1998–2008**



Källa: Statistiksammanställningar från Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Figur 3.5 nedan visar att den genomsnittligt betalda ersättningen däremot har ökat successivt år för år. Det avspeglar såväl förändringar i ersättningsarna som att de i en gradvis större omfattning har ersättning för ett mer kvalificerat innehåll.

**Figur 3.5** Genomsnittligt betald ersättning per besök till läkare och sjukgymnaster åren 1998–2008



Källa: Statistiksammanställningar från Sveriges Kommuner och Landsting 2009.

Det kan som synes finnas flera grunder till de ökade ersättningsarna. Utredningen har bland annat fått ta del av statistik från Skåne läns landsting som visar vilka prissänkningar per läkarbesök som landstinget har åstadkommit genom att sluta vårdavtal med privatläkarna i stället för att använda samverkansavtal med ersättning enligt den nationella taxan. De prissänkningar som då erhållits har varierat mellan 0 och 67 procent.



**Tabell 3.2 Sammanlagd betald ersättning (t kr) till läkare och sjukgymnaster per landsting 2008**

Landsting	Läkare	Sjukgymnaster
Stockholm	588 589	350 726
Uppsala	72 871	22 397
Södermanland	20 568	6 071
Östergötland	30 527	31 414
Jönköping	22 874	16 661
Kronoberg	11 897	13 672
Kalmar	5 559	17 009
Blekinge	9 295	9 092
Skåne	412 277	210 704
Halland	36 116	30 222
Västra Götaland	253 864	128 738
Värmland	20 353	22 299
Örebro	21 718	18 560
Västmanland	5 031	32 525
Dalarna	19 454	27 185
Gävleborg	10 562	18 268
Västernorrland	2 382	11 900
Jämtland	6 763	22 151
Västerbotten	20 980	38 781
Norrbottn	48 498	46 639
Gotland	4 140	2 653
<b>Summa</b>	<b>1 624 316</b>	<b>1 077 669</b>

*Källa:* Sveriges Kommuner och Landsting 2009a.

Tabellen visar den sammanlagda utbetalda ersättningen (i tusentals kronor) för läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan.

### 3.5 Internationella trender

Många länder, inklusive Sverige, har under lång tid haft ambitionen att stärka hälsoinriktningen i vården. Det har bland annat skett genom försök att omfördela resurser till öppna vårdformer som närsjukvård och primärvård. Det finns dock motverkande krafter som gör att utvecklingen inte helt går i den riktning beslutsfattarna vill. Världshälsorganisationen (WHO) nämner tre motverkande

krafter i sin rapport om primärvården (WHO 2008). Dessa är: 1) den stora fokuseringen på specialistvård som även betecknas *sjukhuscentrering* och som är en följd av den tekniska utvecklingen samt professionens och läkemedelsindustrins intressen; 2) fragmentering som är en följd av fokus på vård som bygger på *program*, exempelvis vaccinationsprogram eller program för att bekämpa en viss sjukdom i stället för vård som utgår från ett holistiskt synsätt och ser till hela människans behov; 3) kommersialiseringen av sjukvården som är ett sätt att lösa patienternas behov i avreglerade system. Svenskt exempel är privata vårdförsäkringar som gör att individen inte behöver vänta på den vård som man annars skulle få inom det offentligt finansierade systemet.

Enligt WHO:s rapport har världens hälso- och sjukvårdssystem ett antal gemensamma problem. Bristerna finns både i utvecklingsländer och industriländer, om än i olika utsträckning. De är: *Snedfördelad vård*: Människor med mest resurser – vars behov av hälsovård ofta är mindre – konsumerar mest vård; *Utarmande vård*: Höga avgifter till vård som kan få stora följder för den enskilde och i extrema situationer leda till fattigdom; *Fragmentiserad och fragmenterad vård*: Den starka specialiseringen av vårdgivarna och den smala fokuseringen hos många program för sjukdomsbehandling motverkar ett holistiskt förhållningssätt till individer och familjer och leder även till bristande kontinuitet; *Osäker vård*: Dålig systemutformning som inte kan garantera säkerhets- och hygienstandarder medför en hög frekvens av sjukhusförvärvade infektioner och läkemedelsrelaterade problem, samt andra negativa effekter som skulle kunna undvikas. *Missriktad vård*: Behandling av sjukdomar tar i anspråk en oproportionellt stor del av hälso- och sjukvårdens resurser. Detta innebär att man försummar möjligheten till förebyggande och hälsofrämjande insatser som enligt bedömningar från WHO skulle kunna förhindra upp till 70 procent av sjukdoms-  
bördan.

### 3.6 Viktiga regleringar för organiseringen av utförare

Det är i dag inte längre självklart att landstingen ska producera all offentligt finansierad vård som de har att tillhandahålla sina medborgare i egen regi. Denna utveckling av *hur* driften organiseras sätter ljuset på de regler som finns för hur olika utförare kan integreras till den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården.

Syftet med detta avsnitt är att beskriva de viktigaste reglerna och former som i dag finns för integrering.

Ett landsting kan sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för (3 § HSL). Landstinget behåller dock såsom huvudman det yttersta ansvaret för den verksamhet som överlämnas och som fortsättningsvis även är offentlig i förhållande till patienten. Landstinget anger de särskilda villkor som gäller för överlämnandet.

All hälso- och sjukvård drivs följaktligen inte i landstingens egen regi. Avtal mellan landstingen och utförare garanterar dock att patienter omfattas av samma regler och patientavgifter som gäller i den landstingsdrivna vården.

Landstingen köper hälso- och sjukvårdstjänster av bland annat privata vårdgivare. Privata vårdgivare har förvisso rätt att fritt etablera sig utanför det offentliga ersättningsystemet i Sverige, men för att ha en ekonomisk möjlighet att bedriva vården behöver de ofta ersättning från just landstingen.

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster kan vara verksamma med offentlig ersättning genom att ingå tidsbegränsade så kallade vårdavtal med landstingen. Ersättning från landstingen kan även betalas ut enligt de så kallade ersättningslagarna, det vill säga *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL)* respektive *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)*. Enligt ersättningslagarna krävs att läkaren eller sjukgymnasten då har ett så kallat samverkansavtal med landstinget. Rätt till ersättning kan även föreligga med stöd av vissa övergångsregler till LOL och LOS.

### 3.6.1 Vårdavtal

Ett landsting kan engagera en privat vårdgivare för att bedriva verksamhet med ersättning genom att ingå ett tidsbegränsat vårdavtal med den privata vårdgivaren. Vårdavtalet måste föregås av ett upphandlingsförfarande enligt *lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU)* eller upprättas enligt *lagen (2008:962) om valfribetsystem (LOV)*. Vårdavtalet kan ingås med fysiska eller juridiska personer. Det finns inga nationella bestämmelser om vilket innehåll eller vilken omfattning ett vårdavtal ska ha och de kan därför se ut på olika sätt. Brukligt är dock att parterna i avtalet kommer överens om villkor såsom verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering och dylikt. Med målet att den private vård-

givaren ska fort- och vidareutbilda sig för att bredda och fördjupa sin kompetens bör parterna även kunna komma överens om former för kvalitetssäkring m.m. (prop. 2008/09:64 sid.43).

### Vårdavtal med vilande samverkansavtal

För att privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster ska ha rätt till offentlig ersättning, utan att ha ett vårdavtal med landstinget, krävs enligt huvudregeln att vårdgivaren ska ha ett samverkansavtal (detta avtal beskrivs utförligare i nästa avsnitt) med landstinget. Det finns ett antal läkare och sjukgymnaster som har så kallade *vilande samverkansavtal* på grund av att de en gång varit anslutna till den nationella taxan, men i dag i stället har vårdavtal med landstinget. År 2002 var det 580 läkare respektive 530 sjukgymnaster (SOU 2003:7). Efter det att vårdavtalet har upphört att gälla, har dessa haft rätt att återgå till ersättning enligt den nationella taxan och i många fall regleras denna rätt även uttryckligen i vårdavtalen. Kravet på att LOU eller LOV ska tillämpas vid ingående av samverkansavtal och vårdavtal (just vårdavtal har dock även tidigare upphandlats genom LOU) är nytt sedan den 1 april 2009. Rättsläget är därför något oklart huruvida landstingen kan ge dessa vårdgivare rätt att verka med nationell taxa. Fortsättningsvis krävs följaktligen att samverkansavtal upphandlas i konkurrens. Därför har farhågor rests från enskilda vårdgivare att detta skulle kunna medföra att läkare och sjukgymnaster med vilande samverkansavtal kan få problem att åberopa sin rätt att utan prövning återgå till den nationella taxan efter vårdavtalens slut. En del tvister pågår om rättsläget, varför en viss osäkerhet kommer att råda tills avgöranden sker.

#### 3.6.2 Samverkansavtal

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster kan följaktligen vara verksamma med offentlig ersättning enligt de så kallade ersättningslagarna, det vill säga *lagen (1993:1651) om läkarvård ersättning* (LOL) respektive *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik* (LOS). I enlighet med dessa lagar krävs enligt huvudregeln att läkaren eller sjukgymnasten har ett samverkansavtal med landstinget. Samverkansavtal måste föregås av ett upphandlingsförfarande enligt LOU eller ske genom tillämpning av valfrihetssystem enligt LOV (5 § LOL och LOS).

Ett undantag är så kallad ersättningsetablering som beskrivs nedan. Ett samverkansavtal innebär att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast, vars verksamhet uppfyller vissa specifika krav, kommer överens med landstinget om att bedriva sin verksamhet med ersättning enligt ersättningslagarna. Det finns följaktligen vissa krav för att läkarvårdsersättning ska lämnas, såsom att läkaren exempelvis måste ha specialistkompetens och bedriva verksamhet inom den specialiteten i öppenvården. Dock är vissa specialiteter undantagna från rätten till ersättning. Allmänpraktiserande läkare (Europaläkare) omfattas också av ersättningsystemet (7 § LOL). Sjukgymnastikersättning ges till legitimerad sjukgymnast (7 § LOS) som utför behandling i den öppna hälso- och sjukvården. Varken läkarvårdsersättning eller sjukgymnastikersättning lämnas för verksamhet inom företagshälsovården (9 § LOL och LOS). Läkarvårdsersättning och sjukgymnastikersättning lämnas enligt ersättningslagarna endast till dem som bedriver privat verksamhet på heltid. Vissa undantag finns dock till detta krav om heltid och möjlighet finns att ta in vikarier (8 och 10 §§ LOL och LOS). Läkaren eller sjukgymnasten får inte heller vara anställd i ett landsting eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården där landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande (9 § LOL och LOS).

### Nationell taxa

Den offentliga ersättningen till privata vårdgivare med samverkansavtal utgår enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen, utifrån ett gemensamt underlag från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Den nationella taxan regleras i sin tur i *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning* (FOL) och *förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik* (FOS). Ersättningsystemet med en nationell taxa utgörs av tre typer av arvoden – enkelt arvode, normalarvode och särskilt arvode. Ett patientbesök berättigar till någon av dessa arvodestyper. Systemet är uppbyggt med två ersättningstak. Efter det första taket sänks arvodet och efter det andra taket utgör patientavgiften hela ersättningen.

För enklare undersökningar och behandlingar utgår enkelt arvode (7–7 a §§ FOL och 6 § FOS). För läkare utgår detta med högst 230 kronor och för sjukgymnaster med högst 100 kronor. För de behandlingar som utgör den huvudsakliga delen av verksamheten utgår normalarvode (4–6 a §§ FOL och 3–5 a §§ FOS).

Normalarvodet baseras på uppskattade mottagningskostnader och en estimerad årlig besöksvolym. För läkare utgår detta med mellan 680 och 1 210 kronor och för sjukgymnaster med 297 kronor.

För särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder utgår särskilt arvode (8 § FOL och 7–8 §§ FOS). För läkare finns en särskild förteckning över de många åtgärder som ska räknas till dessa tids- eller kostnadskrävande typer. För sjukgymnaster räknas åtta olika åtgärder upp i FOS, såsom exempelvis specifika insatser till patienter med psykisk ohälsa eller psykosomatiska problem och patienter med skador eller sjukdomar i rörelsesystemet. För de åtta åtgärderna gäller förutom ett tidskrav även krav på särskild kompetens. För läkare utgår det särskilda arvodet med mellan 1 020 och 5 550 kronor och för sjukgymnaster med mellan 720 och 820 kronor. I arvodesbeloppen ingår patientavgiften och den ersättning som vårdgivarna får från landstingen utgörs av arvodet minus patientavgiften (14 § FOL och FOS).

### Ersättning enligt nationell taxa utan samverkansavtal

Som inledningsvis nämndes finns det privata läkare och sjukgymnaster som även har rätt till ersättning enligt den nationella taxan, utan att ha ingått något samverkansavtal med landstinget. Detta beror på diverse övergångsbestämmelser. Det kan exempelvis vara läkare och sjukgymnaster som etablerade sin verksamhet 1994, då det var möjligt att fritt etablera sig med rätt till offentlig ersättning. Det kan också vara de som mellan 1975 och 1993 varit anslutna till den dåvarande motsvarigheten till Försäkringskassan. Det kan även gälla husläkare som etablerade sig med stöd av *lagen (1993:58) om husläkare* och som av den orsaken, enligt övergångsbestämmelser, omfattas av LOL.

### Ersättningsetablering

Ersättningsetablering berör de privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som har rätt till offentlig ersättning från den nationella taxan med stöd av LOL respektive LOS. Om en läkare eller sjukgymnast som har denna typ av ersättning vill överlåta sin verksamhet till någon annan, ska läkaren eller sjukgymnasten i samband med detta kunna säga upp sin rätt till ersättning från den nationella

taxan. Syftet är då att i stället göra det möjligt för den övertagande läkaren eller sjukgymnasten att få rätt till sådan ersättning genom att ingå ett samverkansavtal med landstinget. Detta kallas ersättningsetablering och föreslogs i propositionen *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare, m.m.* (prop. 2008/09:64).

Den 1 april 2009 infördes därefter bestämmelser för denna typ av etablering i ersättningslagarna (5 a–5 g §§ LOL och LOS). Offentlig upphandling enligt 15 kap. LOU ansågs inte lämplig vid ersättningsetableringar utan ett särskilt förfarande infördes. En ersättningsetablering ska anmälas till landstinget (5 a § LOL och LOS) som i sin tur ska publicera en ansökningsinbjudan där det bland annat ska anges vilka villkor som det nya samverkansavtalet ska innehålla (5 b § LOL och LOS). Landstinget ska ingå samverkansavtal med den sökande som erbjudit högsta pris för verksamheten och som uppfyller vissa andra angivna krav. Exempelvis får den sökande inte ha rätt till offentlig ersättning inom ramen för ett sådant valfritetssystem som avses i *lagen (2008:962) om valfritetssystem* (LOV).

Utgångspunkten är att det nya samverkansavtalet ska innehålla motsvarande villkor för rätten till ersättning som den tidigare läkaren eller sjukgymnasten hade. Landstinget kan dock ändra villkoren under förutsättning att den överlåtande vårdgivaren godkänner de nya villkoren (5 e § LOL och LOS). Förfarandet kring en ersättningsetablering ska uppfylla de grundläggande EG-rättsliga principerna om icke-diskriminering, likabehandling, öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande (5 c § LOL och LOS).

### 3.6.3 Offentlig upphandling och valfritetssystem

Då landstingen köper vård från en annan aktör måste, som tidigare nämnts, avtalen som knyts föregås av ett upphandlingsförfarande enligt *lagen (2007:1091) om offentlig upphandling* (LOU) eller ske genom ett valfritetssystem enligt *lagen (2008:962) om valfritetssystem* (LOV).

#### Lagen om offentlig upphandling, LOU

LOU gäller för offentlig upphandling av byggentreprenader, varor och tjänster samt av byggkoncessioner (1 kap. 2 § LOU). Den reglerar följaktligen köp som görs av myndigheter och vissa andra

organisationer som är finansierade med allmänna medel. Det centrala med LOU är att myndigheter normalt måste annonsera alla inköp av varor och tjänster som ska göras (7 kap. 1 § och 15 kap. 2 §).

Regler om upphandling av hälso- och sjukvård och andra så kallade B-tjänster finns i 15 kap. (1 kap. 2 § andra stycket). En offentlig upphandling enligt detta kapitel ska göras genom förenklat förfarande. Det innebär att alla leverantörer har rätt att lämna anbud och den upphandlande myndigheten får förhandla med en eller flera av anbudsgivarna. Man kan även tillämpa ett urvalsförfarande, det vill säga alla leverantörer har rätt att ansöka om att få lämna anbud och den upphandlande myndigheten inbjuder vissa att lämna anbud och förhandlar sedan med en eller flera av anbudsgivarna (15 kap. 3 § första stycket, 2 kap. 24 och 25 §§).

De krav som ställs framgår av ett så kallat förfrågningsunderlag och med detta som underlag ges intresserade företag möjlighet att lämna anbud. Myndigheter måste lämna ut förfrågningsunderlaget och utvärdera alla anbud eller ansökningar om att få lämna anbud (15 kap. 15 §). Utvärderingen ska ske på sakliga grunder och utfallet avgör vem eller vilka som vinner kontraktet. Den upphandlande myndigheten ska anta antingen det anbud som är det ekonomiskt mest fördelaktiga för myndigheten eller det anbud som har lägst pris (15 kap. 16 §). Vinnande anbud ska sedan meddelas i ett tilldelningsbeslut.

I vissa fall får upphandling ske utan föregående annonsering, så kallad direktupphandling. Den upphandlande myndigheten upphandlar då formlöst, direkt från en viss leverantör. För detta krävs antingen att upphandlingen har ett lågt värde eller att synnerliga skäl föreligger (15 kap. 3 § andra stycket).

Finns invändningar mot sakligheten i hur en upphandlande myndighet hanterar en upphandling, och en leverantör anser sig ha lidit eller kan komma att lida skada på grund av detta, kan överprövning begäras hos länsrätten i det län där den upphandlande myndigheten har sitt säte (16 kap. 1–3 §§).

## Lagen om valfrihetssystem, LOV

Ett valfrihetssystem grundar sig på LOV, som infördes den 1 januari 2009 efter förslag i regeringens proposition *Lag om valfrihetssystem* (prop. 2008/09:29). Med valfrihetssystem avses enligt lagen för-



farandet då en enskild individ, för utförandet av exempelvis hälso- och sjukvårdstjänster, ges rätt att välja mellan olika leverantörer. Upphandlande myndighet ska tidigare ha godkänt och tecknat kontraktet med dessa leverantörer. Lagen reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som på detta sätt beslutat att genom att låta den enskilde individen välja utförare av hälsovårdstjänster och socialtjänster.

Det finns inget krav på att den upphandlande myndigheten måste tillämpa samma valfrihetssystem inom alla berörda områden (1 kap. 1 § LOV). Valfrihetssystemet enligt LOV är tänkt att vara ett alternativ till upphandling enligt LOU och kan tillämpas på exempelvis hälso- och sjukvårdstjänster samt på omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning. Den upphandlande myndighet som vill tillämpa LOV måste löpande annonsera på en nationell webbplats för valfrihetssystem (3 kap. 1 §). Landsting och kommuner har möjlighet att reglera förutsättningarna för valfrihetssystemet genom avtal.

Både privata företag och ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer och alla de som ansökt och som uppfyller de fastställda kraven måste godkännas (8 kap. 1 §). Med dessa leverantörer tecknas kontrakt (8 kap. 3 §). Därefter är det följaktligen den enskilde som ges möjlighet att välja den leverantör som han eller hon anser vara den som erbjuder den bästa kvaliteten av en tjänst. Landsting och kommuner ansvarar för att förse enskilda med information om samtliga leverantörer inom valfrihetssystemet. Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig (9 kap. 1 § LOV). De leverantörer som anser sig förfördelade har möjlighet att ansöka om rättelse hos allmän förvaltningsdomstol (10 kap. 1 §).

#### 3.6.4 Remissregler

Inom hälso- och sjukvården innebär en remiss en hänvisning från en vårdgivare till en annan. Det kan vara en anvisning att söka vidare undersökning eller att få vård hos en specialist. För landstingens del kan en remiss öka möjligheten att styra vårdresurser till dem som har störst vårdbehov. Följaktligen kan remissen användas som ett verktyg för landstingen i syftet att stödja prioriteringar. En remiss är också en betalningsförbindelse för det remitterande landstinget. En remiss skulle även kunna bidra till bättre samverkan

mellan olika yrkesgrupper och till bättre uppföljning av resultaten av olika vårdinstanser.

Vissa landsting ställer krav på remiss i öppen vård till specialistläkare (med undantag för specialister i allmänmedicin). I större delen av landet ställs dock inte detta krav, vilket framgår av tabell 3.2 nedan. Vad gäller vård hos en privat verksam läkare får ett landsting kräva remiss som villkor för att lämna läkarvårdsersättning enligt LOL, men endast under förutsättning att remisskrav även gäller för motsvarande vård hos en specialist inom landstinget. För läkarvård inom verksamheter som avser barnmedicin, gynekologi eller psykiatri får remiss dock inte krävas (3 § LOL).

För sjukgymnastikersättning gäller att det krävs remiss om sådan krävs från läkare eller tandläkare för sjukgymnastik inom landstinget (3 § LOS). I dagsläget (juli 2009) kräver dock inget landsting remiss till sjukgymnast i öppenvård.

**Tabell 3.3 Landstingens beslut om krav på remiss i öppen vård till annan specialistläkare än läkare i allmänmedicin samt sjukgymnast.**

Landsting	Läkare Remisskrav	Sjukgymnast Remisskrav	Kommentar
Blekinge läns landsting	NEJ	NEJ	
Dalarnas läns landsting	JA	NEJ	Undantag: psykiatri, barnmedicin och gynekologi. Även klinisk mammografi och smittskydd.
Gotlands kommun	NEJ	NEJ	
Gävleborgs läns landsting	JA	NEJ	Undantag: läkare i gynekologi samt läkare i barn- och ungdomspsykiatri
Hallands läns landsting	NEJ	NEJ	
Jämtlands läns landsting	JA	NEJ	Undantag: barn- och ungdomspsykiatri, infektion, delar av hudkliniken (STD-verksamhet), gynekologi, psykiatri och barnmedicin.
Jönköpings läns landsting	NEJ	NEJ	
Kalmar läns landsting	NEJ	NEJ	
Kronobergs läns landsting	NEJ	NEJ	
Norbottens läns landsting	NEJ	NEJ	
Skåne läns landsting	NEJ	NEJ	
Stockholms läns landsting	NEJ	NEJ	
Södermanlands läns landsting	NEJ	NEJ	
Uppsala läns landsting	NEJ	NEJ	
Värmlands läns landsting	JA	NEJ	Undantag: psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, gynekologi, barn- och ungdomsmedicin samt STD-mottagning.
Västerbottens läns landsting	JA	NEJ	Undantag: patient vars sjukdomar faller under smittskyddslagen, psykiatri, gynekologi, barn under ett år och STD-mottagning.
Västernorrlands läns landsting	NEJ	NEJ	
Västmanlands läns landsting	JA	NEJ	
Västra Götalands landsting	NEJ	NEJ	
Örebro läns landsting	JA	NEJ	Undantag: psykiatri, gynekologi, barnmedicin och STD-mottagning.
Östergötlands läns landsting	NEJ	NEJ	

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting 2009d.

### 3.6.5 Tillsyn och uppföljning

Socialstyrelsen har tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Den kan gälla både verksamheten (verksamhetstillsyn) och hälso- och sjukvårdspersonalen (individtillsyn). Tillsynen syftar främst till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen ska genom sin tillsyn stödja och granska verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalens åtgärder (2 och 6 kap. *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*, LYHS). *Patientjournalagen (1985:562)* samt *lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård* är annan lagstiftning av central betydelse för patientsäkerheten och därmed för Socialstyrelsens tillsyn. Vid de flesta tillsynsaktiviteter används Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12) *om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* som underlag.

Tillsynen utförs av sex regionala tillsynsenheter. Socialstyrelsens granskning leder till olika former av beslut. I den ena änden av skalan kan Socialstyrelsen besluta att verksamheten ska vidta vissa åtgärder utan att vårdgivaren behöver komma tillbaka och redogöra för vad som har gjorts. I den andra änden av skalan kan Socialstyrelsen förbjuda vårdgivaren att fortsätta att bedriva verksamheten (6 kap. 15 § LYHS). Den senare formen av sanktion är mycket sällsynt.

Socialstyrelsen kan även göra anmälan hos Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) med yrkande om disciplinpåföljd, föreskrift om prøvotid, återkallelse av legitimation eller begränsning av behörighet att förskriva läkemedel samt teknisk sprit för personer som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

Landstingen har enligt *kommunallagen (1991:900)* ett ansvar att följa upp för både egen utförd drift av hälso- och sjukvård, men också den vård som utförs av annan på uppdrag av ett landsting (3 kap. 19 §). Landstingen måste, såsom regeringen påpekat i *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare, m.m.* (prop. 2008/09:64), ha möjlighet att följa upp de privata vårdgivarnas verksamhet. Eftersom landstingen ansvarar för att planera och finansiera hälso- och sjukvården måste de kunna följa upp vården ur såväl ekonomisk som medicinsk synpunkt. Detta är även viktigt ur ett planeringsperspektiv. Landstingen måste kunna försäkra sig om att vården bedrivs på ett tillfredsställande sätt med avseende på kostnader, effektivitet, säkerhet och kvalitet. Detta är viktigt inte bara för enskilda åtgärder utan blir också allt viktigare vad gäller hela vårdkedjor, processer och patient-

grupper. I nämnda proposition togs landstingens missnöje med dåvarande uppföljningsmöjligheter upp och lagändringar föreslogs för att stärka den möjligheten (s. 58 ff.). Landstingen ansågs ha bättre uppföljningsmöjligheter vad gäller läkare och sjukgymnaster med vårdavtal.

Enligt ersättningslagarna är privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster skyldiga att medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren respektive sjukgymnasten ska årligen lämna uppgifter till landstinget om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförd vård eller behandling och antalet patientbesök. Detta stämmer överens med 2 e § HSL som säger att där det bedrivs hälso- och sjukvård ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Sedan den 1 april 2009 har nämnda bestämmelser i ersättningslagarna ändrats i enlighet med förslagen i regeringens proposition. På begäran av landstinget måste nu privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster lämna upplysningar samt visa upp journal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient (26 § LOL och 25 § LOS). På så vis ska landstingen nu kunna ta del av journalhandlingar och annat för att kunna verifiera att besöken har ägt rum och att vidtagna åtgärder stämmer överens med den ersättning som begärts. De identifierbara patientuppgifterna gör det också möjligt att följa upp hela vårdprocesser.

Enligt *lagen (1998:543) om hälsodataregister* måste alla vårdgivare, både offentliga och privata, rapportera uppgifter till de nationella hälsodataregistren på Socialstyrelsen. Registren är viktiga förutsättningar för forskning och uppföljning samt öppna jämförelser av hälso- och sjukvården på nationell nivå. Från den öppna vården saknades ca 3 miljoner privata läkarbesök i patientregistret för år 2005 (prop. 2008/09:64 s. 57). I samband med ändringarna i LOL den 1 april 2009 infördes därför en bestämmelse som förtydligar att läkare är skyldiga att rapportera uppgifter till nationella hälsodataregister. Tiden kommer att utvisa om de nya bestämmelserna leder till bättre uppföljningsmöjligheter för landstingen.

### 3.6.6 Regleringarnas utveckling

År 1994 var det möjligt för läkare och sjukgymnaster att fritt etablera sig med rätt till offentlig ersättning. Större delen av de läkare och sjukgymnaster som i dag verkar med rätt till ersättning enligt

den nationella taxan etablerade sig under denna tid. I samband med att landstingen tog över ansvaret för finansiering och administration av ersättning till privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster infördes de så kallade ersättningslagarna, LOL respektive LOS. Lagarna trädde i kraft den 1 januari 1994 och reglerar privatpraktiserande läkares och sjukgymnasters rätt till ersättning från det offentliga. Lagarna gäller inte de privata vårdgivare som har vårdavtal med landstinget.

Åren 1994–1995 prövades ett husläkarsystem i Sverige och *lagen (1993:588) om husläkare* trädde i kraft den 1 januari 1994. Landstingen skulle före utgången av 1995 genomföra husläkarreformen. Genom lagen fick invånare möjlighet att välja en viss allmänläkare, offentligt praktiserande eller privat, såsom fast primärvårdskontakt. Läkare som ville verka som husläkare skulle anmäla detta till landstinget senast sex månader innan verksamheten skulle påbörjas. Större delen av ersättningen för verksamheten bestod av en fast ersättning per individ som betalades ut av landstinget, medan återstående del utgjordes av patientavgifter. Förhållandevis omgående kritiserades husläkarlagen för att vara för läkarinriktad och för att den inte behandlade primärvården i dess helhet.

Med avsikten att tillförsäkra landstingen kostnadskontroll över den ökande etableringen av läkare och sjukgymnaster med rätt till ersättning enligt LOL respektive LOS, infördes i ersättningslagarna den 1 januari 1995 ett krav på att ingå samverkansavtal med landstingen vid nya etableringar. Samma krav infördes även i husläkarlagen den 1 januari 1995 för att inskränka den fria etableringsrätten. I och med detta upphörde den fria etableringsrätten med offentlig finansiering. Efter förslag i propositionen *Primärvård, privata vårdgivare m.m.* (prop. 1994/95:195) avskaffades husläkarlagen den 1 januari 1996. Enligt övergångsbestämmelser omfattas de husläkare som etablerade sig med stöd av husläkarlagen nu av LOL.

Tidigare hade privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster som fyllt 70 år vid ett vård- eller behandlingstillfälle inte rätt till läkarvårdsersättning eller sjukgymnastikersättning, om inte landstinget medgav annat. Denna åldersgräns i ersättningslagarna avskaffades från och med den 1 juli 2007, efter förslag i propositionen *Avskaffande av åldersgränsen för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster* (prop. 2006/07:97).

Den 1 april 2009 infördes bestämmelser i LOL och LOS om att landstingen måste tillämpa upphandling enligt LOU eller valfritetssystem enligt LOV vid ingående av både vårdavtal och sam-

verkansavtal, med undantag för några specifika situationer (5 § LOL och LOS). Vårdavtalen har redan tidigare ingåtts efter upphandling, så i just det hänseendet är bestämmelserna snarare ett förtydligande än ett nytt krav. Kravet på upphandling och valfrihetssystem infördes i ersättningslagarna delvis för att tillmötesgå EU-kommissionen som i en formell underrättelse den 21 mars 2007 ifrågasatte de svenska myndigheternas tilldelningsförfarande för samverkansavtal till sjukgymnaster utan föregående annonsering.

Den 1 april 2009 infördes, som tidigare nämnts, på samma sätt i ersättningslagarna en möjlighet för privata vårdgivare att överlåta sin verksamhet till någon annan genom så kallad ersättningsetablering. Detta sker genom att vårdgivaren säger upp sin rätt till ersättning från den nationella taxan, i syfte att i stället göra det möjligt för den övertagande vårdgivaren att få rätt till sådan ersättning genom att ingå samverkansavtal med landstinget. Vid en sådan ersättningsetablering ska landstingen behandla sökande på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt samt iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet (5 c § LOL och LOS) i enlighet med EG-rätten.

Sedan 1995 sluts få samverkansavtal med privata vårdgivare. År 2008 fick 1 078 läkare och 1 419 sjukgymnaster, ersättning enligt den nationella taxan, enligt en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2009a). Sedan 1995 har antalet läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan, med enstaka undantag, gradvis minskat. Ett skäl till denna minskning skulle kunna vara att landstingen föredrar att i stället ingå vårdavtal med de externa vårdgivarna, eftersom landstingen på så vis har större möjlighet att styra över vårdens innehåll. De privata vårdgivarna menar dock att vårdavtalen inte ger långsiktiga förutsättningar för att bygga upp och driva en verksamhet eftersom vårdavtalen är just tidsbegränsade (dir. 2008:72).

### **3.7 Några svagheter i hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering**

Utredningen har i sin genomgång av hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering observerat några svagheter som särskilt bör beaktas. Dessa redovisas nedan och relateras dels till hälso- och sjukvårdens mål och dels till den målbild för hälso- och sjukvårdens organisering som presenterades i kapitel 2.

## Målen enligt HSL

Målen för hälso- och sjukvården är enligt *hälso- och sjukvårdslagen* (1982:763), HSL, en god vård på lika villkor för hela befolkningen (2 §). Lagens krav om god vård innebär att den ska: 1) vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen; 2) vara lätt tillgänglig; 3) bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet; 4) främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen; 5) tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (2 a §).

Socialstyrelsen har nu i den senaste Hälso- och sjukvårdsrapporten (2009) analyserat tillståndet i svensk hälso- och sjukvård utifrån de sex övergripande målen från den *nationella strategin för God vård*, det vill säga att den ska vara: patientfokuserad, säker, kunskapsbaserad, jämlik, effektiv samt ges i rimlig tid.<sup>6</sup> Slutsatsen är att olika delar av vården och olika landsting är bra på vissa av dessa aspekter och sämre på andra. Det finns således en förbättringspotential på många områden i svensk hälso- och sjukvård. Jämfört med många andra utvecklade länder kan Sverige sägas ha en säker, kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård. Vi är däremot sämre på patientfokus och tillgänglighet.

## Utredningens målbild

Utredningen har i kapitel 2 lagt fram en målbild över vad som bör vara kännetecknande för den svenska sjukvårdens organisering. Där anges att: *Hälso- och sjukvården bör organiseras som ett integrerat och gemensamt finansierat system präglad av patientfokus, mångfald och innovationskraft*. Denna målbild kan relateras till kraven i hälso- och sjukvårdslagen på god vård och målområdena i strategin God vård. Att sjukvårdens system är integrerade med varandra krävs enligt utredningen bland annat eftersom vården ska vara säker och kunskapsbaserad var den än ges i Sverige. Att den är gemensamt finansierad är en förutsättning för att den ska vara jämlik (och

---

<sup>6</sup> De sex målområdena fastställdes 2006 i handboken till Socialstyrelsens föreskrift för ledningssystem (SOSFS 2005:12) God Vård och har också antagits av staten och landstingen i den nationella strategin för God vård.



bidrar sannolikt även till att den är effektiv). Patientfokus är ett mål i sig och det övergripande syftet med hela utredningen.

Patientfokuset förutsätter att vårdens olika delar är integrerade med varandra och snabbt tillgängliga för patienten. Målen mångfald och innovationskraft nämns inte i hälso- och sjukvårdslagen och utgör därmed inga målområden i God vård-strategin. Utredningens förslag, enligt direktiven, ska dock leda till att förutsättningarna för en mångfald av vårdgivare förbättras. Vi menar också att mångfald ger ökade förutsättningar för förbättrat patientfokus och tillgänglighet samt även för ökad innovationskraft. Ökad innovationskraft innebär i sin tur att förbättringar kan åstadkommas på alla målområden inklusive medföra en mer effektiv vård (se exempelvis Ekonomistyrningsverket 2006).

### 3.7.1 Svagheter i olika delar av vården

#### Patientfokuserad vård

Socialstyrelsens definition av en patientfokuserad hälso- och sjukvård är att den bygger på respekt för människors lika värde, den enskilda människans värdighet och individens självbestämmande och integritet (Socialstyrelsen 2008b). Vidare innebär det att patienten bemöts utifrån sitt sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Den planeras och genomförs i samråd med individen. Olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheten till oberoende i det dagliga livet stärks. Allt detta förutsätter en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående (Socialstyrelsen 2009).

Forskningen visar att bemötande och ett patientcentrerat arbetssätt har en positiv inverkan på behandlingsresultat. Enligt de patient- och medborgarenkäter som landstingen utför anser patienterna att personalen visar respekt. De anser dock inte i lika hög grad att de har fått information om den egna sjukdomen och om alternativa behandlingsmetoder.

Av de specialbearbetningar av SKL:s vårdbarometer som Socialstyrelsen har låtit genomföra framgår att patienternas betyg på vården har förbättrats mellan 2002 och 2008. Andelen patienter som var "nöjda med vården" som helhet, som ansåg att "vårdpersonalen visade respekt" och som var "nöjda med informationen

de fick om sin sjukdom av personalen” ökade för varje år. Andelen nöjda patienter var varje år högst för dem som besökt privat specialistläkare, näst högst för dem som besökt annan mottagning eller klinik på sjukhus, näst lägst för dem som besökt vårdcentral, husläkarmottagning m.m. och lägst för dem som besökt akutmottagning. Patienternas betyg på de olika delarna av sjukvården har blivit alltmera lika, framför allt därför att betyget på akutmottagningarna har förbättrats mer än betygen för övriga delar.

### Tillgänglig vård

Tillgängligheten i svensk hälso- och sjukvård har länge ansetts vara ett problem. Det har framför allt gällt framkomlighet per telefon och väntetider till besök och behandling. Det är också det som vanligen mäts.

Enligt Socialstyrelsen anser en av fyra att de inte har tillgång till den vård de behöver och en av fem avstår från att söka vård trots att de anser sig ha behov av det (Socialstyrelsen 2009). Andelen personer som tyckte att det var lätt att få tillgång till en allmänläkare var 63 procent i Sverige och därmed lägst av alla EU-länder (samma källa).

Tillgängligheten skiljer sig relativt mycket mellan olika landsting och mellan olika delar av vården. Enligt SKL:s vårdbarometer är framkomligheten per telefon bäst till de privata specialistläkarna, näst bäst till akutmottagningarna och sämst till vårdcentralerna och husläkarmottagningarna. Framkomligheten per telefon har förbättrats i alla delar av vården mellan 2002 och 2007 och mest till vårdcentralerna. Väntetid på besök till specialistläkare har förbättrats något mellan 2006 och 2008, medan väntetid på behandling har försämrats något under den perioden. I slutet av 2008 slöt dock staten och SKL en överenskommelse om en så kallad *kömiljard* som ger landstingen möjlighet att dela på 900 miljoner kronor om 80 procent av patienterna får träffa en specialist inom 90 dagar, respektive påbörja behandling inom ytterligare 90 dagar. De landsting som klarar målsättningen för 90 procent av patienterna får dela på ytterligare 100 miljoner kronor (SKL 2008b). Enligt Socialdepartementets halvtidsavstämning den 10 juni 2009 har kömiljarden lett till att väntetiderna halverats mellan september 2008 och april 2009, både för att träffa en specialist och för att påbörja behandling (Socialdepartementet 2009). Det kan dock bli svårt att upprätthålla kortare

väntetider under hela året eftersom väntetiderna generellt sett är längre under sommarmånaderna samtidigt som överbeläggningarna inom den slutna sjukvården då också är som störst. Förutom att överbeläggningarna i slutenvården under semestermånaderna leder till längre väntetider i hela hälso- och sjukvårdssystemet, medför de även försämrade kontinuitet och säkerhet för patienten.

### Säker vård

I ett internationellt perspektiv har Sverige en relativt säker vård. Samtidigt är det systematiska patientsäkerhetsarbetet inom den svenska sjukvården ännu bara i början av sin utveckling, enligt Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2009). Nästan var tionde patient skadades i den somatiska (kroppsliga) slutenvården i Sverige (Socialstyrelsen 2008c). Närmare två tredjedelar av vårdskadorna uppstod inom de kirurgiska verksamhetsområdena och knappt en tredjedel inom internmedicinsk verksamhet. 5 procent av vårdskadorna uppstod i primärvården. De vanligaste skadorna var skador på organ, infektioner, psykiskt lidande eller smärttillstånd samt blödningar (i fallande ordning). De vanligaste orsakerna till vårdskador var brister i samband med operation, bland annat bristande hygien. Den näst vanligaste orsaken var brister i läkemedelsbehandling. Utebliven eller försenad diagnos var också en vanlig orsak till vårdskada. Av det kan slutsatsen dras att dålig tillgänglighet även är en säkerhetsrisk. I genomsnitt leder en vårdskada till sex extra vårddygn, vilket omräknat för alla vårdtillfällen i den somatiska slutenvården i Sverige medför 105 000 vårdskador och 630 000 extra vårddygn. Dessutom beräknas mer än 50 000 extra besök i öppenvården tillkomma.

Enligt Socialstyrelsen tyder mycket på att patientens delaktighet i vården har stor betydelse för en säker vård och ett bra resultat och att sammanhållna vårdprocesser och vårdkedjor är av särskild betydelse för patientsäkerheten.

### Kunskapsbaserad vård

Enligt Socialstyrelsen har Sverige, i en internationell jämförelse, kommit relativt långt vad gäller att använda nationella kunskapsunderlag och riktlinjer som en grund för kunskapsstyrning. Däremot finns det svagheter både i form av överlappningar mellan

myndigheternas ansvar och brister i samordningen på såväl nationell som regional och lokal nivå. Flera europeiska länder har genomfört strukturförändringar för att minska antalet kunskapsproducenter. På så sätt har dubbelarbetet minskat och informationens avsändare blivit tydligare. Socialstyrelsens riktlinjer har implementerats framgångsrikt i den slutna vården men inte lika väl i primärvården. Enligt Socialstyrelsen beror det bland annat på att patienter som behandlas inom de öppna vårdformerna ofta är äldre och många gånger har flera sjukdomar samtidigt. Då är det svårare att tillämpa rekommendationer som utgår från att patienten har en diagnos. En annan anledning kan vara att företrädare för allmänmedicinen inte är lika involverade i att utveckla riktlinjer som specialisläkarna är (Socialstyrelsen 2009).

I en rapport om läkemedelsförsäljningen i Sverige konstateras att en liten del av skillnaden mellan landstingen förmodligen kan härledas till att privatläkarna är sämre på att följa läkemedelsrekommendationer jämfört med landstingsanställda läkare (Socialstyrelsen 2008a). Man hänvisar till en rapport av hälso- och sjukvårdsledningarna i Skåne och en forskargrupp från Lunds Universitet från 2006 i vilken man konstaterar att följsamheten till rekommendationen för statinförskrivning var 62 procent bland offentligt anställda läkare, 51 procent bland privatläkare som hade avtal med landstinget och 47 procent för dem som verkade inom ramen för LOL. Enligt Socialstyrelsen är dock dessa skillnader begränsade sett till hela riket. En mer allmängiltig förklaring till variationerna är lokala terapitraditioner och hur läkemedelsföretagens marknadsföring balanseras med producentobunden information i olika grad.

Enligt Socialstyrelsen är den säkraste metoden för att kunskapsunderlag ska få genomslag att integrera riktlinjer och vårdprogram i elektroniska journaler och beslutsstöd. Beslutsstöd kan vara både datoriserade riktlinjer och information om en specifik patient. De kan användas under pågående patientkonsultation, före eller efter ett patientbesök och under vidareutbildning (Socialstyrelsen 2009).

### **Integrerad vård**

Det är svårt att få en överblick över de variationer som förekommer kring hur hälso- och sjukvården är organiserad i Sverige. Det beror framför allt på att ansvaret för sjukvården är decentraliserat till 20 landsting och 290 kommuner. Alla landsting och kom-

muner organiserar sin sjukvård på olika sätt. Även vad gäller vården inom ett landsting, kan det vara svårt att få en överblick.

Traditionellt har dock sjukhusvården varit hierarkiskt och vertikalt organiserad i avdelningar och underavdelningar efter olika funktioner, ofta benämnt *stuprör* (Lantz och Wäreborn Schultz 2006). Patienter förflyttar sig dock ofta horisontellt mellan olika avdelningar i en process eller vårdkedja allteftersom undersökning, diagnos, behandling och rehabilitering fortskrider. Att vården inte är organiserad horisontellt utifrån patientens behov anges ofta som ett stort problem i litteraturen och av patienter och deras företrädare. Det verkar vara särskilt svårt att etablera vårdkedjor som säkerställer en smidig och säker vård i övergångarna mellan olika vårdgivare eller mellan kommun och landsting (Striem 2007).

SKL pekar i rapporten *Utvecklingen i hälso- och sjukvården – struktur och arbetsätt för bättre resultat* (2009) på att den kanske mest angelägna förändringen i framtiden är att bättre samordna insatser utanför sjukhusen för de mest sjuka äldre. Så länge som en patient har en sjukdom i taget och är kapabel att medverka aktivt fungerar den specialiserade vården bra och kan drivas isolerat. Men många patienter har flera samtidiga sjukdomar, oklara symptom och problem som saknar diagnos eller har behov av långvarig rehabilitering. Det ställer helt andra krav på vårdssystemet som helhet och på processer. Det är särskilt viktigt i livets slutskede då patienten inte kan medverka aktivt själv. För dessa patienter krävs att vårdinsatser från sjukhus och primärvård samordnas med kommunernas vård och omsorg (SKL 2009b).

Ett hinder för att åstadkomma en integrerad vård är att landstingen och även olika vårdgivare har olika IT-system för patientdokumentation som inte kommunicerar särskilt bra med varandra och där sekretessregler inte heller gjort det möjligt tidigare. Den 1 juli 2008 infördes dock en ny *patientdatalag* (2008:355). Den ger vårdpersonalen möjlighet att efter patientens medgivande få tillgång till journalinformation från andra vårdgivare. Programmet *Nationell patientöversikt* är en del av den nationella IT-strategin och syftar till att göra patientinformation tillgänglig för behörig personal över organisationsgränserna. Information om diagnoser, provresultat, läkemedelsordinationer och vårdplaner blir då tillgängliga för anslutna huvudmän. Örebro läns landsting och Örebro kommun är först ut och kommer att genomföra provdrift under 2009 (SKL 2009b).

## Mångfald i vården<sup>7</sup>

Med mångfald i vården menar vi att sjukvårdssystemet omfattar vårdgivare som både har olika driftsform och storlek och som driver vården med olika inriktning. Nedan redovisar vi framför allt uppgifter om driftsform och storlek. Att vi inte skriver om inriktning beror på att det saknas sammanställningar i det avseendet.

Vårdens organisation har förändrats under 1990- och 2000-talen genom att många landsting och kommuner har infört beställar- och utförarmodeller, konkurrensutsatt delar av vården och introducerat valfrihetssystem. Därmed har mångfalden i vården ökat, om än i olika grad i olika delar av Sverige.

De flesta företag inom hälso- och sjukvården är små. Samtidigt arbetar merparten av de privatanställda i något av de få stora företag som finns. Det är också de största företagen med fler än 250 anställda som har vuxit snabbast sedan 1993. Trots att de företagen är så få till antalet, sysselsätter de drygt 50 000 personer eller 43 procent av de anställda i vård- och omsorgsföretagen år 2007, vilket innebär en ökning från 28 procent år 1993. De största koncernerna är i dag Praktikertjänst, Capio och Carema med cirka 10 000 anställda vardera. Aleris som har över 5 000 anställda har huvuddelen av sin verksamhet i den kommunala sektorn. År 2004 hade 96 procent av företagen färre än 50 anställda och 90 procent av företagen var så kallade mikroföretag med upp till tio anställda.

Merparten av de privatanställda i vård- och omsorgssektorn arbetar med omsorgsverksamhet och har kommunen som huvudman – i särskilda boenden eller med öppna sociala insatser.

Av de privatanställda som arbetar med sjukvård var drygt 16 000 personer sysselsatta i något av de cirka 2 500 företag som fanns inom den öppna hälso- och sjukvården år 2007. Det innebar en fördubbling av antalet sysselsatta och mer än en fördubbling av antalet företag inom den öppna hälso- och sjukvården sedan 1993.

Av landets 1 074 vårdcentraler, drevs totalt 331 vårdcentraler i privat regi år 2008. Det betyder att ungefär 30 procent av landets alla vårdcentraler var privat drivna. Endast i Stockholms och Västmanlands läns landsting är över hälften av vårdcentralerna privat drivna (56 respektive 54 procent) (SKL 2009c).

Den privat drivna slutna hälso- och sjukvården sysselsatte närmare 8 000 personer år 2007. Det innebar en minskning sedan 2001. En anledning till detta är sannolikt den så kallade *stopplagen*

<sup>7</sup> Uppgifterna är hämtade från Nutek (2008) med uppdateringar från Tillväxtverket (2009).

som var i kraft mellan 2001 och 30 juni 2007 (Nutek 2007). Lagen innebar bland annat att i de fall landstingen överlät ett sjukhus till en privat entreprenör, fick ingen vinst göras i företaget och inga försäkringspatienter tas emot (prop. 2006/07:52).

Det är stora regionala skillnader i hur pass omfattande den privat drivna vård- och omsorgsverksamheten är. Det finns i särklass störst andel privat driven verksamhet i Stockholms län (34 procent) medan minst andel sådan verksamhet förekommer i de tre nordligaste länen dvs. Västernorrlands-, Västerbottens- och Norrbottens län (8–9 procent). Det är dock troligt att antalet privat drivna vårdcentraler kommer att öka från och med år 2010 när det blir obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem i primärvården.

Av de sammanlagt 696 000 personer som är sysselsatta inom vård och omsorg är 84 procent kvinnor. Det fanns 8 000 kvinnliga företagare inom vård och omsorg och närmare 5 800 manliga företagare år 2006. Därmed var 58 procent av vård- och omsorgsföretagarna kvinnor. Det är fler än antalet företagare i övriga näringslivet men proportionellt sett färre i förhållande till antalet kvinnor sysselsatta inom vård och omsorg. De kvinnliga företagarna har framför allt företag inom delbranschen ”annan hälso- och sjukvård” som omfattar sjukgymnastik och rehabilitering. Inom delbranschen ”öppen hälso- och sjukvård” är antalet manliga företagare fler än antalet kvinnliga.

Den snabba ökningen av privat driven men offentligt finansierad vård som främst skedde under 1990-talet har huvudsakligen skett genom vinstdrivna vårdföretag. Utöver dessa finns det även ideella vårdgivare såsom ideella organisationer och kooperativ. Ideella organisationer använder sig ofta av företagsformen ideell förening, men kan även finnas som ekonomiska föreningar eller aktiebolag. År 2006 fanns det 540 ideella föreningar som sammanlagt sysselsatte 11 000 personer.

### **Innovationer i vården**

Innovationer innebär att ny kunskap och kompetens kommer till nytta i form av varor, tjänster, processer och organisatoriska lösningar. I många tjänstebranscher har organisatoriska innovationer bidragit till stora produktivitets- och effektivitetsvinster. Även hälso- och sjukvården har gjort effektivitetsvinster under 2000-talet genom att förbättra olika system och processer. Potentialen för

fortsatta produktivets- och effektivitetsförbättringar är fortsatt stor, framför allt i form av bättre logistik och ökad standardisering (SKL 2009b). Trycket på effektivitetsförbättringar är dessutom stort när efterfrågan ökar i takt med att befolkningen åldras och behandlingsmetoderna förbättras, samtidigt som tidigare finansieringsmöjligheter i form av skattehöjningar är begränsade.

Effektiviteten kan exempelvis förbättras genom ett ökat patientfokus. Om vården organiseras utifrån patientens väg mellan olika moment i vårdprocessen – som undersökning, behandling och rehabilitering – kan väntetiderna kortas vilket både medför en friskare patient och lägre kostnader för vården, dvs. högre effektivitet.

Enligt Ekonomistyrningsverket har konkurrensutsättning lett till effektivitetsvinster både i form av lägre kostnader och högre kvalitet. Effektivitetsvinsterna beror t.ex. på förbättrat ledarskap, mer ändamålsenlig organisation, effektivare användning av utrustning samt högre motivation hos personalen. (Ekonomistyrningsverket 2006). Ekonomistyrningsverket drar slutsatsen att det är konkurrensen i sig som är viktig för utvecklingen snarare än om utföraren är privat eller offentlig. Det förutsätter att de innovationer som sker anammas av övriga verksamheter inom samma område. Konkurrensverket redovisar i en studie av landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting som menar att etableringen av S:t Görans sjukhus har stimulerat utvecklingen inom Stockholms läns landsting. Det gäller bland annat utvecklingen av vårdavtalens utformning och ersättningssystemens tillämpning (Konkurrensverket 2005).

## Referenser

- Ekonomistyrningsverket. 2006. *Effektivare offentlig verksamhet med privat medverkan. Om konkurrensutsättning och styrning av offentlig verksamhet i privat regi.*
- Kommittédirektiv (2008:72). *Tilläggsdirektiv till utredningen om patientens rätt.*
- Landstingsförbundet. 1998. *Offentligt finansierad privat öppen vård 1998. Omfattning och inriktning.*
- \_\_\_\_\_. 1999. *Offentligt finansierad privat öppen vård 1999. Omfattning och inriktning.*
- \_\_\_\_\_. 2000. *Offentligt finansierad privat öppen vård 2000. Omfattning och inriktning.*



- \_\_\_\_\_. 2001. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2001.*
- \_\_\_\_\_. 2002. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2002.*
- \_\_\_\_\_. 2003. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2003.*
- Lantz, Kjell-Åke och Charlotte Wäreborn Schultz. 2006. *Riv Stuprören, från stuprörssambälle till flödessambälle.* Konsultförlaget Uppsala publishing house.
- Nutek. 2007. *Företagens framväxt i vård och omsorgssektorn- Kartläggning av företagen och företagandet inom vård och omsorg.*
- \_\_\_\_\_. 2008. *Förslag till handlingsprogram för entreprenörskap och förnyelse i vård och omsorg 2009–2013.*
- OECD. 2008. *Statistics and Indicators for 30 Countries.* OECD. Paris.
- Regeringens proposition (1994/95:195). *Primärvård, privata vårdgivare m.m.*
- \_\_\_\_\_. (2006/07:97). *Avskaffande av åldersgränsen för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster.*
- \_\_\_\_\_. (2006/07:52). *Driftsformer för sjukhus.*
- \_\_\_\_\_. (2008/09:29). *Lag om valfribetssysteme.m*
- \_\_\_\_\_. (2008/09:64). *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare, m.m.*
- Socialdepartementet. 2007. *Hälso- och sjukvården i Sverige.* Faktablad. Nr. 14. Socialdepartementet.
- \_\_\_\_\_. 2009. *Kömiljard för vård i rätt tid.*
- Socialstyrelsen. 2004. *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*
- \_\_\_\_\_. 2005. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.* SOSFS 2005:12.
- \_\_\_\_\_. 2008a. *Läkemedelsförsäljningen i Sverige analys och prognos.*
- \_\_\_\_\_. 2008b. *Nationella indikatorer för god vård. Diskussionsunderlag.*
- \_\_\_\_\_. 2008c. *Vårdskador inom somatisk slutenvård.*
- \_\_\_\_\_. 2009. *Hälso- och sjukvårdsrapport.*
- SOU 2003:7. *Åldersgränser och ersättningsetablering.*
- Statistiska centralbyrån. 2009. *Hälsoräkenskaper för 2001–2007.* www.scb.se. besökt 2009-09-29
- Striem Jörgen. 2007. *Sjukvårdens huvudprocesser – en reflektion över utvecklingen.*

- Sveriges Kommuner och Landsting, 2004. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2004.*
- \_\_\_\_\_. 2005. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2005.*
- \_\_\_\_\_. 2006. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2006.*
- \_\_\_\_\_. 2007. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2007.*
- \_\_\_\_\_. 2008a. *Svensk sjukvård i internationell jämförelse.*
- \_\_\_\_\_. 2008b. *Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om en nationell satsning för en fungerande vårdgaranti.*
- \_\_\_\_\_. 2009a. *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2008.*
- \_\_\_\_\_. 2009b. *Utvecklingen i svensk hälso- och sjukvård – struktur och arbetssätt för bättre resultat.*
- \_\_\_\_\_. 2009c. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008 – Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner.*
- \_\_\_\_\_. 2009d. *Redovisning av landstingens krav på remiss i öppen vård – juli 2009. Dnr 09/2495.*
- WHO. 2008. *Primary Health Care – Now More Than Ever.* WHO. Genève.

## 4 Patientens ställning i öppenvården

### 4.1 Inledning

För att kunna uttala sig om hur patientens ställning kan stärkas, oavsett om det gäller primär-, öppen- eller slutenvård, finns det anledning att påminna om att själva begreppet *patient* innefattar olika individer med olika behov. En patient kan vara kvinna eller man, vuxen eller barn, svensk eller utrikes född. Listan kan göras lång. Med andra ord är *patient* inte en beteckning på en enhetlig grupp individer, utan innehåller ett brett spektrum av individer med olika behov. Därför blir frågan om hur patientens ställning kan stärkas i den öppna hälso- och sjukvården flerdimensionell. Det innebär att det inte finns ett enda bästa sätt att stärka patientens ställning. Eftersom patienter är olika och deras behov är av olika karaktär, bör lösningarna också vara olika. Detta kapitel ämnar redogöra för olika situationer där patientens ställning är onödigt svag och som följaktligen kan åtgärdas med relativt små medel. Vidare förs en diskussion rörande olika aspekter av en stärkt patientställning och hur dessa, av olika anledningar, emellertid kan vara tveeggade.

Kapitlet börjar med en övergripande redogörelse för olika situationer där patientens ställning av olika anledningar kan betraktas som svag. Därefter beskrivs systematiska skillnader utifrån olika perspektiv såsom regionala, kön och socioekonomiska. Slutligen anförs kort något om tidigare insatser för att förbättra patientens ställning samt en diskussion kring aspekter som fortfarande måste åtgärdas för att i reella termer kunna tala om en stärkt ställning för patienten.

## 4.2 Områden där patientens ställning är svag

Det urval av områden där patientens ställning kan sägas vara onödigt svag och som redovisas i detta kapitel har gjorts på olika grunder. Kort sammanfattat är urvalet baserat på frekvent återkommande teman som förekommit i de dialoger som utredningen har fört med olika representanter för vården. De omfattar såväl offentliga såsom privata vårdgivare och olika patientföreningar. Vidare är dessa områden frekvent förekommande i relevant forskning som tillsammans med ovan nämnda grupper, utgör grunden för detta kapitel.

Med det sagt, avser kapitlet inte att vara en uttömmande källa kring de svårigheter som patientens ställning i öppenvården omgärdas av. Syftet är snarare att, utan inbördes rangordning, beskriva områden där patientens ställning kan anses vara onödigt svag samt att identifiera åtgärder som kan motverka detta.

Kapitlet är indelat i tre huvudsakliga avsnitt. Det första är en redogörelse för områden där patientens ställning av olika anledningar är onödigt svag. Därefter följer ett avsnitt som presenterar systematiska skillnader ur ett patientperspektiv i hälso- och sjukvården. Slutligen pekar det sista avsnittet på angelägna områden att åtgärda för att stärka en onödigt svag ställning för patienten.

### 4.2.1 Begränsade valmöjligheter

Möjligheten för patienten att fritt välja vårdgivare är ett bra exempel på en starkt ställning för patienten. Valfriheten förutsätter dock att det finns tillgängliga alternativ att välja mellan – oavsett driftsform så länge de verkar med offentlig finansiering. I de landsting där utbudet och därmed valmöjligheterna är små, har patientens ställning emellertid inte stärkts i detta avseende. Vidare bidrar olika utbud av vårdgivare i landstingen till regionala skillnader i vården som slutligen kan resultera i ojämlik vård.<sup>1</sup> Patientens ställning försvagas snarare än stärks i situationer där denne är beroende av en vårdgivare. En valfrihet i vården förutsätter att det inte bara finns alternativ att tillgå, dessutom bör alternativen vara av olika karaktär. Detta eftersom två snarlika alternativ att välja mellan, inte

---

<sup>1</sup> Det bör dock noteras att landstingens storlek och demografiska sammansättning är faktorer som påverkar ett landstings vårdutbud, även om den kommunala skatteutjämningen bland annat syftar till att motverka stora regionala skillnader.

utgör valfrihet i avseendet en stärkt ställning för patienten. Det betyder att hälso- och sjukvården bör präglas av en mångfald av vårdgivare för att stärka patientens ställning avseende valfrihet.

Likt många andra offentligt finansierade verksamheter, hämtar hälso- och sjukvården alltmer inspiration från det privata näringslivet och marknaden. Även om likheter och lärdom finns att hämta därifrån (se exempelvis IHI 2005), finns det fortfarande skillnader när det kommer till jämförelsen mellan patienter och konsumenter som aktörer. För patienten innebär en mångfald av aktörer i teorin att patienten ska kunna välja mellan substantiellt olika alternativ för att kunna påverka dels vårdens utformning och dels innehållet. I utredningen *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*, framhålls att mångfald i första hand bör vara ett medel för att uppnå ”*de inom medicinen, sjukvården och i den sociala omsorgen önskade målen.*” (SOU 2007:37). Vidare pekar samma utredning på den inneboende problematiken i och med att marknadstänkande införs i hälso- och sjukvården. I samband med att vårdtjänster återkommande ska öppnas för konkurrerande upphandling riskerar patienten att förlora kontinuitet med dessa vårdtjänster. Däremot har konkurrens mellan vårdgivare visat sig bidra till bland annat kostnadseffektivisering. Med andra ord finns både vinster och förluster att beakta i samband med upphandling. Det är även en fråga om tillämpning av lagstiftningen då inget exempelvis hindrar upphandlandet av vårdkedjor för att väga upp eventuella kontinuitetsförluster.

En parallell mellan ökad valfrihet i vården och konsumentmakt kan göras här. En viktig skillnad mellan konsumentmakt och patientmakt är dock konsumentens möjlighet att inhämta och tolka information inför ett köp samt de rättigheter som följer av *konsumentköplagen* (1990:932). Medicin är ett i högre grad komplicerat område för en enskild individ att sätta sig in i och förstå. Dessutom är kännedomen om vart man kan vända sig med klagomål begränsad i dag (SBU 2008). När reformeringen av vården alltmer går mot en marknadsorienterad riktning är svårigheten att *vård* inte är en begränsad produkt. Vård är snarare ett samarbete och en samverkan mellan olika professioner och aktörer inom vården och produkter såsom mediciner, hjälpmedel samt patientens egen delaktighet och kunskap om sitt hälsotillstånd. Risken är följaktligen att vård behandlas och marknadsförs som en begränsad och isolerbar tjänst för att uppnå god hälsa. Detta kan vara missvisande för patienterna, eftersom god hälsa inte är en produkt som kan köpas (Mol 2008). Med andra ord befinner sig patienten i ett stort kunskapsunderläge

jämfört med en konsument, även om dagens patienter är omvittnat bättre informerade om sitt hälsotillstånd än tidigare. Detta är samtidigt en av anledningarna till varför dagens och särskilt framtidens patienter ställer högre krav på vården att kommunicera och informera kring patientens tillstånd. Sammantaget kan inte vård anses vara en tydligt avgränsad tjänst, utan bör snarare betraktas som en pågående process med flera olika aktörer involverade och som inte alltid har en definierbar början eller slut. Däremot finns det gott om lärdomar och inspiration att hämta från marknaden avseende effektivisering och samordning i fråga om hälso- och sjukvårdens organisering.

Studier av konkurrensutsättning av vård har kunnat konstatera positiva effekter på produktivitet, effektivitet och kostnader (Nutek 2007). Patienters val kan dock inte likställas en professionell kvalitetsbedömning av vården såsom konkurrens om kunder på en traditionell marknad. I konkurrensutsättning av vård kan inte huvudmännen undslippa ansvaret att tillhandahålla medborgarna god vård på lika villkor genom att hänvisa till patienters ökade valfrihet. Det betyder att patienters val av vårdgivare inte är en tillräcklig garant för att huvudmännens krav på utföraren är uppfyllda. För att bibehålla en god vård och säkerställa kvaliteten krävs fortfarande att all vård, oavsett driftsform, kontinuerligt granskas. Detta, tillsammans med den första punkten, utvecklas ytterligare i kapitel 6.

#### 4.2.2 Komplexa vårdprocesser

Att hälso- och sjukvården är komplex i sin sammansättning och därmed svår att överblicka är ett tema som utredningen även berört i *Vårval i Sverige* (SOU 2008:37) och *Patientens rätt* (SOU 2008:127). Ur ett patientperspektiv kan detta vara problematiskt av olika anledningar. Två huvudsakliga problem som utredningen identifierat i samband med komplexa vårdprocesser är svårigheten för patienten att kunna överblicka sin egen vårdprocess. Det innebär emellertid även en svårighet att på egen hand organisera och samordna sin egen vård. Effekterna av detta kan vara ökade förväntningar på familj och närstående att i vissa fall samordna vården åt patienten.

I delbetänkandet *Patientens rätt* presenterade utredningen olika perspektiv och dimensioner av patientens ställning i vården. Del-

betänkandet berörde två överlappande områden beträffande en stärkt ställning för patienten i termer av kontinuitet och tillgänglighet till vård utanför primärvården när beslut av den typen av vård föreligger (SOU 2008:127, kap. 2). En viktig aspekt som utredningen presenterade i delbetänkandet var vikten av att ta hänsyn till att patienten och den vårdssituation som patienten befinner sig i, kan skilja sig åt. Två övergripande distinktioner kan göras mellan patientens situation och själva vårdssituationen. Patientens situation innefattar patienter som på en tänkt skala har liten respektive stor egen förmåga att själv samordna insatser från olika delar av vården. Vårdssituationen inbegriper emellertid en kort eller längre behandling eller vårdprocess. Följaktligen kan alltså en patient exempelvis stå inför en tidsbegränsad episod såsom en behandling, eller motsatt situation, att patienten befinner sig i en vårdprocess under en längre tidsperiod. Följande matris exemplifierar dessa två övergripande distinktioner i delbetänkandet *Patientens rätt*.

**Figur 4.1** Exempel på olika orsaker till en svag patientställning inom områdena tillgänglighet och kontinuitet

		Patientens förmåga att själv ta ett ansvar för vårdprocessens samordning	
		stor	liten
Typ av vård-situation	Inför en avgränsad episod	Låg tillgänglighet inom det egna landstinget till den beslutade insatsen och <b>få alternativa möjligheter</b> att få den inom rimlig tid.	Låg tillgänglighet inom det egna landstinget till den beslutade insatsen och <b>ingen hjälp</b> att hävda sin rätt eller att hitta till andra alternativ.
	I en vårdprocess	Litet inflytande över vårdinsatserna.	Litet inflytande över vården samt <b>ingen hjälp</b> med att samordna de olika vårdinsatserna.

Källa: SOU 2008:127 s. 43.

Komplexa vårdprocesser som är svåra att överblicka, försvårar för patienten att hålla samman och samordna sin egen vård. Är dessutom tillgängligheten i vissa delar av vårdprocessen låg, är patientens ställning svag.

Konsekvensen av detta förhållande är bland annat en obalans mellan patienter beroende på individuella förutsättningar. Dessutom riskerar förväntningarna att höjas på patientens familj och närstående att fatta beslut och ta ansvar för patienten. Detta måste inte nödvändigtvis vara något negativt, men det är inte en ideal situation för patienten då det kan äventyra dennes autonomi och individuella delaktighet. Det är även problematiskt i de fall då familj eller närstående saknas och av olika skäl inte kan träda in i en stödjande roll. Det kan finnas flera olika faktorer som spelar in i det ovan redovisade scenariot, men några faktorer som enligt utredningen påverkar detta förhållande negativt, återfinns i hälso- och sjukvårdens organisering. Vissa stuprörseffekter som en effekt av fragmenteringen kan till viss del påstås ha bidragit till ett förlorat patientfokus. Det betyder att införandet av möjligheten till att fritt välja vårdgivare samtidigt kräver en större frihet för en mångfald av vårdgivare att etablera sig. Likaså är en ökad samordning utifrån patientens och därmed individens behov en grundförutsättning för att stärka patientens ställning i situationer där den är onödigt svag.

#### 4.2.3 Patientens informations- och kunskapsunderläge

Även om patienter i allt högre utsträckning informerar sig om sitt tillstånd eller sjukdom genom olika kanaler, kan detta inte motsvara den samlade kunskap vårdprofessionen erhåller genom år av utbildning och erfarenhet. Denna asymmetri är dock att betrakta som något positivt och eftersträvansvärt. Vårdpersonalen ska alltså på legitima grunder befinna sig i ett kunskapsöverläge, men det bör däremot inte hindra patientens individuella delaktighet. Vad gäller informationsunderläget om vården hos patienten, är däremot en ökad symmetri mellan vårdpersonal och patienter eftersträvansvärt.

Ökad patientmakt välkomnas ofta i olika sammanhang och är att betrakta som något positivt av flera anledningar. Det finns dock eventuella mer strukturella konsekvenser av en ökad patientmakt värda att uppmärksamma ur jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv.

Detta kapitel inleddes med att påtala det breda spektrum av individer och därmed olika behov som återfinns bakom begreppet patient. I detta sammanhang finns det anledning att lyfta fram att den ökade patientmakten även innebär ett större ansvarstagande för



patienten vad gäller att informera sig. En del av logiken bakom valfriheten åtföljs av ett personligt ansvar för resultatet. Resurssvagare och sämre pålästa patienter kan således komma att gå miste om de fördelar som ökad patientmakt innebär. Det betyder att patientmakten omedvetet kan komma att bli ojämnt fördelad över patientunderlaget vilket är viktigt att uppmärksamma om syftet är att uppnå en god och dessutom rättvis vård (SBU 2008).

Ökad mångfald av vårdgivare och valfrihet för patienten, stärker ytterligare patientens ställning som nämnts tidigare. Valfriheten förutsätter också att potentiella patienter erbjuds adekvat och jämförbar information beträffande vårdgivarna. I mitten av 1990-talet framfördes kritik att valfrihetsdebatten i praktiken kommit att handla om ett producentperspektiv, vårdgivares etableringsmöjligheter, snarare än villkoren för patienternas val (Rosén 1996). Å ena sidan förutsätter mångfald tillsammans med ökad valfrihet adekvat information att kunna välja. Å andra sidan är det svårt att jämföra vård och för patienterna att bilda sig en korrekt uppfattning av underlaget bland annat på grund av det kunskapsunderläge de befinner sig i. Indikatorerna som har använts för att jämföra vårdgivarna kan kritiserars för att vara endimensionella då de ofta mäter kvantitativ data. Önskvärt vore indikatorer som bättre mäter process och resultat. Verktyg för att jämföra vård är fortfarande under utveckling både i Sverige och övriga världen. Följaktligen är underlaget, förutsättningarna och mätmetoderna inte alltid enhetliga och resultaten därför inte jämförbara.

För patienten är det fortfarande svårt att jämföra vårdens processer och resultat eftersom det saknas enhetliga mätmetoder och jämförbara kvalitativa mått. Mått såsom *tillgänglighet på telefon*<sup>2</sup> eller *helhetsintryck* säger väldigt lite eller ingenting om själva vårdkvaliteten eller om besök och behandling resulterade i god hälsa. Dessutom säger många av dagens kvantitativa mått som tillämpas för att jämföra vårdgivare väldigt lite eller inget om den faktiska vård som den aktuella vårdgivaren faktiskt erbjuder i förhållande till andra inom samma specialitet. Vidare besvaras inte frågorna *hur* eller *varför* i statistik som exempelvis anger minskad risk för infektioner vid sjukhusbesök eller minskad dödlighet i bröstcancer efter fem år. Den typen av kunskap kräver bland annat även mer kvalita-

---

<sup>2</sup> På vårdguidens hemsida [www.vardguiden.se](http://www.vardguiden.se) kan besökare jämföra vård, varav detta är indikatorer som mäts och genom publicering jämförs (Vårdguiden 2009).

tiva studier och mått och är viktig att återinföra i hälso- och sjukvården. Frågan diskuteras utförligare i kapitel 6.

#### 4.2.4 Bemötande

Den största ökningen av ärenden till patientnämnderna avser områdena *organisation, regler, resurser* respektive *bemötande, kommunikation, information* och de står för 43 respektive 41 procent av antalet ökade anmälningar (Socialstyrelsen 2009a). Ökningen är värd att notera, även om den snarare är regional än nationell, då antalet anmälningar skiljer sig åt mellan landstingen.

Sedan 1999 rapporterar landets patientnämnder om sin verksamhet till Socialstyrelsen en gång om året. Rapporteringen innehåller bland annat uppgifter om antalet ärenden och ärendetyp, vilka är följande tre: 1) *vård och behandling*, 2) *bemötande, kommunikation och information* och 3) *organisation, regler och resurser*. Socialstyrelsen har närmare studerat statistik från patientnämnderna i syfte att undersöka vilka typer av problem som patienter upplever i vården. Socialstyrelsen konstaterar i samma rapport bland annat att kvinnor i högre utsträckning än män anmäler missförhållanden. Dessutom har antalet ärenden till nämnderna ökat med 27 procent mellan år 2000 och 2007.

Beträffande patienters uttryck för, och mätningar av deras belåtenhet med vården finns det internationell jämförande forskning som framhåller vikten av kommunikation (Coulter & Fitzpatrick 2000). Vårdpersonalens roll som kommunikatörer av information till patienter tillskrivs lika stor vikt inom primärvården som i öppenvården i mätningar och enkäter av hur belåtna patienter är med vården. Ett annat framträdande tema i patientenkäter är att patienterna inte anser sig bli tagna på tillräckligt allvar av vårdpersonal. Internationella jämförande studier har även visat att oberoende vårdmodellsystem, alltså skillnader mellan nordamerikanska och europeiska vårdmodeller, visar att patienterna var lika missnöjda eller kritiska till vårdpersonalens kommunikationskompetens. På den lägsta nivån av missnöje handlar kommunikationskritiken om så enkla saker som begränsad eller bristande information (Coulter & Fitzpatrick 2000). Att förbättra vårdpersonalens kompetens att på tillbörligt sätt kommunicera med patienter är relativt lätt att åtgärda. Studier som gjorts där vårdpersonal vidareutbildats i kommunikation, har visat att patienters belåtenhet med

bemötandet avsevärt förbättrats. Att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i frågor som rör bemötande får därför positiva effekter på kommunikationen i konsultationsprocesser och patienters bedömning av vården (Socialstyrelsen 2009a, Coulter & Fitzpatrick 2000).

#### 4.2.5 Patientdelaktighet

Det finns ett viktigt samband mellan patientdelaktighet och behandlingsresultat. Ju mer involverad och aktiv en patient kan vara i sin sjukdom och behandling, desto bättre resultat uppvisar olika former av åtgärder och behandlingar. I förlängningen betyder en ökad patientdelaktighet således en effektivare vård.

En gemensam nämnare för den samlade forskningslitteraturen och rapporterna på ämnet delaktighet och bemötande, är att patienters belåtenhet med vården och förbättrade behandlingsresultat, kan höjas avsevärt med mycket små medel. Det gäller om personalen vidareutbildas i kommunikation och patienten i högre utsträckning uppmuntras och tillåts delta aktivt i sin behandling eller vårdprocess (Larsson 2008, Coulter & Fitzpatrick 2000, Hollnagel & Malterud 2000, Coulter & Ellis 2007). Det har även visat sig att många vårdskador beror på bristande kommunikation och information. Med andra ord är det även en fråga om förbättrad patientsäkerhet (Socialstyrelsen 2009a).

Forskningen kring patienters individuella delaktighet i vården är fortfarande relativt liten. Utöver matrisen i figur 4.1 som presenterade olika styrkeförhållanden i patientens ställning, kan även nämnas att vissa patienter av olika anledningar faktiskt inte är beredda att vara delaktiga. Det betyder att en patient aldrig kan tvingas ta på sig ett specifikt ansvar eller en roll, utan bör ges möjligheten att vara aktiv såväl som passiv.

Inga Larsson skiljer mellan tre olika typer av patientdelaktighet i sin avhandling *Patient och medaktör* (Larsson 2008). Delaktighet som lekman (forskning, policyformulering och uppdragsbeskrivning för hälso- och sjukvårdsservice) betecknas som *kollektiv delaktighet*. Vidare betecknas *indirekt delaktighet* som närstående och familjemedlemmars delaktighet under en patients vårdprocess. Slutligen är den patientdelaktighet som denna utredning ämnar stärka den *individuella delaktigheten*, som kännetecknas av en aktiv

patient inom hälso- och sjukvården. Detta kan exempelvis innefatta utskrivningsplanering eller beslutsfattande i behandling eller vård.

Larsson sammanfattar olika avgörande faktorer för att stärka den individuella patientdelaktigheten i ordalag såsom ett ömsesidigt informationsutbyte mellan patient och vårdpersonal, aktivt uppmuntrande av patienten att delta och involvera sig i planering och beslut samt ett tillhandahållande av adekvat och korrekt information till patienten. Beträffande faktorer som hindrar patientdelaktighet kan en särskild aspekt noteras, nämligen att patienten inte har en enskild relation med *en* vårdgivare utan med flera och att det därav finns brist på kontinuitet och lite eller inget samarbete mellan vårdgivare och patient. Andra faktorer som har visats hindra delaktighet är trötthet, svårighet att formulera frågor, brist på uppmuntran och svårigheter att förstå det språk som används (Larsson 2008).

Studier har även visat att ett patientcentrerat arbetssätt har en positiv inverkan på vårdens resultat inom olika områden. Bland annat är följsamheten till rekommendationer bättre och därmed även behandlingsresultat vid kroniska sjukdomar såsom vid diabetes och reumatism. Dessutom och som berördes i förra avsnittet, finns det ett samband mellan patientdelaktighet och patientens belåtenhet med vården (Socialstyrelsen 2009a).

En ytterligare aspekt avseende patientdelaktighet berör val av behandlingsmetod. En stor del av forskningen uppvisar positiva resultat i och med ett mer symmetriskt partnerskap mellan vårdpersonalen och patienten. Resultatet av en studie med fyra olika län visade i korthet att äldre patienter i större utsträckning än yngre själva vill välja allmänläkare och specialist. Däremot var yngre patienter mer intresserade av att delta i val av behandlingsmetod än äldre (Anell 1996). Även patientföreningar kan utgöra ett viktigt forum för att tillgodose patienters rätt i hälso- och sjukvården samt att bidra till en stärkt ställning för den enskilde patienten. Ur ett internationellt perspektiv organiserar sig dock svenska patienter inte i lika hög utsträckning för att påverka vården jämfört med andra länder. En av slutsatserna i en avhandling inom ämnet, är att hälso- och sjukvården bör bli bättre på att samarbeta med patientföreningar för att bättre tillgodose både patienters behov och rätt (Söderholm Werkö 2008).

Vanligen kan patienter behöva guidas och få hjälp med att förstå innebörden av olika behandlingar, men valet av behandling bör reflektera den individuella patientens preferenser. Detta partner-

skap eller denna patientdelaktighet kan underlättas genom ökad medvetenhet och utbildning i kommunikationslära hos vårdpersonalen. Studier har visat att välutformad skriftlig information, kombinerad med professionell konsultation med vårdpersonal, underlättar och förbättrar patientens förståelse för dels sitt hälsotillstånd, dels olika behandlingars eventuella resultat. Detta gäller speciellt om informationen i allra möjligaste mån är personlig. Hos cancerpatienter har detta bland annat lett till reducerad ångest över hälsotillståndet samt förbättrad skötsel av sjukdomssymptom (Coulter & Ellins 2007). Ytterligare argument för en ökad patientdelaktighet är den allmänna effektivisering av vården som en informerad och individuellt delaktig patient medför.

#### 4.2.6 Kontinuitet och tillgänglighet

Svårigheten att etablera kontinuitet i den svenska hälso- och sjukvården beror på en rad olika faktorer, men ett övergripande problem är bland annat hälso- och sjukvårdens organisering. Svårigheter med samverkan mellan olika enheter, olika ansvarsområden eller otydlig ansvarsfördelning är en del av en fragmenterad organisation. Med andra ord saknas en effektiv samverkan mellan olika instanser inom hälso- och sjukvården.

Beträffande tillgänglighet noterar Socialstyrelsen bland annat att landstingens kunskaper om medborgarnas behov av hälso- och sjukvård förefaller vara begränsade och utbudet är följaktligen inte anpassat efter medborgarnas vårdbehov (Socialstyrelsen 2009a). Kortsiktigheten i tillämpningen av upphandlingar inom vården påverkar både patienten och vårdaren negativt. Detta eftersom nya upphandlingar kan leda till uppbrott av etablerade vårdkontakter och en osäkerhet som leder till minskade incitament för vårdgivaren att investera och utveckla sin vårdenhet. Detta kan påverka kontinuiteten och tillgängligheten i olika hänseenden. Exempelvis kan upphandling av ny verksamhet innebära bättre tillgänglighet. Ett exempel kan vara diabetiker eller dialyspatienter som på grund av sina kroniska sjukdomar frekvent besöker öppenvården. Eller tvärtom när kontinuerliga upphandlingar och konkurrensutsättning av verksamhet innebär uppbrott från etablerade kontakter med vårdgivare för dessa typer av patienter.

Kontinuitet och tillgänglighet i vården har varit två områden där svensk sjukvård en längre tid uppvisat dåliga resultat. Med tillgäng-

lighet avses dels en tidsrelaterad tillgänglighet i enlighet med vårdgarantin eller tillgänglighet på telefon. Dessutom innehåller begreppet en geografisk aspekt eftersom invånarna i de nordligaste länen exempelvis har sämre tillgänglighet bland annat på grund av längre avstånd. Med kontinuitet avses vidare en kontinuitet i patientens möte med vårdpersonalen.

Kontinuitet i vården har likaså varit omdiskuterat och ett område med utrymme för förbättring. Upprepade kontakter mellan samma vårdpersonal och patient ger bland annat bättre förutsättningar att bedöma patientens hälsosituation. Kontinuitet har övervägande positiva effekter och är ett bra exempel på hur patientens behov kan tas till vara. Det är även betydelsefullt ur ett patientdelaktighetsperspektiv eftersom studier visar att individuell patientdelaktighet förhindras utan en kontinuitet med vårdgivare (Larsson 2008).

Att stärka patientens ställning omfattar således uppgiften att göra vården mer tillgänglig för medborgarna. Ett sätt att åstadkomma detta som inkluderar tidsrelaterad tillgänglighet, är att bidra med organisatoriska förutsättningar för vårdgivarna att vara flexibla och kunna anpassa sig kontinuerligt efter medborgarnas vårdbehov. Likaså finns det organisatoriska förutsättningar för att förbättra kontinuiteten i öppenvården. Detta utvecklas ytterligare i kapitel 6 och återkommer även i kapitel 8 i samband med en diskussion kring utredningens förslag.

#### 4.2.7 Patientens ställning starkast efter en vårdprocess

Patientens ställning i dagens hälso- och sjukvård är som starkast efter en vårdprocess. De instanser som i dag erbjuder patienter eller anhöriga hjälp med vården eller om de vill anmäla eller begära skadestånd för något som skett i vården, det vill säga en hjälp när skadan redan är skedd eller ett problem har uppstått.

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) är en statlig myndighet med uppdrag att pröva om yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldiga till fel i sin yrkesutövning. Blir beslutet jakande kan nämnden, som består av nio ledamöter, ålägga ansvarig personal disciplinpåföljd i form av erinran eller varning (en majoritet av anmälningarna gäller läkare, men omfattar även sjuksköterskor, barnmorskor och tandläkare samt övriga yrkesgrupper). I vissa fall kan myndigheten även begränsa den så kallade

förskrivningsrätten (rätten att förskriva recept med narkotiska läkemedel och teknisk sprit), föreskriva provtid eller – i de allvarligaste fallen – återkalla yrkesutövarens legitimation. De flesta ärendena hos HSAN resulterar dock inte i någon åtgärd.

Patientnämnder (tidigare *förtroendenämnder*), besitter i motsats till HSAN, inga sanktionsmöjligheter. Bakgrunden till införandet av patientnämnder var tidigare önskemål som framförts i olika sammanhang angående insatser för att förbättra möjligheterna till kontakt och information mellan patienterna å ena sidan, och vårdgivare och anställda inom hälso- och sjukvården å andra sidan. Patientnämnder handhar ärenden som rör bristande kontakt eller information mellan patient och vårdgivare (Socialdepartementet 2009a). Deras uppgift är att utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling i hälso- och sjukvården genom fyra punkter som stipuleras i 2 § *lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.*

1. Hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
2. främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
3. hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet, och
4. rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter (2 §).

Utöver HSAN som ålägger yrkesutövaren disciplinär åtgärd och patientnämnder som tjänar patienten i syfte att underlätta och stödja enskilda patienter i sitt möte med hälso- och sjukvården, kan patienter begära ekonomisk kompensation. En patient som drabbats av en skada inom den offentliga hälso- och sjukvården eller hos privatpraktiserande tandläkare eller läkare med avtal med landstinget eller kommunal äldrevård (privata vårdaktörer utan avtal har tecknat egna försäkringar), kan i vissa fall vara berättigad till ekonomisk ersättning enligt *patientskadelagen (1996:799)*. Landstingen har tecknat avtal om patientförsäkring i *Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag (LÖF)*, som försäkrar ungefär 90 procent av alla svenska vårdgivare. Patienten kan då anmäla sin skada till patientförsäkringen som gör en medicinsk utvärdering och bedömning av skadan. Ersättningen beräknas enligt skadeståndsrättsliga grunder, vilket betyder att samma ersättning utgår som om ärendet prövats i allmän domstol. Varje år anmäls omkring

10 000 patientskador till patientförsäkringen, varav 45 procent av anmälda skador ersätts (Patientförsäkringen 2009).

Material från patientförsäkringens databas analyserades närmare i slutet av 1990-talet i utredningen *Jämställd vård – Olika vård på lika villkor*. (SOU 1996:133). Under en tjugofemårsperiod, 1975–1994, representerade kvinnor 60 procent av de anmälda skadorna och majoriteten av anmälningarna avsåg patienter mellan 20 och 64 år. Även om kvinnor i högre utsträckning än män konsumerar vård, kunde det med hjälp av materialet konstateras att kvinnors behandlingsskador (63 procent) oftare varit ersättningsberättigade än mäns under nämnda period. Likaså föranledde kvinnliga anmälningar till HSN oftare disciplinåtföljd än mäns (SOU 1996:133).

Samtliga instanser som beskrivs ovan, förutsätter att ett problem ska ha uppstått för att en patient eller anhörig ska ta kontakt. Sammantaget kan därför patientens ställning påstås vara som starkast *efter* en vårdprocess i den svenska hälso- och sjukvården.

#### 4.2.8 Utredningens sammanfattande iakttagelser rörande patientens ställning i dagens hälso- och sjukvård

Under de senaste decennierna har ett allt större fokus riktats mot patienters behov och åtgärder ämnade att stärka patientens ställning i olika avseenden har vidtagits. Utöver lagstiftning har dessutom flera frivilliga överenskommelser och rekommendationer tillkommit mellan landstingen och staten, såsom fritt *vårdval* och en nationell *vårdgaranti*.

Diskussionen kring att införa en patienträttighetslagstiftning i Sverige har tagit många turer och har hittills inte förverkligats. Likaså skulle en liknande lagstiftning endast reparera en skada som redan har skett i samband med att patienten utkräver sina rättigheter genom domstol eller domstolsliknande organ i efterhand. I HSL finns centrala bestämmelser och den svenska lagstiftningen utgår från de skyldigheter som huvudmännen och vårdpersonalen har gentemot vårdtagaren. Möjligheten för patienter att bilda sig en uppfattning kring sina rättigheter i dagens lagstiftning kan betraktas som begränsad, mycket på grund av den splittrade lagstiftningen.

Samtliga avsnitt i kapitlets första del berör områden i dagens hälso- och sjukvård där patientens ställning kan betraktas som onödigt svag. En onödigt svag ställning indikerar med andra ord att



åtgärder av olika karaktär som inte nödvändigtvis innebär lagstiftning eller annan detaljerad styrning, skulle kunna stärka patientens ställning. Sådana åtgärder kan exempelvis vara ett förbättrat journalsystem, patientanpassad information, organisatoriska förändringar som effektiviserar både behandling och samordning med andra vårdgivare eller aktörer i vårdprocessen.

Sammantaget kan utredningen därför konstatera att när det gäller lagligt reglerat stöd eller kompensation är patientens ställning starkare *efter* än *före* eller *under* en vårdprocess. Vad denna utrednings förslag ämnar stärka är relaterat till patientens ställning *före* en vårdprocess, med andra ord att i möjligaste mån förhindra att patienten ska behöva vända sig till instanser såsom HSN, patientnämnder eller patientförsäkringen. Till utredningens målbild hör bland annat att lägga grunderna för en övergripande struktur för hälso- och sjukvården som ett integrerat system präglad av mångfald och integration utifrån patienten som stärker patientens ställning *före och under* en vårdprocess.

### 4.3 Systematiska variationer i vården ur olika perspektiv

En viktig aspekt rörande patientens ställning i hälso- och sjukvården rör olika faktorer såsom kön, etnicitet, samt socioekonomisk och regional inverkan. Dessa aspekter kan vara avgörande i olika delar av hälso- och sjukvården såsom exempelvis överlevanden i cancer vilka skiljer mellan olika län eller hjärtsjukvård beroende på om du är kvinna eller man.

Av olika anledningar och historiska skäl betraktas patienten som ett objekt i stället för ett subjekt av hälso- och sjukvården. För att stärka patientens ställning måste följaktligen denna maktasymmetri förändras och omvandla patienten till subjekt.

Detta avsnitt ämnar därför belysa den mångfacetterade problematik som hälso- och sjukvården står inför målet att uppnå god vård på lika villkor genom att redogöra för de fyra ovan nämnda faktorer och hur dessa påverkar patientens ställning i vården. Vidare diskuteras vilka konsekvenser utredningens förslag har för dessa och för en god vård på lika villkor.

### 4.3.1 Jämställdhet i öppenvården

Det finns systematiska skillnader i bemötande och behandlingar som vården av olika anledningar ger kvinnor och män. Detta är ett uttryck för kvinnliga patienters onödigt svagare ställning i vården jämfört med manliga patienters, eller med andra ord ojämn vård.

Mycket uppmärksamhet har den senaste tiden givits åt hjärt-kärlsjukdom som är den dominerande dödsorsaken hos både kvinnor och män (år 2004 angavs hjärt-kärlsjukdom vara dödsorsaken för 44 procent av kvinnorna och 42 procent av männen i Sverige.). Hjärtinfarkt har visat sig vara den viktigaste enskilda diagnosen i den gruppen av dödsfall. Flera studier på senare år har dock visat att symptomen för hjärtinfarkt skiljer sig åt mellan könen. Även studier av läkemedel har visat att kvinnor får mer biverkningar än män. Bland annat beror det på att en övervägande del män används i forskning och att läkemedel därför inte är anpassade till kvinnors biologiska förutsättningar (Smirthwaite 2007).

Olika symptom hos kvinnor och män blir följaktligen problematiskt då patienters (särskilt kvinnliga patienters) symptom inte låter sig diagnostiseras. Vad gäller hjärtinfarkt har bilden inom sjukvården dessutom länge varit en manlig patient, varför vårdpersonal omedvetet inte diagnostiserar kvinnor som hjärtsjuka. Det betyder att kvinnliga symptom för hjärtinfarkt kan misstolkas bland annat eftersom kvinnliga hjärtsjuka patienter strider mot den stereotypa bilden av en hjärtsjuk patient som är en man (Smirthwaite 2007, Hammarström 2004). Med andra ord kan vi förvänta oss att symptom på ytterligare sjukdomar visar sig olika hos kvinnor och män. Därför kan det lite paradoxalt hävdas att jämställd vård ibland förutsätter olika behandling av kvinnor och män. Omvänt skulle likaså ett genusperspektiv kunna förbättra vårdkvaliteten för män som lider av kvinnodominerade sjukdomstillstånd som exempelvis reumatiska sjukdomar eller för män som drabbas av bröstcancer.

Vidare har genusmedicinsk forskning bland annat lyft fram språkets betydelse för normgivning i vården. Eftersom kännetecknet om mäns sjukdomssymptom generellt sett är bättre än om kvinnors, blir vanligtvis kvinnors symptom etiketterade att vara *diffusa*. Ett exempel på hur begrepp kan ändras eller bytas ut för att ändra innebörd är genom att ersätta terminologin *diffusa symptom* med exempelvis *hittills oförklarade symptom*. Därigenom framhåller

diagnostermen att den medicinska vetenskapen och läkaren inte har djupare kunskap i dagsläget kring symptomen (Hammarström 2004). Dessutom har metoder utvecklats för att ge patienter med oförklarbara eller icke diagnostiserbara symptom bättre förutsättningar att delta och kommunicera med läkaren. I syfte att skapa en mer jämlik kommunikation och relation mellan patient och läkare har Kirsti Malterud som är norsk professor i allmänmedicin och medicinsk genusforskning, utvecklat ett frågeformulär med frågor såsom:

- Vad skulle du egentligen allra helst vilja att jag hjälpte dig med i dag?
- Vad tror du egentligen själv att problemen beror på?
- Vad har du tänkt att jag borde göra med det – för det har du säkert funderat på innan du kom hit?
- Vad har du hittills funnit vara det bästa du själv kan göra med besvären?

(Hollnagel och Malterud 2000)

Även om studier kring denna typ av frågeformulär primärt utförts inom ramarna för genusmedicinsk forskning, är de fullt applicerbara på alla typer av patienter och användbara för all vårdpersonal. Frågor som dessa bidrar att förändra patienten från att vara ett objekt till att bli ett subjekt och således bidra till individuell delaktighet. Eftersom individer förfogar över personlig kunskap om sitt eget hälsoläge och vad de gör eller inte gör för att hålla sig friska och vid god hälsa är det viktigt att ge patienten möjligheten och att uppmuntra en aktiv och *individuell delaktighet* i sin egen vård (Hollnagel och Malterud 2000). Följaktligen är en jämlik kommunikation mellan patient och vårdpersonal en viktig aspekt för att stärka patientens ställning.

I Socialstyrelsens studie av anmälningar till patientnämnderna, specifik vad gäller *bemötande*, är majoriteten kvinnliga anmälare. Socialstyrelsen noterar att den höga andelen kvinnliga anmälningar kan bero på det faktum att kvinnor utnyttjar vården i högre utsträckning än män. Genusmedicinsk forskning har tvärtom kunnat fastställa direkta könsskillnader mellan vårdens bemötande och behandling av kvinnor och män (Jonsson och Räf 1997, Smirthwaite 2007, Hammarström 2004). Bland annat har uppgifter ur patientförsäkringens databas studerats mer ingående. En intres-

sant slutsats berör patientförsäkringens generella statistik, där antalet anmälningar kan förklaras i termer av könsskillnader i vårdutnyttjande. När en indelning av olika typer av behandlingar gjordes, visade det sig emellertid att det förelåg en reellt ökad risk hos kvinnor att vissa skador skulle uppstå, som exempelvis nervskador vid höftplastikoperationer. Även skador på skelett och ögon eller skador i samband med röntgenundersökning var mer frekvent förekommande hos kvinnor än hos män (Jonsson och Räf 1997). I Socialstyrelsens första nationella studie av förekomster av skador i den somatiska vården kunde dock ingen statistisk säkerhetsställd skillnad i förekomsten av vårdskador mellan könen konstateras (Socialstyrelsen 2008). Det finns alltså anledning att uppmärksamma de skillnader i hälso- och sjukvården som kan härledas till könsskillnader eftersom detta får konsekvenser särskilt för kvinnliga patienter.

#### 4.3.2 Jämlikhet i vården

I den senaste folkhälsorapporten från 2009 rapporteras att svenska medborgare i ett helhetsperspektiv fått en ökad välfärd och bättre folkhälsa. En sak som dessvärre inte har förändrats, är de stora sociala skillnaderna i hälsa, i alla åldrar och oavsett kön. Vidare förefaller hälsoskillnaderna mellan grupper med olika utbildningsnivå inte heller ha nämnvärt förändrats sedan 1980-talet. Det är dessutom svårt att peka ut en ensam orsak till varför de sociala skillnaderna i ohälsa kvarstår (Socialstyrelsen 2009b). Konsekvensen av detta är att vården i Sverige dessvärre inte kan titulera sig fullständigt jämlik.

Studier kring jämlikhet i vården har funnit samband mellan ojämlig vård och socioekonomiska faktorer, regionala skillnader och utrikes födda. Bland annat har enkätundersökningar visat att personer med lägre utbildning och inkomst har störst förtroende för vården. Samtidigt som det är den grupp i samhället som låter bli att söka vård, trots att de själva uppfattar sig vara i behov av vård. Socialstyrelsens analys av hur öppenvården utnyttjades under 2000-talet fastställde en ökning av ojämligt utnyttjande. Högutbildade gjorde fler besök i vården än lågutbildade och där den sistnämnda gruppen representerade paradoxalt nog den grupp med högst frekvens av ohälsa (Diaz 2009). Beträffande hjärtsjukvården som framställdes ur ett jämställdhetsperspektiv i förra avsnittet, har det

även kunnat konstateras att individer även behandlas olika i hjärtsjukvården beroende på socioekonomisk status. Exempelvis när det gäller behandlingsmetoder vid instabil kranskärslsjukdom, så kallad revaskularisering, som minskar dödligheten och ger färre nya hjärtattacker och mindre besvär med kärlekskramp och en diskrepans mellan läkemedelsanvändning vid hjärtsvikt, har skillnader härletts till socioekonomiska faktorer. Inom gruppen för högre tjänstemän och inkomstagare utförs både revaskularisering oftare och de får nyare och effektivare medicinska preparat vid hjärtsvikt jämfört med individer med lägre utbildning och inkomst (Diaz 2009).

#### 4.3.3 Regionala skillnader

Det har konstaterats att det finns geografiska skillnader i hälsa och levnadsvillkor. Olika faktorer som påverkar detta förhållande är bland annat utbildningsnivå och medelinkomst skiljer sig mellan storstad och landsbygd. Vidare skiljer sig landstingen åt vad avser arbets- och bostadsmarknader. Slutligen finns geografiska skillnader i livslängd, vilket kan förväntas återspegla hälsan samtidigt som invånare i glesbygd har högst ohälsotal (Diaz 2009). Dessa är några faktorer som gemensamt bidrar till regionala skillnader i Sverige avseende medborgarnas hälsa.

Socialstyrelsen och SKL har i olika rapporter visat att vårdens kvalitet är ojämn inom landet. Bland annat är risken för att råka ut för vårdrelaterade infektioner beroende av var man bor i landet (Socialstyrelsen och SKL 2008). Som vi har beskrivit i kapitel 3 sker de flesta vårdskador i de kirurgiska verksamheterna och därefter inom internmedicinen. Utredningen har inte sett några uppgifter på vårdskador inom den specialiserade öppenvården uppdelat på olika driftsformer (landstingen, vårdföretag respektive läkare med ersättning enligt den nationella taxan).

*Öppna jämförelser* är ett samarbete mellan Socialstyrelsen och SKL som inleddes år 2006 för att redovisa och jämföra skillnader i hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i landstingen. Bland annat därigenom har regionala skillnader kunnat konstateras och dessa återfinns såväl mellan som inom ett och samma landsting (SKL och Socialstyrelsen 2008). Det har även noterats betydande skillnader i väntetider och dessa har bland annat förklarats med landstingens ekonomiska förutsättningar, befolkningens ålderssammansättning och läkartäthet (Diaz 2009). Ett annat exempel på

regionala skillnader är så kallade *indikatorer på åtgärdbar dödlighet*.<sup>3</sup> Även om Sverige, internationellt sett, har låga dödstal för åtgärdbar dödlighet, och dessa sedan början av 1990-talet även nationellt har minskat, kvarstår behovet av ett förbättringsarbete (Westerling 2008). Denna typ av studie aktualiserar sjukvårdens olika organisering och utformning över landet, då de regionala skillnaderna får konsekvenser för folkhälsan. Med andra ord bör inte kvaliteten på vården av kroniska sjukdomar som exempelvis diabetes eller astma vara beroende av var i landet patienten bor.

#### 4.3.4 Styrkan i patientens ställning i olika skeenden av vårdprocessen

För att åskådliggöra hur stark patientens ställning är i olika delar av en vårdprocess, kan dennes position placeras in i tre olika tidsdimensioner; före, under och efter (vårdprocessen). På en tänkt skala mellan svag och stark kan patienten därefter placeras in på olika platser för att beskriva styrkan i patientens ställning i dagens hälso- och sjukvård.

---

<sup>3</sup> Åtgärdbar dödlighet studeras ofta som en indikator på vårdens resultat och omfattar dödsorsaker som går att påverka med både förebyggande och terapeutiska insatser. Metoden att studera har tillämpats och utvecklats av forskare från flera länder genom att klassificera de dödsorsaker som direkt kan påverkas genom insatser från sjukvården, så kallad *sjukvårdsrelaterad dödlighet*. Det finns även studier på EU-nivå över regionala skillnader i åtgärdbar dödlighet. Indikatorer inkluderade i *åtgärdbar dödlighet* är exempelvis diabetes, astma, magsår, blindtarmsinflammation, kronisk reumatisk hjärtsjukdom och tuberkulos, etcetera (Westerling 2008).

Figur: 4.2 Styrkan i patientens ställning, före, under och efter en vårdprocess

	← Svag	Stark →
Före	x	
Under	x	
Efter		x

Figuren ovan visar en förenklad beskrivning av patientens ställning *före, under och efter* en vårdprocess. De systematiska skillnader som beskrivits ovan, tillkommer som en tänkt diagonal axel som ytterligare fyra externa variabler som påverkar patientens ställning i hälso- och sjukvården (den streckade linjen i figuren). Denna dimension innefattar faktorer som påverkar den individuella patientens ställning såsom kön, etnicitet, socioekonomiska och regionala skillnader. Det betyder att var på skalan inom rutan patienten placeras in även beror på om det är en man eller kvinna, utrikes född eller etnisk svensk, är bosatt i storstaden och är högutbildad eller på landsbygden utan eftergymnasial utbildning, etcetera. Faktorer som påverkar patientens ställning *före* och *under* vård, kan dessutom i vissa fall vara överlappande.

Som tidigare redovisats är patientens ställning i dag starkast primärt i efterhand, det vill säga efter det att en skada har skett. Utredningens förslag är alltså primärt inriktade på och syftar till, att förbättra och stärka patientens ställning dels på den horisontellt tänkta skalan *före och under* vård, dels uppmärksamma och förbättra den diagonala axeln som i den perfekta av världar, inte bör existera.

Sammanfattningsvis ligger svagheter *före* vård primärt i det informationsunderläge patienten befinner sig i jämfört med olika kategorier av vårdpersonal. Där valmöjligheterna finns, kan det dels saknas adekvat stöd för att veta vad man kan välja mellan, dels är utbudet av valmöjligheter så små, att de inte utgör reellt olika alternativ. Slutligen begränsas delvis patientdelaktigheten på grund av icke patientanpassad information.

*Under* en vårdprocess ligger svagheter i ytterligare en rad olika faktorer. Patientnämndernas statistik redovisar ett stort missnöje med vårdens bemötande. Bemötandet av patienter beror dess-

utom på kön, socioekonomiska och etniska faktorer och enligt statistiken rapporterar kvinnor i högre grad än män om ett dåligt bemötande. Detta har vidare kunnat bekräftas genom genusmedicinsk forskning. Ytterligare en punkt är de regionala skillnaderna. Landstingens storlek och invånarantal varierar, något som får effekter på utbudet och kvaliteten på vård.

Något som påtalats i utredningens delbetänkande *Patientens rätt* (SOU 2008:127) är de bristande förutsättningarna för patienten att samordna komplexa vårdprocesser på egen hand. Förutsättningarna kan variera i styrka, men är fortfarande problematiska då det förutsätter både god kännedom om vårdens sammansättning och kanske viktigaste av allt, en medvetenhet om patientens rätt, något som i dag kan sägas vara relativt begränsad. Slutligen finns de frivilliga överenskommelserna mellan landstingen och staten såsom vårdgarantin och det fria vårdvalet. Vårdgarantin är fortfarande endimensionell i sin utformning såtillvida att den endast anger inom vilken tid efter beslut som vård ska ges. Erfarenhet visar att den nuvarande utformningen av vårdgarantin inte följs särskilt väl (Socialstyrelsen 2009a). Slutligen blir vårdvalet verkningslöst utan att patienten erbjuds substantiella valmöjligheter. Det betyder att ett vårdval utan mångfald inte stärker patientens ställning i praktiken. Kort sagt kan därför ett förändrat arbetssätt och andra förutsättningar i vårdens organisering, i större utsträckning än lagstiftning, effektivisera och stärka patientens ställning inom vilken tid vård ska ges.

Beträffande patientens ställning i den tredje tidsdimensionen, anförs den här vara starkast *efter* vårdprocessen. Detta eftersom de instanser och myndigheter som i dag är ämnade att hjälpa patienter efter en skada eller problem har uppstått, snarare än att förändra vårdens organisatoriska sammansättning av vård, syftar till att förhindra att en skada eller problem uppstår.

#### **4.4 Olika verktyg och förslag för att stärka patientens ställning före och under en vårdprocess**

Som redovisats ovan, åsyftar utredningens förslag primärt en stärkt ställning hos patienten *före* och *under* en vårdprocess.

Det har tagits olika initiativ inom en rad olika områden för att stärka patientens ställning såsom exempelvis i *Patientsäkerhets-*



*utredningen* med uppdrag att genomföra en översyn av tillsynen över hälso- och sjukvården (SOU 2008:117). I *En nationell cancerstrategi för framtiden* (SOU 2009:11), framhålls i likhet med denna utrednings målbild, vikten av ett helhetsperspektiv och kontinuitet i vården. Även från Socialstyrelsen har olika initiativ tagits för att komplettera och förtydliga lagstiftningens krav när det gäller bemötande, information och delaktighet. I föreskrifterna om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård (SOF 2005:12) och i handboken till föreskrifterna ingår bemötande respektive patientfokuserad vård som särskilda kapitel. Frågorna uppmärksammas vidare i ett särskilt kapitel i Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt kommer att behandlas i en handbok som blir klar i början av 2010. Socialstyrelsen har också tagit fram förslag på nationella indikatorer för att kunna följa upp och jämföra hur hälso- och sjukvården lever upp till kravet på patientfokuserad vård (Socialstyrelsen 2008b).

Vidare tillsattes en arbetsgrupp på Socialdepartementet i början av 2009, med uppdrag att föreslå *”formerna och definiera uppgiften för en oberoende och strukturellt fristående granskningsfunktion för hälso- och sjukvården och socialtjänsten”* (Socialdepartementet 2009b). Denna form av instans skulle kunna bidra till att stärka patientens ställning framför allt inom ramen för tidsdimensionerna *före* och *under* vårdprocessen.

#### 4.4.1 Utredningens iakttagelser och slutsatser

En patient kan vara en kvinna eller man eller en vuxen eller ett barn. Med andra ord är begreppet patient inte att betrakta som en enhetlig grupp individer. Det betyder att patienter har olika preferenser och behov. En del av att stärka patientens ställning är att beakta patienters individuella behov och därmed av en mångdimensionell ansats. Ett exempel är hur ökad mångfald bland vårdgivare och tillika valmöjligheter för patienter, i vissa fall fungerar väl och de facto stärker patientens ställning. I andra fall då patienten av olika skäl, inte har den kompetens som krävs för att sondera bland utbudet, eller för den delen bor i ett landsting där utbudet är starkt begränsat, stärks patientens ställning snarare på papperet än i verkligheten. Med andra ord befinner sig patienter i ett informationsunderläge gentemot hälso- och sjukvården. Ett område att förbättra är således kommunikationen mellan vårdpersonal och pati-

enter. Detta är bland annat i syfte att bjuda in till individuell delaktighet i sin egen vård och för vårdpersonalen att finna information om den individuella patienten som endast denne själv besitter.

En reell mångfald av vårdgivare kommer dessutom att leda till ett ännu större samordningsbehov dels inom vården, dels mellan vården och patienten. Patient eller närstående kan inte göras till ansvarig samordnare av vården då de befinner sig i ett informationsunderläge. Med andra ord föreligger det ett behov av en samordnare av vården som inte är patienten själv eller dennes familj eller närstående. Vidare aktualiserar denna diskussion behovet av organisatoriska förutsättningar för hälso- och sjukvården att samordna och samverka sinsemellan. Dessa måste nödvändigtvis inte implementeras i form av lagar och regler utan kan även vara strukturella förändringar i landstingens organisation för att effektivisera hälso- och sjukvården utifrån ett patientperspektiv.

En mångfald av vårdgivare är således en av de strukturella grundförutsättningarna för att vårdvalet ska uppfylla sitt syfte. Detta innebär samtidigt att ett enhetligt system av tillsyn avseende kvalitet, tillgänglighet och kontinuitet etcetera finns att tillgå och att samtliga vårdgivare är skyldiga att anpassa sig därefter.

Sammanfattningsvis visar utredningens inventering av olika ansatser för att stärka patientens ställning, att många verktyg finns tillgängliga och är under utveckling. Dessa inbegriper inte enbart lagstiftning som verktyg, utan innefattar även metoder för ökad patientdelaktighet och förbättrade kunskaper och kommunikationsegenskaper hos vårdpersonal. Vidare kan olika incitament för organisatoriska förändringar ha goda effekter ur både effektivitetsperspektiv och patientens behov. Även ett utökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och patienter, inklusive patientföreningar, bäddar för en stärkt ställning för patienten och en jämlik relation med hälso- och sjukvården.

## Referenser

- Anell, Anders. 1996 "Makten över vården" i *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Anders Anell och Per Rosén (red.). SNS Förlag: Stockholm.
- Diaz, Adolfo. 2009. *Vård på (o)lika villkor: En kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. SKL.

- Coulter, Angela och Ray Fitzpatrick. 2000. "The Patient's Perspective Regarding Appropriate Health Care" i *The Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Albercht, L. Gary, Ray Fitzpatrick och Susan C. Scrimshaw (red.). SAGE: London.
- Coulter, Angela och Jo Ellins. 2007. "Effectiveness of strategies for informing, education, and involving patients. *British Medical Journal* 2007 vol. 335 s. 24–27.
- Hammarström, Anne. 2004. *Genusperspektiv på medicinen – två decenniers utveckling av medvetenheten om kön och genus inom medicinsk forskning och praktik*. Höskoleverket.
- Hälsa- och sjukvårdens ansvarsnämnd. 2008. *Årsredovisning 2008*.
- Hollnagel, Hanne och Kirsti Malterud. 2000. "From risk factors to health resources in medical practice". *Medicine, Health Care and Philosophy* Vol. 3, s. 257–264.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2005. *Innovation Series 2005 Going Lean in Health Care*. Institute for Healthcare Improvement.
- Jonsson, Pia Maria och Lars Räf. 1997. *Kvinnor får sämre sjukvård än män? Två av tre ersatta skador drabbade kvinnor*. Läkartidningen. Vol. 94, nr 10.
- Larsson, Inga. 2008. *Patient och medaktör: studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Göteborgs Universitet. Göteborg.
- Mol, Annemarie. 2008. *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. Routledge: London.
- Nutek. 2007. *Effekter av avreglering och konkurrensutsättning. Med fokus på vård- och omsorgssektorn*.
- Patientförsäkringen. 2009. [www.patientforsakringen.se](http://www.patientforsakringen.se), besökt 2009-08-01.
- Rosén, Per. 1996 "Frihet, jämlikhet, kunskap – patientinflytandets villkor" i *Valfrihet och jämlikhet i vården*. Anders Anell och Per Rosén (red.). SNS Förlag: Stockholm.
- Smirthwaite, Goldina. 2007. *(O)jämställdhet i hälsa och vård – en genusmedicinsk kunskapsöversikt*. SKL
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. 2008. *Kan de sjuka själv välja rätt metod?* Nr 3–4/2008.
- Socialstyrelsen. 2008a. *Vårdskador inom somatisk slutenvård*.  
2008b. *Nationella indikatorer för god vård. Diskussionsunderlag*.

- \_\_\_\_\_. 2009a. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.
- \_\_\_\_\_. 2009b. *Folkhälsorapport 2009*.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna Jämförelser*.
- SOU 1996:133. *Jämställd vård – Olika vård på lika villkor*.
- \_\_\_\_\_. 2007:37. *Vård med omsorg – möjligheter och hinder*.
- \_\_\_\_\_. 2008:37. *Vårdval i Sverige*.
- \_\_\_\_\_. 2008:117. *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*
- \_\_\_\_\_. 2008:127. *Patientens rätt – några förslag för att stärka patientens ställning*.
- \_\_\_\_\_. 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*.
- Socialdepartementet. 2009a. *Patientnämnderna – begränsning av sekretessbrytande bestämmelse*. Ds 2009:31.
- \_\_\_\_\_. 2009b. *Protokoll S2009/2811/HS Inrättande av en arbetsgrupp i Regeringskansliet med uppgift att föreslå former för en oberoende och strukturellt fristående granskningsfunktion för hälso- och sjukvården och socialtjänsten*.
- Söderholm Werkö, Sophie. 2008. *Patient Patients?: Achieving Patient Empowerment through active participation, increased knowledge and organisation*. Företagsekonomiska institutionen. Stockholms universitet. Stockholm.
- Vårdguiden. 2009. [www.vardguiden.se](http://www.vardguiden.se), besökt 2009-07-21.
- Westerling, Ragnar. 2008. *Åtgärdbar dödlighet som en indikator i den folkhälsopolitiska uppföljningen*. Statens Folkhälsoinstitut.

## 5 Etableringsregler och ersättningsprinciper

### 5.1 Inledning

Avsikten med detta kapitel är att lägga en grund för diskussionen avseende principerna för etablering och ersättning för specialiserad öppenvård utanför primärvården som verkar inom den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Kapitlet innefattar dels en relativt principiell diskussion av frågor rörande ersättnings- och etableringsprinciper samt landstingens ansvar för planering och finansiering av den gemensamma hälso- och sjukvården. Vidare utreds nuvarande regler och principer för etablering av vårdverksamhet som bedrivs i privat regi inom den gemensamma finansieringen. Dessa två avsnitt ger en grund för att diskutera hur eventuella nya regler och principer kan utformas och vad som framstår som centralt för att stödja en utveckling mot den målbild som utredningen formulerat i kapitel 2.

### 5.2 Centrala utgångspunkter

#### 5.2.1 Ett komplext system med många verksamheter och ersättningsprinciper

Den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården innefattar en lång rad verksamheter och organisationer. När det gäller frågor om etablering och ersättning är det ibland alltför lätt att programmatiskt särskilja privat och offentlig regi. I vissa avseenden är det meningsfullt att analytiskt skilja mellan de verksamheter som bedrivs i landstingens egen regi och de verksamheter som i andra associationsformer verkar och får ersättning från landsting för den

vårdverksamhet de bedriver. I andra avseenden kan en sådan distinktion skymma vissa centrala likheter som gäller oavsett driftsform.

Det föreligger exempelvis å ena sidan en betydande skillnad mellan verksamhet i privat och offentlig regi avseende hur en ny verksamhet kan etableras inom den gemensamt finansierade vården. (I det fall verksamheten inte ska bedrivas i landstingets egen regi krävs någon form av avtal med landstinget, vilket i sin tur mobiliserar en mängd regler för hur sådana avtal kan upprättas.) Samtidigt finns å andra sidan många gemensamma drag rörande ekonomisk ersättning och styrning för jämförbara verksamheter, trots att de bedrivs i olika regi. Det kanske tydligaste exemplet rör primärvården där vårdval har eller håller på att införas med samma ersättningsprinciper för olika enheter inom ett givet landsting oavsett verksamhetens driftsform.

En diskussion om landstingens ekonomiska styrning av olika verksamheter inom hälso- och sjukvården måste därför uppmärksamma när driftsformen är en viktig distinktion och när den inte är det. I den följande framställningen diskuterar vi i huvudsak den ekonomiska styrningen av olika verksamheter oavsett i vilken regi dessa bedrivs. I de fall det finns aspekter som enbart rör verksamheter som bedrivs i en specifik driftsform, så påpekas det uttryckligt.

Det finns även en annan aspekt av ekonomisk styrning som är viktig att lyfta fram, nämligen de gränsdragningar som skapas av den ekonomiska styrningen. Det är en central aspekt inte minst eftersom ett utmärkande drag hos hälso- och sjukvårdsverksamhet är att vårdprocessen för en patient många gånger inbegriper insatser från flera olika instanser. Det kan vara något så pass enkelt som att ett besök hos en vårdcentral för en halsfluss också involverar ett laboratorium som analyserar prover som tagits. Det kan också vara en mer komplex vårdprocess där till och med flera sjukhuskliniker är involverade liksom enheter i specialiserad öppenvård. I sådana här fall är effekten av vårdinsatsen avhängig av de samlade insatserna och inte minst av att dessa samordnas på ett adekvat sätt.

Det faktum att det föreligger många ömsesidiga beroenden mellan olika verksamheter ställer således stora krav på samordning. Samtidigt riktar många ersättningsprinciper, såsom ersättning per utförd åtgärd eller budgettilldelning, uppmärksamheten mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Den ekonomiska styrningen bidrar med andra ord till

att tydliggöra gränser vilket kan leda till så kallade *stuprörseffekter* som underminerar den för patienterna ofta så viktiga samordningen. Denna typ av problematik är också generell, och är lika giltig oavsett i vilken driftsform olika berörda verksamheter bedrivs.

Samordning är en central aspekt i den uppsättning av olika verksamheter som tillsammans utgör hälso- och sjukvårdssystemet. Samtidigt förekommer i många fall konkurrens mellan verksamheter. Det kan exempelvis handla om primärvårdsenheter som konkurrerar om patientunderlag inom ramen för ett vårdvals-system, eller två öppenvårdsmottagningar som inom ramen för en upphandling konkurrerar om ett vårdavtal rörande en viss typ av verksamhet.

Sammantaget ger det en bild av hälso- och sjukvårdssystemet som betonar att det innehåller många olika verksamheter emellan vilka det både kan finnas konkurrensförhållanden som behov att upprätthålla samarbeten. Det kan vara lämpligt att karaktärisera det hela som ett nätverk inom vilket det förekommer såväl samarbete som konkurrens.

## 5.2.2 Ett ökat intresse för olika ersättningssystem och deras effekter

### Översikt

Svensk sjukvård var av landstingen i det närmaste helt anslagsstyrd på 1970- och 80-talen, då ersättningen bestämdes i förväg år för år oavsett prestation. Under 1990-talet började landstingen införa olika inslag av ersättning per insats eller prestation. De olika vårdvalsmodellerna för primärvården som har introducerats under 2000-talet kan antingen ge ersättning per insats, som i Stockholm där varje besök ersätts, eller ge ersättning per listad patient (kapitation) som i Hallands samt Skånes läns landsting. Ersättning i form av kapitation har likheter med anslagsstyrning, men med den stora skillnaden att det är patienten och inte landstinget som styr vilken vårdenhet som ska få anslaget.

Det ökade intresset för olika ersättningssystem kan sägas vara en exponent för den tilltagande roll som ekonomisk styrning och företagstänkande har fått inom offentlig sektor (s.k. New public management). Även om den ökade användningen av privata utförare är en relaterad tendens, så är frågor om ersättningssystem och den eko-

nomiska styrningen av sjukvården även giltiga inom de områden där hela eller merparten av insatserna utförs i landstingens egen regi. Detta beror på att av den här typen av styrinstrument ökar i betydelse även inom landstingens egna verksamheter.

I centrum för diskussioner om olika ersättningssystem är vilka styrande effekter de har. Det påpekas således vanligen att en anslagsfinansiering kan stimulera verksamheten till att förbruka det tilldelade anslaget, medan en ersättning per utförd åtgärd stimulerar att många sådana åtgärder utförs (förutsatt att ersättningen överstiger de faktiska kostnaderna). En ersättning per listad individ (kapitation) sägs vidare stimulera till en strävan att lista många individer, men att därefter hålla antalet kostsamma åtgärder nere. Tabell 5.1 nedan redovisar en sammanställning över olika ersättningsprinciper som gjorts av *PriceWaterhouseCoopers* forskningsinstitut för hälso- och sjukvården.



Tabell 5.1 Utmärkande drag hos olika ersättningsprinciper

	Möjlighet att använda incitament för:						Anm:
	Kostnads- kontroll	Administriv enkelhet	Effektivitet	Produktivitet	Kvalitet	Patient- tillfredsställe	
Löneersättning till läkare	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Förhindrar att komplexa patienter undviks
Kapitation	Ja	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Kan uppmuntra underutnyttjande av vård
Ersättning per produktgrupp (DRG)	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Kan uppmuntra inskrivning och tidig utskrivning
Avgift per utförd insats	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Kan uppmuntra att omotiverade insatser utförs
Anslagsfinansiering	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Pålitlig finansieringskälla. Stimulerar förbrukning av anslagna medel
Resultatbaserad ersättning	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Kan ge felaktiga incitament om systemet blir för komplext
Dagersättning	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Nej	Uppmuntrar inskrivning och långa vistelser
Avgifter	Nej	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej	Kan uppmuntra onödiga investeringar

Källa: Anpassat från PriceWaterhouseCoopers' Health Research Institute 2008, sid.8.

SKL publicerade år 2008 en sammanställning av hur ersättningsystemen utvecklades inom hälso- och sjukvården i Sverige jämte forskning om effekter av olika ersättningssystem (Jacobsson och Lindvall, 2008). Rapporten är en del av ett projekt som bedrivs av Socialdepartementet, Socialstyrelsen och SKL om utvecklingen av ersättningssystem och hälso- och sjukvården. Projektet pågår från 2008 till och med juni 2010. Tabell 5.2 nedan sammanfattar genomgången från rapporten.

Tabell 5.2 Centrala drag hos olika ersättningsprinciper

		Stimulerar						
	Aktivitets- grad	Tids- perspektiv	Hög pro- duktion	Låga produktions kostnader	Hög vård- kvalitet	God Service	Risk för "creamskim- ming"	Möjliggör kostnads- kontroll
Avgift per utförd insats	Rörlig	Tillbaka- blickande	Ja	Nej	–	Ja	Låg risk	Nej
I förväg fastställd ersättning per åtgärd	Rörlig	Framåt- blickande	Ja	Ja	Nej	Ja	Hög risk	Nej
Ersättning per produktgrupp (DRG)	Rörlig	Framåt- blickande	Ja	Ja	Nej	Ja	Risk	Nej
Målrelaterad ersättning	Rörlig	Framåt- blickande	Ja	Ja	Ja	Ja	Risk	Ja
Kapitation (utan konkurrens)	Fast	Framåt- blickande	Nej	Ja	Nej	Nej	Hög risk	Ja
Traditionellt anslag	Fast	Fram- eller tillbaka- blickande	Nej	Nej	Nej	Nej	Ingen risk	Ja

Källa: Anpassat från Jacobsson och Lindvall 2008, 15.

Denna svenska sammanställning sammanfaller i väsentliga avseenden med den som presenterats av PWC, även om det finns några skiljaktiga bedömningar. Båda sammanställningarna illustrerar hur sammansatt frågan om ersättningsprincipernas effekter är. Varje enskild ersättningsprincip har sina styrkor och svagheter.

Exempelvis kan en ersättning per utförd åtgärd stimulera en strävan att finna kostnadseffektiva arbetsmetoder, men det kan samtidigt medföra att fler åtgärder utförs än vad som är fastställt i övergripande prioriteringar (exempelvis genom s.k. indikationsglidning). Anslagsfinansiering, för att ta en i det närmaste motsatt ersättningsprincip, har inte dessa potentiella problem. Samtidigt stimulerar den inte heller till att en hög produktivitet eller effektivitet eftersträvas.

I ovan nämnda rapport från SKL konstateras att olika problem förmodligen kan balanseras genom att olika ersättningsprinciper kombineras. Här finns också ett stort behov av kunskapsutveckling och lärande från de olika system som utvecklas och tillämpas inom olika delar av vården. Det projekt kring utveckling av ersättnings-system inom hälso- och sjukvården som bedrivs i ett samarbete

mellan Socialstyrelsen, SKL och Socialdepartementet är härvidlag en viktig komponent.

### **Ersättningsprinciper och möjligheterna till att stimulera samordning i vårdprocesser**

En aspekt som förmodligen kommer att betyda mer och mer i diskussioner om ersättningsprinciper är i vilken mån de stödjer samordning mellan enheter. De ovan redovisade genomgångarna belyser inte denna aspekt. Olika ersättningsprinciper har som regel också den gemensamma egenskapen att de fungerar *avgränsande*. Därmed riskerar de att undervärdera betydelsen av aktiviteter som länkar samman aktiviteter över verksamhetsgränser. I en undersökning genomförd av *PriceWaterhouseCoopers* forskningsinstitut för hälso- och sjukvården intervjuades 200 ledare inom hälso- och sjukvården i 20 länder. Där pekades bättre samordning ut som den enskilt viktigaste faktorn för att åstadkomma kvalitetsförbättringar (*PriceWaterhouseCoopers' Health Research Institute 2008*).

Här finns således ett betydande behov av kunskapsutveckling, såväl principiellt som praktiskt, för att utforma ersättningsverktyg som bättre stödjer samordning mellan enheter och på så sätt skapa förutsättningar för en integrerad och patientfokuserad vård. De ersättningsprinciper som diskuterats ovan formuleras i regel så att de stödjer en så kallad vertikal logik. För att kunna stimulera en mer utvecklad samordning behöver den ekonomiska styrningen kompletteras med element som följer en mer horisontell logik (angående vertikal och horisontell ekonomistyrning, se Kraus 2007, Kraus och Lind 2008). Ett exempel på en horisontell ersättningsprincip skulle vara en där ersättningen till en opererande verksamhet påverkades av hur pass väl de enheter som utför den påföljande rehabiliteringen lyckas åstadkomma en bra rehabilitering.

Nutek bedömer att nya ersättningssystem kommer att vara ett mycket viktigt verktyg för att få mer vård för pengarna. I sin rapport *Mer vård för pengarna*, noteras fördelar och nackdelar med prestations- och kapitationsbaserade ersättningssystem. Slutsatsen är att ingetdera är optimalt system för att främja en integrerad ansats med patienten i fokus i sammanhållna vårdkedjor. Ett stöd för framtagandet av bättre ersättningssystem är att utveckla mätningarna och register av vårdgivarnas prestationer. Likaså framhåller Nutek att mätningar av typen DRG är ett framsteg och att

mätinstrumenten bör ta hänsyn till flera faktorer för att bidra till systemeffektivitet. Det betyder att kvantitativa mätningar i form av antalet utförda operationer inte är tillfredsställande eftersom de inte säger något om resultatet för patienten i fråga. Insatser i vården är vanligtvis en del av en hel vårdkedja för patienten. Därför är ersättningsystem organiserade kring effektiviteten och produktiviteten i den sammantagna vårdkedjan av yttersta intresse att utveckla för att därigenom producera mer och bättre vård för pengarna (Nutek 2008).

Betydelsen av att utforma ekonomisk styrning så att den främjar värdefull samordning mellan ömsesidigt beroende företag förkommer utanför hälso- och sjukvården och har uppmärksamats i företagsekonomisk forskning (se t.ex. Håkansson och Lind 2004). Utredningen har tagit del av exempel där det s.k. balanserade styrkortet för ett verksamhetsområde mätte och följde upp integrationen till närliggande enheter. En sådan utveckling kan vara ett steg mot att även införliva sådana horisontella aspekter i de ersättningsystem som utvecklas. Den stora graden av ömsesidiga beroenden mellan verksamheter inom hälso- och sjukvården talar för att samordningsaspekterna hos ersättningsystem kommer att uppmärksammas mer i framtiden än vad de görs i dagsläget.

### **Ersättningsprincipers påverkan på mångfald och dynamik**

Det finns ytterligare aspekter rörande vilka effekter olika ersättningsprinciper har som behöver nämnas. En aspekt, som bara delvis berörts, är vilka utvecklingsmöjligheter olika ersättningsprinciper ger för en enskild vårdgivare. Det är tydligt att en ersättning per insats inte stimulerar till att gamla metoder utmönstras med mindre än att ersättningsnivåerna förändras. Här medger exempelvis en kapitationsbaserad ersättning helt andra möjligheter till lokal metodutveckling. Detta sagt, så bör nivåerna även i mer övergripande ersättningsmodeller justeras över tid så att de avspeglar en rimlig ersättningsnivå visavi de åtgärder som anses kostnadseffektiva på området.

En relaterad dynamisk aspekt att beakta vid diskussioner om ersättningsprinciper är i vilken mån de ger förutsättningar för en mångfald av vårdgivare att uppstå inom ett verksamhetsområde. Här finns, återigen, möjligen en risk med detaljerade ersättningsprinciper som fokuserar på insatserna genom att de främjar en likriktning.

## Reglerad etablering, ersättningsprinciper och kostnadskontroll

Möjligheterna till kostnadskontroll är en viktig aspekt när olika ersättningsprinciper ska diskuteras. I den ovan nämnda undersökningen av 200 befattningshavare bedömdes kostnadskontroll som den enskilt viktigaste faktorn för att utforma framtida ersättningssystem (PriceWaterhouseCoopers' Health Research Institute 2008). Möjligheten att kunna kontrollera kostnadsutvecklingen hör också till en av de mest betydelsefulla utmaningarna för hälso- och sjukvården.

Flera av de ovan diskuterade ersättningsprinciperna ger i sin principiella form inga möjligheter till kostnadskontroll. När de tillämpas i praktiken kan de emellertid kombineras med regler som ger det resulterande ersättningssystemet möjligheter till kostnadskontroll. De vårdgivare som verkar enligt de så kallade ersättningslagarna – *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL)* och *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)* – har exempelvis en åtgärdsbaserad ersättning, men där innehåller samverkansavtalen även volymbegränsningar (se kap 3). I den mån även antalet etablerade vårdgivare kan begränsas så erhåller finansären, i det här fallet landstingen, sålunda en kostnadskontroll trots att den tillämpade ersättningsprincipen inte medger det i sin principiella form. Detta belyser återigen hur effekterna av olika ersättningsprinciper i praktiken balanseras med kompletterande regler och principer.

### 5.2.3 Landstingens ansvar över den gemensamma finansieringen av hälso- och sjukvård

Landstingen har vart och ett inom sitt område det övergripande ansvaret att planera och finansiera hälso- och sjukvården. I detta ingår att kartlägga vilka behov som kan förutses inom olika områden. En central uppgift för landstingen är därvidlag att utifrån en sådan kartläggning fördela resurser till olika verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården. Resultatet är således en plan som beskriver vilken omfattning olika verksamhetsområden bör ha, givet kartlagda behov och gjorda prioriteringar. Bakom detta resonemang ligger den grundläggande observationen att de resurser ett landsting har till förfogande alltid är mindre än de behov som den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården har att beakta.

De metoder som används för att etablera, styra, ersätta och avveckla verksamheter är centrala för att den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården utvecklas i linje med landstingens planering. Här är möjligheten att förutse de faktiska kostnader som kommer att uppstå inom olika verksamhetsområden central. Det är i det sammanhanget som den traditionella ersättningen med anslag till olika verksamheter och verksamhetsområden är attraktiv som ersättningsprincip, just eftersom den ger en hög förutsägbarhet vad avser resursförbrukning. Denna ersättningsform har emellertid, som tidigare diskuterats, flera andra nackdelar.

Möjligheten till att ha en tydlig kontroll över vilka kostnader som uppstår inom olika områden kan anses spegla att det aktuella landstinget säkerställer att deras hälso- och sjukvårdssystem verkar inom prioriterade ramar. Det finns en ytterligare aspekt som gör att en full kostnadskontroll kan motverka att olika delar av verksamheten arbetar i linje med gjorda prioriteringar. Det gäller i de fall kartläggningen av olika behov inte förutser de faktiska behoven eller i de fall där kostnaderna för att tillgodose dessa behov underskattas. I sådana fall kan ett ersättningssystem som innebär en fullständig kostnadskontroll, exempelvis genom prestationsersättningar och fasta produktionstak, leda till att det finns behov som man i princip vill prioritera, men där kostnaderna för att tillgodose dessa överstiger vad landstinget avsatt för området.

Frågan om hur ersättningssystem stimulerar verksamheter att arbeta i linje med gjorda prioriteringar är således mer komplicerad än att full kostnadskontroll garanterar att gjorda prioriteringar realiserar. I den mån gjorda prioriteringar inte fullt ut centralt kan översättas i korrekta resursfördelningar, behövs en flexibilitet som tillåter verksamheter att i viss mån självständigt verka i linje med givna prioriteringar. På så sätt medges en flexibilitet som kan göra att hälso- och sjukvårdssystemet lättare uppfyller det behov som prioriteras. En konsekvens av detta är att det finns fördelar med ersättningssystem som stödjer en sådan flexibilitet. Ett sådant system behöver då kompensera bristen på fullständig kostnadskontroll med annan styrning som stimulerar enskilda verksamheter att arbeta i linje med landstingets prioriteringar. (Det kan till exempel handla om en styrning som motverkar s.k. indikations- och taxeglidning.) En relaterad möjlighet som ibland används är att ställa krav på att en viss åtgärd inte får utföras inom den gemensamt finansierade sjukvården med mindre än att patienten har fått en remiss.

Vilka principer som tillämpas för etablering och ersättning är således centrala verktyg för att se till att olika delar av ett landstings hälso- och sjukvård arbetar i linje med beslutade prioriteringar. Den ovan förda diskussionen om samspelet mellan kostnadskontroll och prioriteringar visar också hur pass komplexa dessa frågor är. Det finns också mycket som talar för att det finns ett stort behov av att utveckla och anpassa ersättningssystem för olika verksamheter. Det är exempelvis möjligt att en sammantaget god styrning inom vissa delar av öppenvården, exempelvis för patienter med kroniska besvär, kan innehålla en ersättning per listad individ. Samtidigt kan en sådan mer prestations- eller resultatorienterad ersättning, eventuellt med vissa ersättningstak eller s.k. knän, ge en bättre styrning och flexibilitet på andra områden. Diskussionen ovan visar också behovet av att olika verksamheter, oavsett driftsformer, integreras på olika sätt. Det kan exempelvis handla om följsamhet till fastställda vårdprogram och beslutade prioriteringar. Flera av dessa frågor återkommer vi till i nästa kapitel.

#### 5.2.4 Stort behov av lärande och utveckling

Vi har i detta avsnitt diskuterat några centrala aspekter rörande olika ersättningsprinciper. Det står klart att olika ersättningsprinciper har skiftande styrkor och svagheter. Det är samtidigt en lång rad effekter av ersättningssystem som behöver beaktas. Det handlar dels om sådana som traditionellt uppmärksammas, såsom vilka möjligheter till kostnadskontroll som finns, huruvida de är konkurrensneutrala samt i vilken mån de stimulerar utvecklingen av effektivare arbetsmetoder. Det handlar också om mer nyligen uppmärksammade aspekter, såsom i vilken mån de stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess eller i vilken mån de stödjer olika former av innovationer. Detsamma gäller också det tilltagande intresset att i någon mån ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården på basis av erhållna resultat.

En befogad utgångspunkt i det följande är att det är orimligt att anta att ett fåtal etableringsregler och ersättningsprinciper är lämpliga för alla olika typer av verksamheter som förekommer inom hälso- och sjukvården. Det finns snarare ett stort behov av att anpassa ekonomiska styrmedel för olika typer av verksamheter för att på så sätt stimulera en utveckling som balanserar behovet av att stimulera kvalitetsarbete och innovation, med behovet av kostnads-

kontroll och av att gjorda prioriteringar efterlevs. Här finns stora utvecklingsmöjligheter för hälso- och sjukvården där sådant som resultat i vårdprocesser och av hälsofrämjande arbete även uppmärksammas i ersättningssystemen.

### 5.3 Centrala regler för etablering och ersättning av privata vårdgivare

I detta avsnitt presenteras de formella regelverk som i dag finns för att reglera vårdgivares etablering och principer för hur de får ersättning. En viktig aspekt rörande regelverken som särskilt behandlas är hur dessa påverkar möjligheterna att främja olika vårdgivare av olika storlek.

#### 5.3.1 Lagen om offentlig upphandling

*Lagen (2007:1091) om offentlig upphandling* (LOU) gäller för offentlig upphandling av byggtreprenader, varor och tjänster samt av byggkoncessioner (1 kap. 2 §). Med offentlig upphandling avses de åtgärder som en upphandlande myndighet vidtar i syfte att tilldela ett kontrakt eller ingå ett ramavtal avseende varor, tjänster eller byggtreprenader (2 kap. 13 §). Den reglerar följaktligen köp som görs av myndigheter och vissa andra organisationer som är finansierade med allmänna medel.

Premissen är att offentliga medel ska användas på det ekonomiskt mest fördelaktiga sättet. Lagen följer av EU:s klassiska upphandlingsdirektiv (direktiv 2004/18/EG), men hälso- och sjukvård och andra så kallade B-tjänster ligger i allt väsentligt utanför det direktivstyrda området. Gemenskapsrätten ger därför en viss frihet när det gäller de nationella regler som ska gälla för upphandling av hälso- och sjukvård. Regler om upphandling av hälso- och sjukvård och andra så kallade B-tjänster finns i 15 kap. LOU.

Det centrala med LOU är att myndigheter normalt måste annonsera alla inköp av varor och tjänster som ska göras. De krav som ställs framgår av ett förfrågningsunderlag. Med detta som underlag får intresserade företag möjlighet att lämna anbud. Myndigheter måste lämna ut förfrågningsunderlaget och utvärdera alla anbud eller ansökningar om att få lämna anbud. Utvärderingen ska ske på sak-



liga grunder. Utfallet avgör vem eller vilka som vinner kontraktet. Vinnande anbud meddelas sedan i ett tilldelningsbeslut.

Om proceduren kring offentlig upphandling är alltför komplicerad och tids- och resurskrävande kan den i praktiken fungera som ett inträdeshinder för mindre leverantörer. Mindre leverantörer kanske helt enkelt inte har råd eller möjlighet att delta i en upphandling om den fordrar stora transaktions- och administrationskostnader och blir alltför resurskrävande. Större leverantörer kan däremot dra nytta av sina tidigare erfarenheter och minska sina kostnader för deltagande genom att standardisera proceduren kring upphandling. Mindre leverantörer kan också hämmas av att marknaden bara består av en enda köpare, monopsoni, nämligen landstinget. Varje upphandling kan då innebära att den mindre leverantör som förlorar upphandlingen slås ut. Direktupphandling, det vill säga ett förfarande utan krav på anbud, skulle kunna motverka detta. En annan utväg är att de mindre leverantörerna ser till att bli så stora att de kan leverera sina tjänster på flera olika platser med flera olika köpare. På så sätt sprids riskerna och en förlorad upphandling leder inte nödvändigtvis till utslagning. Detta skulle samtidigt kunna leda till ett oligopol där ett fåtal större leverantörer med likartad och standardiserad verksamhet dominerar en marknad (Forssell och Kostrzewa 2009).

En annan kritik som riktats mot upphandling organiserad som *beställar-utförarmodell*, avser skillnader mellan teori och praktik. Ett inbyggt grundantagande i en sådan ordning är marknaden som effektivt verktyg för selektion och styrning. Med andra ord är konkurrens ett ledord som förväntas pressa ner priserna. Inom ramen för beställar-utförarmodellen företräder emellertid beställaren kunden (i detta fall patienterna) i egenskap av finansiär av verksamheten (Berlin 2006). Vad gäller beställar-utförarmodellen i jämförelse med valfrihetsmodeller i och med konkurrensutsättning av offentlig verksamhet skiljer de sig åt på en viktig punkt. I samband med upphandling i beställar-utförarmodellen konkurrerar utförarna *om* marknaden, medan de i valfrihetsmodeller konkurrerar *på* marknaden. Det betyder att upphandling kan betecknas som ett relativt trubbigt verktyg för att skapa en plattform för och vara en drivkraft för innovationer, entreprenörskap och mångfald eftersom utföraren i princip har monopool efter att ha tilldelats uppdraget. Följaktligen utsätts verksamheten endast för konkurrens *innan* uppdraget har upphandlats. Konkurrensverket konstaterar både för- och nackdelar med de två olika modellerna och drar slutsatsen att omständigheterna i

det enskilda fallet bör beaktas vid frågan om vilken modell som passar bäst i det enskilda fallet (Konkurrensverket 2007).

I teorin antas dessutom att kunden agerar rationellt, det vill säga inhämtar information och efter en sammanvägning fattar rationella beslut. Detta har däremot inte visat sig stämma särskilt väl överens i praktiken. I realiteten har kunder visat sig vara relativt lojala och inte särskilt faktasökande individer. Vidare har kritik framförts rörande brister i beställarnas precisering av vilken sjukvård som beställs och att detta beror på svårigheter att ta fram underlag för vilket behov som föreligger. Med andra ord ligger svårigheten i att exakt definiera vad varan eller tjänsten innefattar. Likaså föreligger svårigheter att definiera och dessutom precisera vilken kvalitet hälso- och sjukvård ska leva upp till (Berlin 2006).

LOU ger de upphandlande myndigheterna vissa möjligheter att bereda små och medelstora företag tillgång till offentlig upphandling. Enligt 3 kap. 7 § LOU kan myndigheten upphandla delkontrakt av en större upphandling för sig. Delkontrakten får inte överstiga 80 000 euro när det gäller varor och tjänster och 1 000 000 euro när det gäller byggtreprenader. Sådana undantagna delkontrakt får inte tillsammans överstiga 20 procent av det sammanlagda värdet av kontraktet.

LOU ger också leverantörer viss rätt att gå samman och lämna ett gemensamt anbud. Enligt 1 kap. 11 § LOU har grupper av leverantörer rätt att ansöka om att få lämna anbud och att lämna anbud. Den upphandlande myndigheten får inte ställa upp villkor om att sådana grupper ska ha en juridisk form för att få lämna en anbudsansökan eller ett anbud. 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.

Trots uttalade önskemål om mångfald verkar utvecklingen på området för offentlig upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster gå mot en koncentration av ett fåtal större vårdföretag. I betänkandet *Vård och omsorg – verksamheter i förändring* (SOU 2007:37) menar Mångfaldsdelegationen att utvecklingen drivs mot företagskoncentration och oligopol. Den utredningen menar att anbudsgivarna i många fall blir detaljerat styrda av upphandlande myndighets anbudsunderlag. Detta beror bland annat på att myndigheten vill underlätta jämförelser, men resulterar även i att verksamheter binds i bestämda former och att valfriheten begränsas liksom utrymmet för nytänkande och utveckling. Detta hämmar exempelvis de vård-

givare som önskar driva sin verksamhet utifrån en egen idé, ideologi eller önskan om att vända sig till en specifik grupp av patienter.

Enligt 12 kap. 1 § LOU ska en upphandlande myndighet anta antingen det anbud som är det ekonomiskt mest fördelaktiga för den upphandlande myndigheten, eller det anbud som innehåller det lägsta priset. Det kan ifrågasättas om detta inte leder till att kvalitet åsidosätts till fördel för ett lågt pris. För att bedöma vad som är det ekonomiskt mest fördelaktiga kan myndigheten ta hänsyn till kriterier såsom pris, leverans- eller genomförandetid, miljöegenskaper, driftkostnader, kostnadseffektivitet, kvalitet, estetiska, funktionella och tekniska egenskaper, service och tekniskt stöd. Det finns följaktligen ingen skyldighet för en upphandlande myndighet att upphandla den leverantör som angett lägst pris. Anbudens kvalitet kan i stället bli avgörande då en upphandlande myndighet ska tilldela ett kontrakt.

Enligt HSL ska hälso- och sjukvården, för att uppfylla kraven på en god vård, tillgodose patientens behov av kontinuitet i vården (2 a § HSL). Det har påtalats att alltför tidsmässigt begränsade avtal motverkar detta behov. Behovet av kontinuitet kan tillgodoses genom längre avtalstider.

### 5.3.2 Valfrihetssystem

Efter förslag i regeringens proposition 2008/09:29, infördes den 1 januari 2009 *lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV)*. Lagen innebär att en upphandlande myndighet kan besluta att tillämpa ett så kallat valfrihetssystem vad gäller tjänster inom hälsovård och socialtjänster (som är upptagna som B-tjänster i kategori 25 i bilaga 3 LOU). Den upphandlande myndigheten godkänner ett antal leverantörer av aktuell hälso- och sjukvårdstjänst, som uppfyller på förhand ställda krav, och tecknar kontrakt med dessa. En enskild individ ges sedan rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten. Det är detta förfarande som avses med valfrihetssystem (1 kap. 1 § LOV). Valfrihetssystemet är tänkt att fungera som ett alternativ till upphandling enligt LOU och lagen reglerar följaktligen vad som ska gälla för de kommuner och landsting som beslutat att konkurrenspröva sina egna verksamheter genom att överlåta valet av utförare av tjänster inom hälsovård och socialtjänster till den enskilde individen.

Den upphandlande myndigheten ska behandla leverantörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt och ska iaktta principerna om öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet när den använder sig av valfrihetssystemet (1 kap. 2 § LOV). En upphandlande myndighet ska inleda med att annonsera på en nationell webbplats som upprättats för just det syftet och detta ska ske löpande (3 kap. 1 och 2 §§ LOV). Både fysiska och juridiska personer kan lämna en ansökan, var för sig eller tillsammans. Den upphandlande myndigheten får inte kräva att de som ansöker ska ha en viss juridisk form, men däremot kan det kravet ställas på dem som tilldelas kontrakt (5 kap. 1 § LOV). Samtliga sökande som uppfyller de krav som den upphandlande myndigheten angett i annonsen ska godkännas (8 kap. 1 § LOV). Det finns likväl vissa omständigheter som kan leda till att en sökande utesluts. Den upphandlande myndigheten får exempelvis utesluta en sökande som är i konkurs eller tvångsförvaltning, är dömd för brott som avser själva yrkesutövningen eller inte har uppfyllt sina skyldigheter vad gäller socialförsäkringsavgifter eller skatt (7 kap. 1 § LOV).

De sökanden som inte godkänts till att delta i valfrihetssystemet och som anser att den upphandlande myndigheten inte följt LOV, får skriftligen ansöka om rättelse hos allmän förvaltningsdomstol, alltså länsrätten (10 kap. 1 § LOV). Skadeståndstalan kan i sin tur väckas vid allmän domstol inom ett år från det att den upphandlande myndigheten beslutat att inte godkänna sökanden (10 kap. 5 § *ibid.*). Regeringen ska utse en myndighet som ska utöva tillsyn över valfrihetssystem enligt LOV (10 kap. 7 § *ibid.*) och det är Konkurrensverket som har valts till att uppmärksamma regelöverträdelser av LOV, av större betydelse eller av principiellt intresse. Av 10 kap. 8 och 9 §§ LOV framgår vilka befogenheter Konkurrensverket har för att utöva tillsynen.

Valfrihetssystem torde ha förutsättningar att bidra till en ökad mångfald. En viktig förutsättning härvidlag är emellertid att de ställda kraven inte är så detaljerade att möjligheten till variation i verksamheternas utformning begränsas mer än vad som är nödvändigt för att säkerställa kvalitet m.m.

### 5.3.3 EG-rättens krav

Ett nytt ersättningssystem som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning verka i den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården måste i och med Sveriges EU-medlemskap uppfylla vissa krav. Inom EG-rätten finns upphandlingsbestämmelser och statsstödsregler som måste iakttas. Gränsdragningen mellan dessa regler och bestämmelser kan stundtals vara otydlig. Generellt kan dock sägas att så snart det finns en risk att en åtgärd negativt påverkar handeln mellan EU:s medlemsstater så aktualiseras det gemenskapsrättsliga regelverket. Detta gäller oavsett om åtgärden innefattar upphandling eller statsstöd.

EU-kommissionen har tidigare ifrågasatt det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal utan föregående annonsering. Förfarandet ansågs inte stå i överensstämmelse vare sig med artikel 43 i EG-fördraget om etableringsfrihet eller artikel 2 i det så kallade klassiska upphandlingsdirektivet (direktiv 2004/18/EG) om de grundläggande principerna om öppenhet, likabehandling och icke-diskriminering.

I en formell underrättelse den 21 mars 2007 ifrågasatte kommissionen de svenska myndigheternas tilldelningsförfarande för samverkansavtal till sjukgymnaster utan föregående annonsering. Kommissionen ansåg att förfarandet inte stod i överensstämmelse vare sig med artikel 43 om *etableringsfrihet* i EG-fördraget eller artikel 2 om de grundläggande principerna om *öppenhet, likabehandling* och *icke-diskriminering* i direktiv 2004/18/EG, det så kallade klassiska upphandlingsdirektivet. Den 12 juni 2007 svarade den svenska regeringen rörande samverkansavtal att det inte föreligger ett offentligt kontrakt mellan myndigheten och sjukgymnasten eftersom avtalet regleras av LOS respektive FOS och därför att parterna inte kan avtala om andra villkor. Avtalet kunde följaktligen, enligt svenska regeringen, inte anses som ett självständigt kontrakt utan snarare som ett beslut av landstinget att ansluta en enskild vårdgivare till offentlig finansiering.

Kommissionen kompletterade sin underrättelse och höll fast vid att det likväl var möjligt att tillämpa offentligt upphandlingsförfarande med tilldelningskriterier, såsom exempelvis tjänsternas kvalitet och leverantörernas tillgänglighet. I enlighet med den svenska regeringens beskrivning av systemet med samverkansavtal ansåg kommissionen att avtalen kunde innebära en viss risk för sjukgymnasterna, exempelvis

om de inte fick några patienter och därmed ingen ersättning, och att de därför kunde betraktas som tjänstekoncessioner. Kommissionens slutsats var att avtalen ska föregås av effektiv insyn i enlighet med EG-domstolens rättspraxis, oavsett om de är att anse som tjänstekoncessioner eller som offentliga kontrakt för sjukgymnastiktjänster.

I ett svar den 20 februari 2008 instämde den svenska regeringen i kommissionens bedömning att det fanns vissa brister i systemet med tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster och att systemet därför behövde ändras. I september 2008 meddelade kommissionen att ärendet avskrivits. Anledningen till att ärendet avskrevs berodde till synes dels på att Utredningen om patientens rätt, skulle få i uppdrag att ändra nuvarande system, dels på att bestämmelser om upphandling och valfrihetssystem skulle införas i ersättningslagarna.

### Grundläggande principer

Artikel 43 i EG-fördraget förbjuder inskränkningar, inom ramen för vissa särskilda bestämmelser, för medborgare i en medlemsstat att fritt etablera sig på en annan medlemsstats territorium. Förbudet uttrycker *principen om etableringsfrihet*. Etableringsfriheten innebär att en egenföretagare har rätt att starta och bedriva verksamhet och bilda och driva företag på de villkor som ett lands lagstiftning föreskriver för de egna medborgarna.

Artikel 49 i EG-fördraget förbjuder i sin tur inskränkningar, också inom ramen för vissa särskilda bestämmelser, i friheten att tillhandahålla tjänster inom gemenskapen. Detta gäller beträffande medborgare i medlemsstater som har etablerat sig i en annan stat inom gemenskapen än mottagaren av tjänsten. Principen som regleras i denna artikel är *principen om tjänsters fria rörlighet*.

*Principen om icke-diskriminering* innebär att den upphandlande myndigheten inte får diskriminera mellan olika leverantörer. Förfrågningsunderlaget får inte utformas med krav som enbart svenska företag känner till eller kan utföra. Detta gäller oavsett om utländska anbud förväntas eller inte.

*Principen om likabehandling* innebär bland annat att den upphandlande myndigheten måste ge samtliga leverantörer så lika förutsättningar som möjligt. Den information som är av relevans för upphandlingen måste exempelvis ges till alla leverantörer vid samma tillfälle.

Dessa två principer förutsätter följaktligen att samtliga leverantörer behandlas lika i alla skeden av anbudsförfarandet.

Med *transparens och öppenhet* avses främst den upphandlande myndighetens skyldighet att lämna information om upphandlingen och det praktiska förfarandet vid denna. Samtliga leverantörer har rätt att få tillgång till informationen i förväg, så att de känner till vad som gäller vid upphandlingen. Detta är även ett krav så att leverantörerna i efterhand kan kontrollera kontraktstilldelningen och eventuellt få sina fördragsfästa rättigheter beaktade i en domstolsprövning.

*Proportionalitetsprincipen* innebär bland annat att de krav som ställs på en leverantör eller leverans i samband med en upphandling måste ha ett naturligt samband med och stå i proportion till det behov som ska täckas. Den upphandlande myndigheten får följaktligen inte ställa högre krav än som behövs och vad som anses vara ändamålsenligt för den aktuella upphandlingen. Principen syftar till att hindra att vissa leverantörer utesluts från den offentliga upphandlingen.

*Principen om ömsesidigt erkännande* innebär att de intyg och certifikat som har utfärdats av en medlemsstats behöriga myndigheter ska gälla på samma sätt i andra medlemsstater.

De nämnda principerna om etableringsfrihet och tjänsters fria rörlighet bekräftas och utvecklas i artikel 2 i det så kallade *klassiska upphandlingsdirektivet* (direktiv 2004/18/EG). Direktivet kräver nämligen att upphandlande myndigheter agerar på ett öppet sätt och behandlar ekonomiska aktörer på ett likvärdigt och icke-diskriminerande sätt. I upphandlingsmål i EG-domstolen åberopas ofta dessa EG-fördragets krav på icke-diskriminering, likabehandling, transparens och öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. Trots att upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster i väsentligt avseende ligger utanför det område som det klassiska upphandlingsdirektivet reglerar, ska de grundläggande principerna ändå iakttas, enligt EG-domstolen.

## Statsstödsregler

Förfaranden då det allmänna på särskilt gynnande villkor köper utförandet av allmännyttiga tjänster från privata utförare eller överför verksamheter från offentlig till privat drift genom så kallad

avknoppning, kan komma i konflikt med EG:s statsstödsregler. Artikel 87.1 i EG-fördraget lyder:

Om inte annat föreskrivs i detta fördrag, är stöd som ges av en medlemsstat eller med hjälp av statliga medel, av vilket slag det än är, som snedvrider eller hotar att snedvrída konkurrensen genom att gynna vissa företag eller viss produktion, oförenligt med den gemensamma marknaden i den utsträckning det påverkar handeln mellan medlemsstaterna.

(EG-fördraget 1958)

Alla typer av offentliga medel omfattas av rekvisitet statliga medel. Det handlar således om all finansiering som sker med statliga eller kommunala medel och oberoende av om den sker i myndighetsform. Bolag, stiftelser eller andra organ som finansieras med statliga eller kommunala medel omfattas följaktligen också. Den som mottar det statliga stödet måste bedriva ekonomisk verksamhet, dock inte nödvändigtvis vinstdrivande, enligt det så kallade konkurrensrekvisitet. Exempel på statsstöd kan förutom direkta penningbidrag även vara nedsättning av skatt, subventionerade tjänster samt lån och garantier.

Stödåtgärderna måste medföra en selektiv verkan för att anses som otillåtna. Detta innebär att de måste gynna ett visst företag eller viss produktion. Det så kallade gynnanderekvisitet medför även ett krav på att mottagaren av stödet måste få någon ekonomisk fördel. Det så kallade samhandelsrekvisitet måste också vara uppfyllt. Det medför en allmän skyldighet att i situationer där den som mottar stödet bedriver verksamhet som är eller kan vara föremål för handel mellan EU:s medlemsstater, måste gemenskapsrätten iakttas. Något krav på att mottagaren av stödet bedriver export finns inte och inte heller något krav på att mottagaren befinner sig i en medlemsstat.

Själva stödets utformning och omfattning kan inverka på bedömningen av huruvida samhandelsrekvisitet är uppfyllt. Stöd som är av mindre betydelse och som inte påverkar handeln mellan medlemsstaterna eller snedvrider konkurrensen omfattas därför inte, enligt EG-kommissionen, av artikel 87.1. Vad som anses vara av mindre betydelse regleras i en EG-förordning (Europeiska kommissionens förordning 2006), den så kallade minimiförordningen. Artikel 87.2 och 87.3 i EG-fördraget innehåller en del undantag till stödåtgärder som kan anses vara förenliga med den gemensamma marknaden.



EG-kommissionen har huvudansvaret för att kontrollera att olika nationella stödåtgärder inte strider mot statsstödsreglerna och detta sker i samarbete med medlemsländerna (artikel 88.1). Statliga stödåtgärder ska anmälas till kommissionen som i sin tur kontrollerar om stödet är förenligt med artikel 87.1 (artikel 88.2). Stöd under 200 000 euro behöver, enligt minimisförordningen, inte anmälas. Underlåtelser att anmäla ett stöd innebär i sig att det är otillåtet och att medlemsstaten brutit mot artikel 88.3. Sådant stöd ska upphävas och återgå. Kommissionen själv, annan medlemsstat eller tredje part kan initiera ett ärende om ingripande mot otillåtet statsstöd.

## 5.4 Utredningens iakttagelser

### 5.4.1 Principer och regelverk för etablering och ersättning

Gällande regelverk för etablering och ersättning sätter ramar för hur olika privata vårdgivare kan verka inom det gemensamt finansierade hälso- och sjukvårdssystemet. Ur ett styrningsperspektiv kan vidare särskiljas en gräns mellan mer eller mindre lämpligt utformade system. Vi kan från den ovan gjorda framställningen konstatera att regelverken har sitt huvudsakliga fokus kring frågor om etablering. Frågor om ersättningens utformning berörs emellertid också i vissa delar, exempelvis hur olika konkurrerande anbud ska värderas i en upphandling.

Vi kan vidare konstatera att regelverkens ramar inte helt stämmer överens med gränserna för vad som är mer respektive mindre lämpliga system ur andra aspekter. Det är exempelvis möjligt att konstruera rättsligt korrekta etablerings- och ersättningssystem som ändå är klart olämpliga ur ett systemperspektiv avseende exempelvis kostnadskontroll och effektivitet. Det är, omvänt, möjligt att identifiera ordningar som har många attraktiva egenskaper ur ett systemperspektiv, men som inte är möjliga att realisera på grund av gällande regelverk. Det har exempelvis konstaterats att offentlig sektor på ett olyckligt sätt är mer begränsad till en transaktionsorienterad ansats än vad som funnits bra i privat näringsliv när komplexa tjänster ska köpas in (se Lian och Laing 2005). I fall där komplexa tjänster ska köpas in har långvariga utbytesrelationer visat sig vara lämpligare. (Det är vidare svårt att genom ett transaktionsorienterade upphandlingsförfarande skapa förutsättningar för att

utveckla mycket långa och successivt fördjupade relationer mellan kund och leverantör. Detta trots att sådana framgångsrikt existerar på många industriella marknader och bland annat ger utvecklingskraft åt båda parter (se t.ex. von Hippel 1986; Håkansson 1987).)

Generellt kan konstateras att det förefaller lättare att formulera ersättnings- och etableringsprinciper i linje med regelverk som främjar värden såsom låga kostnader. Det är omvänt svårare att i relation till gällande regler, och mer komplicerat också i övrigt, att formulera ersättnings- och etableringsprinciper som främjar innovationer och samverkan. Dessa begränsningar kan inte tillskrivas en tendens att använda marknadslösningar i sig, eftersom vissa av de centrala begränsningarna inte föreligger på traditionella marknader.

Det finns många viktiga värden att beakta när ersättningssystem och etableringsregler ska formuleras. Bland dem som ofta framhålls är att de bör vara konkurrensneutrala, att de bör stimulera verksamheter att ge vård av god kvalitet och samtidigt vara kostnadseffektiva, samt att de bör göra det möjligt för landstingen att upprätthålla kostnadskontroll. Till dessa bör även läggas att de bör stödja utvecklingen av kostnadseffektiva vårdprocesser, vilket ofta kräver att samordning stöds; att de stödjer hälsofrämjande arbete; att de stimulerar innovation och entreprenörskap, och att de ger förutsättningar för att det utvecklas en mångfald av vårdgivare.

Vi kan konstatera att det finns en stor utmaning för hälso- och sjukvårdens aktörer att successivt utforma system som främjar en positiv utveckling. Detta måste också ske i samspel med gällande nationell och internationell lagstiftning på området.

#### **5.4.2 Implikationer för etablering och ersättning inom specialiserad öppenvård utanför primärvården**

När det gäller verksamhet som bedrivs inom ramen för LOL respektive LOS kan vi konstatera att reglerna för etablering har kritiserats på EU-rättsliga grunder. Kritiken har varit centrerat kring hur samverkansavtal tilldelas, liksom hur vårdavtal i förekommande fall upprättas med sådana vårdgivare. De har ansetts bryta mot grundläggande gemenskapsrättsliga principer såsom *principen om icke-diskriminering*, *principen om likabehandling*, *proportionalitetsprincipen* samt *principen om ömsesidigt erkännande*.

Det system som finns för ersättningarna inom ramen för LOL och LOS har däremot inte kritiserats. Det finns heller ingen grund

att göra gemenskapsrättsliga eller konkurrensrättsliga invändningar mot dessa. Däremot kan en diskussion om effekterna av ersättningssystem, så som den som fördes i 5.2 ovan, utgöra en grund för invändningar mot detta ersättningssystem. Grunden för nuvarande system är på förväg fastställda ersättningar per utförd åtgärd, kompletterat med takregler för hur mycket ersättning en enskild vårdgivare kan få.

Utformningen av ersättningen kan anses konserverande, och låser fast verksamhetsutvecklingen i de spår som specificeras av taxans åtgärdslistor. Ersättningsformen stimulerar vidare inte samordning med andra vårdgivare och den kan också uppmuntra vårdgivare att undvika svårare (och därmed mer kostsamma) fall (s.k. ”cream skimming”). Taxans konstruktion förstärker också mer principiellt vårdgivarna inom LOL och LOS som fristående aktörer som inte är en del av hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningen kan därvidlag inte undgå att göra den reflektionen att systemets utformning kan ha givit en grogrund för den ömsesidiga misstro mellan landsting och vårdgivare inom LOL och LOS som vi erfarit finns.

Hur en taxa som ska ersätta privata vårdgivare konstrueras är också viktig. Den nuvarande nationella taxan som ersätter privata läkare och sjukgymnaster är uppbyggd kring ett eget åtgärdssystem som inte följer nationella standarder enligt fastslagna regelverk. Dessutom bygger inte kostnadsunderlagen på den nationella data som finns tillgänglig. För de privata vårdgivarna försvåras återrapporteringen eftersom de måste rapportera åtgärderna till olika system med olika åtgärdsstrukturer. Följaktligen är bortfallet i dag stort i rapportering från privata vårdgivare inom den öppna specialiserade vården till exempelvis hälsodataregistren, trots att rapporteringen är obligatorisk. En eventuell ny taxa bör därför byggas upp kring data som följer nationella standarder, regelverk och tillgänglig nationell data.

Det är sannolikt så att nuvarande principer för hur ersättning ges inom ramen för LOL och LOS passar olika bra för olika områden. Utredningen gör bedömningen att det vore önskvärt om det var möjligt att utveckla olika ersättningsmodeller för olika typer av öppenvårdsverksamhet. På så sätt kan system mer avpassade för specifika typer av verksamheter utvecklas inom hälso- och sjukvården. Inom vissa områden, såsom exempelvis diabetesvård, är det exempelvis möjligt att ersätta verksamhet med kapitation, medan det för andra områden kanske kan vara aktuellt att införa komponenter med resultatbaserad ersättning. Det är inte möjligt att här specificera

olika konkreta ersättningsmodeller. Vi kan dock konstatera att här finns ett stort behov av ett nationellt och regionalt utvecklingsarbete.

## 5.5 Referenser

- Berlin, Johan. 2006. *Beställarstyrning av hälso- och sjukvård, om människor, marginaler och miljoner*. Förvaltningshögskolan. Göteborgs universitet. Göteborg.
- Europaparlamentets och rådets direktiv (2004/18/EG), av den 31 mars 2004 om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtreprenörer, varor och tjänster.
- Europeiska kommissionens förordning (EG) nr 1998/2006 av den 15 december 2006 om tillämpningen av artiklarna 87 och 88 i fördraget på stöd av mindre betydelse (EUT L 379, 28.12.2006).
- Forssell, Anders och Agata Kostrzew. 2009. "Allt eller inget? Risker och möjligheter med offentlig upphandling" i *Mellan offentligt och privat*, redigerad av Kajsa Lindberg och Maria Blomgren, 87–102. Stockholm: Santérus Academic Press.
- Fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen (EG-fördraget). 1958.
- von Hippel, Eric. 1986. Lead Users: A Source of Novel Product Concepts. *Management Science*, 32:791–805.
- Håkansson, Håkan och Johnny Lind. 2004. Accounting and network coordination. *Accounting, Organizations and Society*, 29(1): 51–72.
- Håkansson, Håkan (red.). 1987. *Industrial Technological Development: A Network Approach*. Kent: Croom Helm Ltd.
- Jacobsson och Lindvall. 2008. *Utveckling av ersättningssystem inom hälso- och sjukvård. En översikt av tillämpning, erfarenheter och utvecklingslinjer*. SKL
- Kraus, Kalle. 2007. *Sven, inter-organisational relationships and control: A case study of domestic care of the elderly*. Stockholm: Ekonomiska forskningsinstitutet vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Lian, Paul C.S, och Angus W. Laing. 2004. Public sector purchasing of health services: A comparison with private

- sector purchasing. *Journal of Purchasing and Supply Management*, 10 (6):247–256.
- Konkurrensverket. 2007. *Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg – förslag för konkurrens och ökat företagande.*
- Kraus, Kalle och Johnny Lind. 2008. ”Hur läggs vårdpusslet om styrningen bara sågar ut bitarna?” i *Detta borde vårddebatten handla om*, redigerad av Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg, 97–112. Stockholm: EFI och IFL vid Handelshögskolan i Stockholm.
- Nutek. 2008. *Mer vård för pengarna – genom organisatoriska innovationer.*
- PriceWaterhouseCoopers’ Health Research Institute. 2008. *You get what you pay for: A global look at balancing demand, quality, and efficiency in healthcare payment reform.* Tillgänglig 2009-08-07 på: <http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/you-get-what-you-pay-for.jhtml>
- Regeringens proposition (2008/09:29). *Lag om valfrihetsystem.* SOU 2007:37. *Vård och omsorg – verksamheter i förändring.*

## 6 Granskning och kunskapsstyrning

### 6.1 Inledning

Avsikten med detta kapitel är att diskutera granskningssystem och kunskapsstyrning ur flera perspektiv, ur statens, huvudmännens, vårdgivarnas och inte minst patienternas. Vi kommer att beskriva systemen och dess eventuella brister. Därefter redogör vi för olika initiativ som har tagits för att förbättra situationen. Slutligen redogör vi för några iakttagelser som utredningen gjort och som har implikationer för det mångfaldiga och integrerade sjukvårdssystem vi har som målbild.

Frågor rörande olika former av granskning, styrning och utvecklingsstöd är centrala för att utveckla hälso- och sjukvårdssystemet i riktning mot den målbild som presenterades i kapitel 2. Adekvat granskning, styrning och utvecklingsstöd är särskilt centrala för att kunna förverkliga en organisering som förenar integration och mångfald, vilket i sin tur är viktiga komponenter för systemets utvecklingskraft och patientfokus. De ökade reella valmöjligheterna som följer av en ökad mångfald ställer också särskilda krav på att det finns en mångfacetterad granskning av vårdens verksamhet och resultat ur flera perspektiv.

En ökad möjlighet för vårdgivare att etablera sig med offentlig finansiering kräver att de granskas och att granskningen sker utifrån samma kriterier och på lika villkor för privata och offentliga vårdgivare. Syftet med granskningen är både att säkerställa för staten och huvudmännen att patienterna får god vård och att skattemedlen används effektivt. För att patienten ska kunna göra ett informerat val av vårdgivare krävs dessutom att dessa har granskats ur olika aspekter så att det är säkerställt att samtliga lever upp till grundläggande krav. Vidare bör viktig och relevant information

rörande olika vårdgivare vara lätt tillgänglig för medborgare, patienter och närstående.

Resultatet av granskningen ger också underlag för staten och huvudmännen att styra sjukvården och är även ett verktyg för vårdgivarna att använda i det egna förbättringsarbetet. Öppna jämförelser av verksamhet, resultat och kvalitet gör också att vårdgivaren får en möjlighet att jämföra sig med andra aktörer.

## 6.2 Användning av olika begrepp

Det figurerar en rad olika begrepp som handlar om granskningsverksamhet och kunskapsstyrning. Det råder dessutom viss förvirring om innebörden av de olika begreppen. Nedan görs ett försök att reda ut begreppen men utan anspråk på att det ska vara exakta definitioner.

*Tillsyn* är en myndighetsuppgift som för hälso- och sjukvården utövas av Socialstyrelsen och för omsorg enligt socialtjänstlagen<sup>1</sup> av länsstyrelserna. Tillsynsuppgiften omfattar granskning av att lagar, förordningar och föreskrifter följs och beslut om åtgärd om de inte följs. Tillsynsutredningen (SOU 2004:100) föreslår en lagreglering av begreppet tillsyn med en snävare definition. Enligt denna är tillsyn en oberoende och självständig granskning av tillsynsobjektet. Syftet är att kontrollera om tillsynsobjektet uppfyller de krav och villkor som följer av lag, EG-förordning eller annan föreskrift och av särskilda villkor som har meddelats i anslutning till sådana föreskrifter samt beslut om åtgärder som syftar till att vid behov åstadkomma rättelse av den objektansvarige.

*Oberoende granskning* innebär enligt Tillsynsutredningens definition att tillsynsuppgiften ska vara skild från normeringsuppgiften, vilket inte är fallet i dag då Socialstyrelsen har båda dessa uppgifter. Dessutom ska tillsynen vara organisatoriskt och funktionellt oberoende i förhållande till den verksamhet som granskas (SOU 2004:100).

Även annan form av granskning än tillsyn kan vara oberoende. Förutom det funktionella och organisatoriska oberoende som nämns ovan brukar då även menas att granskningen ska vara veten-

---

<sup>1</sup> Tillsynen av socialtjänsten förs över från länsstyrelserna och samordnas med Socialstyrelsens nuvarande tillsyn från och med den 1 januari 2010. Beslutet är i linje med regeringens proposition (2008/09:160) *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*.

skapligt upplagd. Den ska även ske med hög integritet och kunna stå emot påtryckningar från olika intressegrupper, exempelvis yrkesgrupper, vårdbolag och läkemedelsindustrin, samt att utomstående har insyn i verksamheten.

*Granskning* är ett vitt begrepp som används i olika sammanhang och med olika innebörd. Ett exempel är landstingens granskning av att de åtgärder som Socialstyrelsen har beslutat om vid sin tillsyn vidtas. Ett annat exempel är statens och landstingens utvärdering av om genomförda reformer har fått avsedd effekt.

*Uppföljning* är en löpande granskning eller tillfällig kartläggning av verksamheten som huvudmannen har ansvar för enligt kommunallagen. Det innebär att landstingen ska följa upp hälso- och sjukvården och kommunernas omsorgsverksamhet. Uppföljning kan omfatta kostnader, effektivitet och kvalitet.

Även Socialstyrelsen utför uppföljning på uppdrag från regeringen eller på eget initiativ inom ramen för sin instruktion. Det kan gälla uppföljning av lagstiftning, reformer, nationella överenskommelser (t.ex. vårdgarantin), stimulansmedel (t.ex. till psykiatrin) m.m.

*Utvärdering* innebär en ”noggrann bedömning i efterhand av utfall, slutprestationer, förvaltning och beslutsinnehåll samt organisering av offentlig verksamhet, vilken kan tänkas spela en roll i praktiska beslutsituationer” (Vedung 2009).

*Medicinsk revision* är en form av kvalitetsgranskning eller kvalitetsutveckling som avser det medicinska innehållet i verksamheten, framför allt diagnostik, behandling och resultat. Specialistläkare med särskild utbildning i medicinsk revision granskar kollegor av samma specialitet men helst utan att känna varandra personligen (EMK 2002). Det är i dag en frivillig verksamhet som det inte ställs några krav på i lagstiftningen.

*Vårdrevision* är en tvärprofessionell revision av hela vårdprocessen i syfte att säkerställa en god kvalitet genom hela vårdkedjan.

*Behörighet för sjukvårdspersonal* prövas och meddelas av Socialstyrelsen. Det finns i dag 21 legitimationsyrken inom hälso- och sjukvårdsområdet. För att erhålla legitimation krävs fullgjorda studier för respektive legitimationsyrke och för läkare även fullgjord AT-tjänstgöring. Utan legitimation får man inte arbeta inom dessa yrken inom vården. För samtliga yrken gäller legitimationen på livstid om den inte återkallas av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) på begäran av Socialstyrelsen. För läkare kan specialistkompetensbevis erhållas inom ett specialistområde och sjuksköterskor



kan erhålla specialistexamensbevis vilka för båda grupperna gäller hela livet.

*Ackreditering* innebär att en nationellt erkänd organisation eller myndighet utvärderar en verksamhet i förhållande till nationellt eller internationellt erkända standarder. Ackreditering innebär en bedömning av kvaliteten på organisationen inte av den medicinska kvaliteten (EMK 2002). I Sverige är det ovanligt med ackreditering av sjukvården. (Hallands läns landsting använder dock termen ackreditering som beteckning för auktorisation av vårdgivare i sitt vårdvalssystem för primärvården, vilket är något missvisande.) Däremot är det vanligt att laboratorier ackrediteras av SWEDAC. SWEDAC ackrediterar även olika certifieringsorgan.

*Certifiering* är en deklaration eller attest, av en oberoende certifieringsorganisation, att en produkt eller tjänst uppnår en viss standard. Certifieringsorganet väljer själv de värderingsprocesser som de anser lämpliga. Ofta är dessa processer utvecklade och överenskomna i samarbete med producenterna. Processen inbegriper en kombination av inspektioner och tester både av produkten eller tjänsten och produktionsprocessen (EMK 2002).

*Auktorisation* för att få utgöra en valmöjlighet för patienten i ett regionalt eller lokalt vårdvalssystem föregås av en granskning av att vissa villkor är uppfyllda. Det är huvudmannen som bestämmer villkoren, utöver att lagar och förordningar följs. Det kan exempelvis gälla kvalitet, personalens kompetens, öppettider, journalföring, it- och vårdinformationssystem, handikapprogram, hjälpmedel och medicintekniska produkter och kris- och katastrofberedskap. Huvudmannen granskar de dokument och den försäkran att villkoren är uppfyllda som vårdgivaren skickar in i samband med ansökan om auktorisation (Vårdföretagarna 2008).

*Kunskapsstyrning* innefattar att utveckla, sprida och tillämpa kunskaper om vad som ger effekt i en specifik verksamhet eller i förhållande till en viss målgrupp, det vill säga att åstadkomma en kunskapsbaserad verksamhet (Socialstyrelsen 2009b).

*Evidensbaserad vård eller EBM (evidence based medicine)* är ett brett begrepp som omfattar medicinska åtgärder, vård rehabilitering och omsorg. Evidens betyder bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Den som vill arbeta med EBM börjar med att formulera en tydligt avgränsad fråga. Nästa steg är att systematiskt söka, granska och väga samman tillgängliga forskningsresultat från studier som försökt att ge svar på frågan. Slutsatserna tillämpas sedan utifrån den kliniska situationen och varje enskild patient (SBU 2009).

*HTA (health technology assessment)* innebär utvärdering av medicinska metoder. I en HTA-rapport kompletteras ofta den systematiska kunskapsöversikten med hälsoekonomiska, etiska och sociala bedömningar. I Sverige är det framför allt Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) som ansvarar för dessa utvärderingar (Socialstyrelsen 2009b).

*Nationella riktlinjer* utfärdas av Socialstyrelsen och ger rekommendationer till behandling av olika sjukdomstillstånd. De är även avsedda som ett stöd för dem som fattar beslut om hur resurserna ska fördelas inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten respektive tandvården. Nationella riktlinjer tas fram för områden som omfattar stora patientgrupper och som tar omfattande samhällsresurser i anspråk. De redogör för nyttan och riskerna med olika åtgärder utifrån en genomgång av den aktuella forskningen på området (Socialstyrelsen 2008a).

*Öppna jämförelser* innebär öppet publicerade, och helst lätt tillgängliga, jämförelser av indikatorer som mäts på samma sätt av deltagande landsting och/eller enheter och som exempelvis kan avse medicinska resultat, tillgänglighet, patientupplevelser och kostnader. De flesta öppna jämförelser görs i dag på landstingsnivå men utvecklingen går mot redovisning på vårdgivar- och enhetsnivå. Socialstyrelsen och SKL har ett gemensamt uppdrag från regeringen att utveckla de öppna jämförelserna.

### 6.3 Generella iakttagelser

Utredningens målbild som beskrivs närmare i kapitel 2 är ett hälso- och sjukvårdssystem som är integrerat och som präglas av patientfokus, mångfald och innovationskraft. Att systemet är integrerat krävs enligt utredningen för att patienten ska få en säker och kunskapsbaserad vård, oavsett var denne bor i landet och till vilken vårdgivare denne än vänder sig.

Med integrerat menar vi att samma regler och krav ska gälla för vårdgivare oavsett etableringsform. (Däremot kan regler och krav naturligtvis vara olika beroende på personalkategori, specialistområde eller sjukvårdsform.) Att samma regler ska gälla innebär bl.a. att hälso- och sjukvårdslagens krav på att den som har störst behov av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (2 § HSL) och att vården ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kraven på god vård. Med god vård menas bl.a. att den ska vara av god kvalitet,

säker, lättillgänglig, tillgodose patientens behov av kontinuitet och vara samordnad på ett ändamålsenligt sätt (2 a § HSL). Att samma regler ska gälla innebär även att den vård som ger ersättning ska vara medicinskt motiverad, ett krav som, sedan den 1 april 2009, även gäller privata läkare som har ersättning enligt den nationella taxan, enligt *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning*.

För att få till stånd en mångfald och innovationskraft i systemet får det uppdrag som varje enskild vårdgivare måste åta sig inte vara för omfattande. Det skulle innebära en hämsko för utvecklingen av sjukvården, eftersom endast landstingen och de stora vårdbolagen då kan bedriva vård och på några få ställen. Alla stora företag har en gång börjat som ett eller flera små företag som sedan har vuxit eller slagits ihop. Utan en möjlighet även för mindre företag att etablera sig blir möjligheten till mångfald och innovationer mindre. Dessutom riskerar tillgängligheten, särskilt i glesbygden, att bli sämre.

Det är därför viktigt att det finns en balans i kraven. De får inte vara så generella att det riskerar att leda till att alla medborgare inte får en vård av god kvalitet. De får heller inte vara så omfattande att det endast går att bedriva vård på några få ställen och av några få utförare. Samma balansakt i kravställningen när det kommer till den öppna specialistvården, hade utredningen att ta ställning till vad gällde vårdval i primärvården.

Utredningen föreslog i sitt betänkande *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37) att regeringen skulle fastställa ett nationellt primärvårdsåtagande som skulle vara lika i hela landet. Regeringen och riksdagen valde i stället att låta landstingen själva få ställa upp de villkor som vårdgivarna ska uppfylla, utöver de krav som följer av olika lagar. De som uppfyller kraven ska kunna etablera sig fritt. De privata läkare och sjukgymnaster som i dag verkar enligt den nationella taxan har möjlighet att ansluta sig till dessa vårdvalssystem som enligt riksdagsbeslutet ska vara införda i alla landsting senast den 1 januari 2010 (Socialutskottet bet. 2008/09:SoU5).

Utredningen hyser farhågor att en del landsting ställer så många och detaljerade krav för att få ansluta sig till ett vårdvalssystem att det enbart är landstingens verksamhet i egen regi eller stora vårdbolag som klarar att uppfylla dem. Det gagnar inte mångfalden och det kan även innebära en sämre geografisk tillgänglighet för patienterna.

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att följa upp hur vårdvalssystemet införs i primärvården. I uppdraget ingår att särskilt

beakta hur landstingen dels definierar primärvårdens grunduppdrag, dels informerar medborgarna om reformen.

Även Konkurrensverket har fått i uppdrag av regeringen att följa och analysera landstingens införande av vårdvalssystem. Syftet med uppdraget är att säkerställa att alla vårdgivare ges likvärdiga möjligheter samt att patienternas möjlighet att välja vårdgivare ökar. Konkurrensverket kan dock inte initiera en prövning i domstol av ett landstings eller en kommuns beslutade valfrihetssystem. Det kan bara företaget göra.

I ett landsting har några privatpraktiserande läkare överklagat landstingsfullmäktiges beslut om principiell inriktning av landstingets valfrihetssystem. Läkarna gör gällande att det basuppdrag som vårdgivaren måste åta sig för att få auktorisation är så stort att endast landstingens egen verksamhet eller de 3–4 största vårdbolagen klarar av att uppfylla det. Landstinget i fråga kommer att välja en modell som innebär att merparten av ersättningen sker genom kapitering, dvs. att ersättning fås per listad patient inte per besök. Mot denna bakgrund menar läkarna dessutom att de patienter som inte aktivt väljer en vårdcentral automatiskt kommer att listas på de vårdcentraler som landstinget självt driver. Läkarna anför att det ofta är de patienter som inte själva väljer vårdcentral som är friskast och därmed kommer att innebära minst kostnader för vårdcentralen. Det innebär en konkurrensfördel för landstingets verksamhet i egen regi.

## **6.4 Nuvarande system och dess brister**

### **6.4.1 Socialstyrelsens tillsyn**

Socialstyrelsen har tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. De olika lagar som reglerar Socialstyrelsens tillsyn beskriver vi i avsnitt 3.6.5. Tillsynen kan gälla både verksamheten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Tillsynen syftar främst till att förebygga skador och eliminera risker i hälso- och sjukvården. Den fokuserar därmed på säkerheten för patienterna. Även användningen av läkemedel och medicintekniska artiklar inom hälso- och sjukvården omfattas.

Tillsynen utförs av sex regionala tillsynsenheter. Huvuddelen av tillsynsresurserna används för verksamhetsinriktad tillsyn regionalt och nationellt. Tillsynen utgår dels från anmälningar t.ex. anmälan

enligt Lex Maria (6 kap 4 § *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*) och anmälan från patienter/närstående, dels från myndighetens egna initiativ. Prioriteringen av de egna initiativen utgår främst från tillsynsavdelningens egna erfarenheter. Som stöd har avdelningen bland annat registrerat alla lex Maria-ärenden. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete för att även få in rapporter om och registrera andra typer av brister i vården. En annan viktig prioriteringsgrund är verksamhetsområden där patienter med starkt nedsatt autonomi vårdas. Avdelningen får också direkta uppdrag eller återrapporteringskrav från regeringen. Kopior av anmälningar till HSAN som kan komma att leda till en disciplinär påföljd skickas även till Socialstyrelsen. Därigenom har Socialstyrelsen kännedom och kan fatta beslut om tillsyn rörande HSAN-ärenden. Lex Maria kräver att vårdgivare, inom två månader, ska rapportera till Socialstyrelsen om en patient drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av en allvarlig skada eller sjukdom. Om vi ställer de 1618 lex Maria-anmälningar som gjordes 2008 i förhållande till de 105 000 vårdskador som Socialstyrelsen beräknar sker varje år (Socialstyrelsen 2008), framgår det att bara en dryg procent av alla vårdskador anmäls. Alla vårdskador är inte nödvändigtvis lex Maria-ärenden, men det verkar ändå som att många händelser som borde anmälas enligt lex Maria inte blir anmälda.

Det blir dessutom allt vanligare att landstingen och kommunerna inte håller tidsramen på två månader, enligt Socialstyrelsen. År 2008 dröjde nästan hälften av anmälningarna mer än fyra månader. Enligt Socialstyrelsens tillsynsenhet tar anmälningarna så lång tid att fler patienter riskerar att drabbas av samma misstag och olyckor eller att samma patienter drabbas flera gånger. Dessutom riskerar utredningarna att bli sämre när de drar ut på tiden eftersom personalen hinner glömma det exakta händelseförloppet. Socialstyrelsen har därför i ett brev till alla landsting och kommuner, framhållit att det är av största vikt att Socialstyrelsen får fullständiga lex Maria-anmälningar inom stipulerad tid, dvs. inom två månader från det att händelsen har inträffat (Socialstyrelsen 2009a).

Socialstyrelsens tillsyn leder till olika former av beslut. I vissa fall konstaterar Socialstyrelsen brister i verksamheten som myndigheten förutsätter att verksamheten åtgärdar. I de fall bristerna är av stor betydelse för patientsäkerheten begär Socialstyrelsen att verksamheten ska redogöra för de åtgärder man vidtagit för att eliminera bristerna eller att Socialstyrelsen återkommer och gör en ny granskning för att följa upp vidtagna åtgärder.

Socialstyrelsen får även förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållanden av betydelse för patientsäkerheten. I föreläggandet får vite sättas ut. Om ett föreläggande inte följs och missförhållandena är allvarliga får Socialstyrelsen helt eller delvis förbjuda verksamheten (6 kap. LYHS). Den formen av sanktioner är mycket sällsynta.

Socialstyrelsen kan även göra anmälan hos HSN med yrkande om disciplinpåföljd, föreskrift om provotid, återkallelse av legitimation eller begränsning av behörighet att förskriva läkemedel samt teknisk sprit för personer som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen.

Enligt Patientsäkerhetsutredningen är detta inte tillräckliga och särskilt effektiva metoder (SOU 2008:117) Patientsäkerhetsutredningen har därför föreslagit en rad förändringar som vi beskriver i avsnitt 6.5.2.

### 6.4.2 Landstingens revision

Landstingen är ansvariga för all hälso- och sjukvård som finansieras av landstingen och har därmed även ansvaret för att granska och följa upp verksamheten, vilket vi har beskrivit i avsnitt 3.8.5.

Granskning och uppföljning är det sista ledet i en kontinuerligt återkommande process som omfattar kartläggning av befolkningens sjukvårdsbehov, planering för att möta behoven, budgetering av verksamheten samt revision och uppföljning av verksamheten.

Revisionen är landstingsfullmäktiges kontrollinstrument och innebär en granskning av att verksamheten uppfyller de mål som fullmäktige har ställt upp och att det sker med god hushållning av skattemedlen. Det finns olika former av revision. *Den ekonomiska revisionen*, sker årligen och innebär en granskning av att olika lagar och regler följs i redovisningen och att räkenskaperna är rättvisande. *Effektivitetsrevisionen* kan avse en särskild verksamhet eller ett särskilt mål. I denna undersöks om verksamheten bedrivs effektivt och ändamålsenligt, hur produktivitet och kvalitet har utvecklats och om organisation och styrsystem behöver förbättras. Stockholms läns landsting genomför exempelvis effektivitetsrevision under 2009 både av vårdgarantins och vårdvalsreformens genomförande (Stockholms läns landsting 2009).

*Medicinsk revision* avser den kliniska verksamheten och beskrivs i avsnitt 6.4.3. Medicinsk revision utförs inte av landstingsrevisorerna utan av läkarprofessionen själv.

Det verkar dock vara oklart i vilka lägen som medicinsk revision utförs och vad den ska leda till.

Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har exempelvis kritiserat dess hälso- och sjukvårdsnämnd (beställarnämnden) för att inte ha en plan för i vilka lägen det ska vara aktuellt med en medicinsk revision av utförarens verksamhet och vilka indikatorer beställaren i så fall ska utgå ifrån. Vidare saknas tydliga kriterier för när kvaliteten ska anses som så bristfällig att utföraren inte längre får bedriva verksamhet på landstingets uppdrag (Landstingsrevisorerna 2009).

### 6.4.3 Vårdrevision

I detta avsnitt kommer vi att beskriva två former av revision. Det som vi har döpt till *vårdrevision* innebär en granskning av hela vårdprocessen och kräver att flera professioner deltar i revisionen. *Medicinsk revision* är ett vedertaget begrepp i Sverige och avser en professionell granskning av den medicinska kvaliteten i sjukvårdsverksamheten och utförs av specialistläkare.

I Danmark är det obligatoriskt med en tvärprofessionell vårdrevision av utomstående revisorer för att bli en ackrediterad vårdgivare och därmed få verka i det danska hälso- och sjukvårdssystemet.<sup>2</sup> Förnyelse av ackrediteringen sker vart tredje år efter att en ny revision har skett. Det är *Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvaesendet* (IKAS) som står för ackrediteringen. IKAS har utvecklat en kvalitetsmodell, *Den Danske Kvalitetsmodel* (DDKM). Den omfattar ett antal olika standarder som vårdenheterna utfäster sig att följa för att ackrediteras. Det kan exempelvis gälla att man har en journalhantering som säkerställer patientens sekretess. Den tvärprofessionella revisionen utförs av utomstående kollegor som har fått specialutbildning i revision av IKAS. I revisionen undersöks om vårdgivaren har sådana rutiner som krävs och om vården håller tillräckligt god kvalitet enligt de standarder som har satts upp. En viktig skillnad mot det svenska systemet är att revisionen är obligatorisk och genomförs innan något har hänt, i stället för om

---

<sup>2</sup> Informationen om den tvärprofessionella revisionen i det danska ackrediteringssystemet är hämtad från IKAS hemsida [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

någon incident har inträffat, vårdgivaren har blivit anmäld eller själv vill genomgå och bekosta en revision i syftet att utveckla sin kvalitet.

Medicinsk revision innebär en professionell granskning av den medicinska kvaliteten i en sjukvårdsverksamhet. Granskningen sker framför allt av den kliniska patientvårdande verksamheten, dvs. diagnostik, behandling och resultat. I viss omfattning ingår även andra aspekter av vårdprocessen, som omvårdnad, bemötande, ledning, resursutnyttjande, prioriteringar, samverkan, analys av enhetens uppdrag samt förebyggande insatser (EMK 2002).

I Sverige är det inte reglerat i dag när medicinsk revision ska genomföras, utan det bestämmer landstingen själva. Åtminstone i Stockholms läns landsting finns inga klara regler för när det ska ske, som vi har beskrivit i föregående avsnitt.

En medicinsk revision kan vara föranledd av en händelse eller kritik från Socialstyrelsen eller vara ett initiativ från sjukvårdsenheten själv som ett sätt att utveckla kvaliteten. Den medicinska revisionen utförs av erfarna läkare inom samma specialitet. Ofta använder sig landstinget av ett externt företag eller av läkare med utbildning i medicinsk revision från ett annat landsting för att få till stånd en oberoende granskning.

Medicinska kvalitetsrådet (MKR) som är ett gemensamt organ mellan Sveriges läkarförbund och Svenska läkaresällskapet har en särskild enhet för medicinsk kvalitetsrevision (EMK) vars uppgift är att utbilda kvalitetsrevisorer och organisera revisionsverksamhet. EMK leds av en styrgrupp med representanter från MKR, de läkar-specialiteter som deltar i verksamheten samt Socialstyrelsen. EMK är ett av de revisionsföretag som landstingen kan använda sig av för att få medicinsk revision utförd.

Sedan EMK bildades år 2000 har dess revisionsverksamhet gått ned. Anledningar till nedgången i EMK:s verksamhet kan vara flera; att EMK inte marknadsför sin verksamhet (enligt beslut i läkarförbundets styrelse), att landstingen väljer att anlita andra företag eller andra landsting för revisionen, eller att revisionen kräver stora resurser av den enhet som ska granskas, både i form av engagemang och tid från medarbetarna och i pengar. Exempelvis får en vanlig klinik betala cirka 110 000 kronor för en fullständig revision från EMK. Väljer den en begränsad revision, i vilken exempelvis endast vissa diagnoser ingår, kan priset bli 50–60 000 kronor. En vårdcentral betalar cirka 35 000 kronor. Enligt förslag ska revisionen



sedan göras vart femte år, vilket ger en årskostnad på högst 22 000 kronor.

#### 6.4.4 Landstingens uppföljning

Som vi skriver i avsnitt 3.6.5 har landstingen, enligt *kommunallagen (1991:900)*, ett ansvar för att följa upp sin verksamhet.

Den uppföljning som har skett i den öppna specialistvården och primärvården verkar framför allt ha avsett huruvida regler följs samt kvantitativa aspekter till exempel om utlovade antal besök och behandlingar har utförts. Mer sällan har en uppföljning skett av kvalitativa aspekter kring huruvida nationella behandlingsriktlinjer följs eller resultatet av behandlingarna. Dels är det svårt att utforma kvalitativa faktorer som kan användas i uppföljningssyfte och som, utföraren själv kan rapportera in, dels är det dyrt att använda sig av medicinska revisioner som inkluderar journalgranskningar och utförs av utomstående.

I ett vårdvalssystem går det att ställa krav på att utförarna ska medverka till att uppföljning ska kunna genomföras för att få auktorisation. Eftersom auktorisation bygger på att kraven är lika för alla utförare kan uppföljningen dessutom ske utifrån samma krav. I ett vårdvalssystem går det dessutom att ställa nya krav efter hand för att få behålla sin auktorisation, vilket gör att uppföljningen också kan ske efter nya kriterier.

I de *regelböcker* för auktorisation till olika delar av vårdvalet i primärvården har Stockholms läns landsting krav på relativt omfattande deltagande i den årliga uppföljningen. Vårdcentralen måste åta sig att mäta och inrapportera flera indikatorer som är mått på att den nationellt antagna strategin för God Vård följs, dvs. att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid.

Uppföljningen av vårdavtal är svårare att förändra över tiden. Avtalen ser olika ut och har tillkommit vid olika tidpunkter, en del kanske för länge sedan. En utökad eller förändrad uppföljning under avtalsperioden förutsätter att utföraren accepterar att medverka i denna.

Som vi har skrivit i avsnitt 3.6.5 ansåg landstingen tidigare att det var svårast att följa upp verksamheten hos läkare och sjukgymnaster som har ersättning enligt den nationella taxan. Enligt Stockholms läns landstings egna uppskattningar, som utredningen

har fått ta del av, uppgår feldebiteringen från privata läkare och sjukgymnaster som har ersättning enligt den nationella taxan till betydande belopp.

För att förstärka landstingens möjlighet att följa upp av privata läkare och sjukgymnaster infördes den 1 april 2009 ändringar i *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning* och *lagen om ersättning för sjukgymnastik (1993:1652)* som innebär att privata läkare och sjukgymnaster som har ersättning enligt den nationella taxan ska vara skyldiga att medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas (prop. 2008/09:64).

Förändringen innebär att dessa läkare och sjukgymnaster på begäran av landstinget ska lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård, eller behandling av en patient som behövs för kontroll av begärd ersättning. Dessutom har det förtydligats i *lagen om läkarvårdsersättning* att även privata läkare är skyldiga att lämna uppgifter till hälsodataregistren enligt *lagen (1998:53) om hälsodataregister*.

Mot bakgrund av att den nya utformningen av *lagen* har varit i kraft så kort tid, är det för tidigt att säga om landstingens problem att följa upp de privata läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan nu är löst.

De privata vårdgivare som ska rapportera uppgifter har också framfört en del kritik av systemet. Den nuvarande nationella taxan är uppbyggd kring ett system av åtgärder som inte följer nationella standarder enligt fastslagna regelverk. Det försvårar i dag för de privata vårdgivarna eftersom de måste rapportera utförda åtgärder till två olika system med olika strukturer. Inte heller underlaget för att beräkna kostnader bygger på nationella data som finns tillgängliga.

Därutöver har möjligheterna att granska privata vårdgivares journaler kritiserats för att utgöra ett intrång i patientintegriteten. Enligt denna kritik kan uppgifter, som tidigare enbart har kunnat begäras in av Socialstyrelsen i dess tillsynsarbete, nu även begäras in av landstingen i syfte att granska om landstingen får den vård som den betalar för. Enligt kritiken skulle detta till och med kunna vara ett brott mot sekretesslagstiftningen.

Granskningen av privata läkare och sjukgymnaster som har ersättning enligt den nationella taxan ska dock gå till på samma sätt som vid granskning av all annan vård. De som granskar journaler ska vara erfarna yrkesutövare och ha god kännedom om sekretess- och patientdatalag och förordningar. I samband med rapporteringen av

resultatet av granskningen ska journalhandlingarna sekretessbeläggas. Från kritikerhåll har även framförts att journalhandlingarna alltid bör vara anonymiserade så att det inte går att identifiera den enskilde patienten, vilket inte görs i dag. Anonymiserade journalhandlingar kan dock inte användas av landstingen för att göra fakturakontroller. Om journalerna inte har patientuppgifter går det inte lika lätt att jämföra dem med debiteringsunderlaget och de är inte tillräckligt bra bevismaterial i en juridisk prövning.

Läkarförbundets centralstyrelse har som ett alternativ till att anonymisera patientjournaler antagit en policy för att vården ska ges möjlighet att använda pseudonymisering. Pseudonymisering innebär att man byter identitetsuppgifterna i en viss journaldokumentation mot en pseudonym så att patientens verkliga identitet skyddas för alla som inte måste känna till den. Pseudonymisering innebär att det finns kvar en koppling till identiteten som kan återskapas när det behövs, till skillnad från aidentifiering där kopplingen till personen tas bort för alltid (Lövström och Orbrant 2009).

#### 6.4.5 Kvalitetsregister

Nationella kvalitetsregister har gradvis etablerats på ett flertal olika områden. De har i regel startat som lokala initiativ, men många har fått en större spridning allteftersom. I dag finns 67 så kallade *Nationella Kvalitetsregister* som drivs med stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Registren byggs upp och drivs i decentraliserad form på olika kliniker. Det administrativa arbetet med registren sköts av Sveriges Kommuner och Landsting som i detta samverkar med Socialstyrelsen.

De nationella kvalitetsregistren innehåller för sina respektive medicinska områden uppgifter om patienters diagnos, utförda behandlingar och resultat. Registren är på så sätt en viktig källa till kunskap om behandlingseffekter och för lärande. De utgör även en viktig källa för så kallade *öppna jämförelser*.

De kvalitetsregister som finns i dag har huvudsakligen utvecklats av olika specialistläkarföreningar eller kliniker med syftet att dessa ska kunna jämföra sig med varandra och utveckla professionen och verksamheten. De ser därför olika ut och är inte helt lättillgängliga för tjänstemän, politiker, patienter eller medborgare.

Ett av Sveriges nyaste kvalitetsregister är *Senior Alert* som har utvecklats på Qulturum som är landstinget i Jönköpings läns utveck-

lingscentrum. Det är ett annorlunda register eftersom det är tvärprofessionellt och kopplat till en handlingsplan. Syftet med Senior Alert är att förebygga fallskador, undernäring och trycksår hos personer över 65 år. All personal som arbetar med patienten, som till exempel geriatriker, sjuksköterskor, hemtjänstpersonal och biståndshandläggare, rapporterar till registret. Om en patient bedöms vara i riskzonen för något eller alla problem sätter personalen upp en handlingsplan för patienten (Beckman 2009).

Det finns en stor utvecklingspotential när det gäller utformningen av nationella kvalitetsregister. Nationella kvalitetsregister skulle kunna utgöra heltäckande kunskapssystem som speglar alla nivåer för kontinuerligt lärande, förbättring, ledning och styrning av all vård och omsorg. För det krävs en mångdimensionell uppföljning av kvaliteten i vård och omsorgsverksamhet (SKL 2008). Exempel på områden som kan följas upp i kvalitetsregister är medicinsk kvalitet (överlevnad, komplikationer, läkemedel med mera) funktionell kvalitet (om patienten kan gå, klä sig, handla med mera) och patientupplevd kvalitet (patientens bedömning av det medicinska utfallet, upplevd smärta, bedömning av bemötande med mera). De nationella kvalitetsregistren skulle på så sätt kunna följa patientens väg genom vården och överbrygga organisatoriska gränser (samma källa).

#### 6.4.6 Hälsodataregister

Socialstyrelsen får enligt *lagen om hälsodataregister (1998:543)* föra fyra hälsodataregister. Registren innehåller olika uppgifter men i samtliga fall personnummer, hemort och diagnos eller uthämtat läkemedel. Eftersom registren innehåller personuppgifter omfattas de av sekretess enligt 24 kap 8 § *offentlighets – och sekretesslagen (2009:300)*. De får endast användas för att framställa viss statistik, viss uppföljning och utvärdering samt forskning, efter det att prövning har skett om utlämning av uppgifterna kan ske utan att den de berör eller närstående kan lida skada eller men. Vårdgivare och apotek är skyldiga att anmäla uppgifter till registren. Vissa uppgifter hämtas dessutom från Statistiska centralbyrån.

De fyra hälsodataregistren är följande: *Patientregistret* startade 1964 och innehåller information om alla som blir inskrivna på sjukhus i Sverige samt från senare år även data från viss öppenvård. *Medicinska födelseregistret* startade 1973 och innehåller uppgifter om mödrar

och barn från samtliga förlossningar i Sverige. *Cancerregistret* startade 1958 och innehåller information om folkbokförda personer i Sverige som har diagnostiserats med en tumör eller ett tumörliknande tillstånd. *Läkemedelsregistret* startade 2005 och innehåller information om receptbelagda läkemedel som expedieras på apotek.

I dag är det ett mycket stort bortfall i rapporteringen från privata vårdgivare inom den öppna specialiserade vården till hälsodataregistren, trots att rapporteringen är obligatorisk. Myndigheten har dock inga sanktionsmöjligheter mot dem som inte rapporterar.

#### 6.4.7 Öppna jämförelser

Än så länge är resultat från de olika kvalitetsregistren endast öppet och jämförbart redovisade för allmänheten på landstingsnivå och inte på sjukhusnivå, vårdenhet eller för enskilda läkare. (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting 2008). Det gör att de inte heller är särskilt användbara för den patient som står inför situationen att välja vårdgivare. Många av indikatorerna är dessutom avsedda för uppföljning och styrning och är därför inte relevanta för patienten eller medborgaren.

Alla inblandade parter arbetar mot det gemensamma målet att utveckla de öppna jämförelserna genom att även utvärdera processer och att ange resultat på enhetsnivå. I en första rapport jämförs och värderas processer och resultat mellan sjukhus och huvudmän inom hjärtsjukvården. De tre övergripande frågor som rapporten ämnar besvara är huruvida svensk hjärtsjukvård bedrivs i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer, de sex kriterierna för God Vård och om resultaten vad avser dödlighet och återinsjuknande är rimliga (Socialstyrelsen 2009c). Motsvarande analyser av process, resultat och kostnader från hälsodataregister, kvalitetsregister och andra datakällor pågår för närvarande inom områdena psykiatri, primärvård och stroke. Målet är att fortlöpande kunna mäta värdera och öppet jämföra vårdens kvalitet och effektivitet.

Regeringen har också antagit en nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (Socialdepartementet 2009a), se vidare avsnitt 6.5.5.

### 6.4.8 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram kunskapsbaserade riktlinjer för olika områden. Dessa är ett viktigt styrinstrument och stödjer utvecklingen mot en mer jämlik vård. Basen för riktlinjer är en kunskapsgenomgång där experter värderar kunskap om behandlingar för olika tillstånd. I arbetet görs också hälsoekonomiska värderingar av olika behandlingar för att få en bild av deras kostnadseffektivitet. Riktlinjerna innehåller sedan uttalanden om vilka åtgärder som är att rekommendera för olika tillstånd och problem.

Rekommendationerna i nationella riktlinjer ger också stöd för prioriteringar. En prioriteringsgrupp rangordnar tillstånds- och åtgärdsparerna i riktlinjerna utifrån den sammanvägda bedömningen av nytta och kostnad. Prioriteringsgruppen består av experter med hög legitimitet i hälso- och sjukvården som har praktisk erfarenhet från det aktuella området och som representerar olika nivåer. Rangordningen görs i en skala från ett till tio, där ett anger högsta och tio lägsta prioritet. Rangordningen baseras på faktagruppens samlade bedömning av tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt och kostnadseffektivitet samt hur starkt vetenskapligt stöd som finns för effekter och kostnadseffektiviteten.

### 6.4.9 Utvärdering av medicinska metoder<sup>3</sup>

Statens beredning för medicinska utvärderingar (SBU) har ett nationellt ansvar för systematiska och vetenskapliga utvärderingar av medicinska metoder. Dessa utvärderingar utgör underlag för Socialstyrelsens riktlinjearbete, Tandvårds- och läkemedelsverkets, TLV (tidigare Läkemedelsförmånsnämnden LFN) läkemedelsgenomgångar inom terapiområden. De är även underlag för landstingens prioriteringar och beslut.

Den så kallade *SBU Alert* identifierar och utvärderar till exempel nya metoder som kan få stor betydelse för hälso- och sjukvården. Även etablerade metoder i hälso- och sjukvården som bedöms angelägna, men inte täcks av riktlinjearbetet, utvärderas kontinuerligt.

Basen för de nationella riktlinjerna är systematiska och vetenskapliga utvärderingar av medicinska metoder och i Sverige är det SBU som ansvarar för dessa utvärderingar.

---

<sup>3</sup> Informationen är hämtad från SBU:s hemsida: [www.sbu.se](http://www.sbu.se).

För att kunna utvärdera olika medicinska behandlingars samlade medicinska, etiska och sociala effekter tar SBU fram evidens om metoderna. Evidens innebär *bästa tillgängliga bevis*. SBU tar fram evidens genom att väga samman resultatet av systematiskt insamlade och kvalitetsgranskade forskningsresultat, som ska uppfylla bestämda krav på tillförlitlighet.

För att bedöma hur starkt det sammanlagda stödet är för en medicinsk metod tillämpar SBU ett internationellt evidensgraderingssystem. För varje variabel utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av försvagande eller förstärkande faktorer som studie-kvalitet, relevans, samstämmighet, överförbarhet, med mera.

Evidensstyrkan graderas i fyra nivåer: starkt vetenskapligt underlag, måttligt starkt vetenskapligt underlag, begränsat vetenskapligt underlag, och otillräckligt vetenskapligt underlag. Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

SBU:s utvärderingar granskar nytta, risker och kostnader för de metoder som används i vårdarbetet. SBU-rapporterna kan visa vilken metod som är bäst. Men SBU pekar även ut metoder som inte har effekt eller inte är kostnadseffektiva, och som bör undvikas. Dessutom identifierar SBU metoder som behöver studeras bättre innan de sprids.

Enligt SBU är det i dag inte alltid de bästa metoderna som används i vården. Många rutinmetoder för att upptäcka och behandla sjukdom är föråldrade och ineffektiva. Andra, nya metoder har fått snabb spridning utan att vare sig nyttan, riskerna eller kostnaderna har granskats kritiskt. Samtidigt finns det metoder som snabbt borde få större användning än de har i dag eftersom forskningen visar att de är kostnadseffektiva. SBU har ett särskilt system för att identifiera och i ett tidigt skede bedöma nya metoder, *SBU Alert*, som drivs i samverkan med Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. I Alert-rapporterna som publiceras på SBU:s hemsida beskrivs kortfattat de nya metoderna och deras förväntade effekter. Syftet med Alert är att medverka till att nya metoder i hälso- och sjukvården introduceras på ett så effektivt sätt som möjligt, att introduktionen föregås av vetenskaplig utvärdering, och att erbjuda ett förbättrat beslutsunderlag vid öppna och medvetna prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Alert-rapporterna är framför allt riktade till politiker och administratörer,

hälso- och sjukvårdspersonal i beslutsställning på olika nivåer, beställare av hälso- och sjukvård samt till läkemedelskommittéer.

#### 6.4.10 Personalens kompetensutveckling

Det finns inga obligatoriska krav på genomförda kurser eller tester för den svenska hälso- och sjukvårdspersonalen som genomgått grundutbildning och erhållit legitimation. Den enskilde individen förutsätts enligt lagen ha tillräckliga kunskaper för att kunna utöva sitt yrke.

I *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (LYHS) anges att ”Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav.” (2 kap 1 § LYHS). Om det visar sig att någon brister i kompetens kan HSN återkalla legitimationen, på begäran av Socialstyrelsen.

Vårdgivaren har däremot skyldighet att se till att verksamheten har rutiner för att säkerställa att personalen har den kompetens som krävs för att utföra arbetsuppgifterna samt en plan för personalens kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov. Det regleras i Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen 2005).

Flera länder har system för att kontinuerligt kontrollera och utvärdera hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens. I England kommer ett system för kontinuerlig återvalidering att införas successivt under 2009. Systemet kommer att innebära att läkarnas kunskaper testas vart femte år och att den som inte klarar testet riskerar att förlora sin legitimation eller specialistkompetens (de Fine Licht 2009). Nederländerna och USA har system som innebär att specialistkompetensen måste förnyas efter ett visst antal år och även i Frankrike, Kanada och Nya Zeeland är sådana system under utveckling (Allsop och Jones 2006).

I England finns redan ett system med så kallade råd för 14 yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. För sjuksköterskor och barnmorskor är det *Nursing and Midwifery Council*, vars huvudsakliga uppgift är att skydda allmänheten. De olika råden tar fram standarder för sina respektive professioner, ger råd och vägledning för sina yrkesgrupper samt ställer upp de krav som ska uppfyllas för att individen ska kunna ansöka om legitimation och



kunna behålla legitimationen. De upprättar också standarder och tester för att regelbundet ompröva legitimationen.

De pedagogiska experterna verkar vara eniga om att den bästa formen av lärande sker när teori och praktik binds ihop tillsammans med samarbete och reflektion med kollegor i en lärande organisation. En lärande organisation kännetecknas av att den ser till att skapa tillfällen för dialog och ifrågasättande i det dagliga arbetet, både i den akuta problemsituationen för att hitta lösningar och i en utvärderingsfas för att i efterhand dra slutsatser och få insikter.

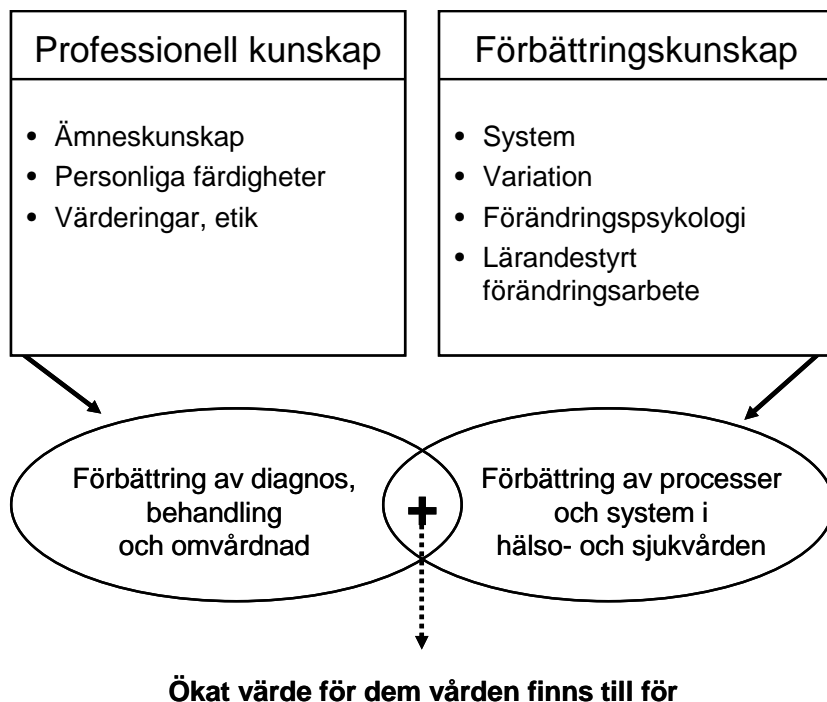
#### 6.4.11 Stöd för verksamhetsutveckling

Utredningen har redan i ett tidigare betänkande berört frågan om hur olika former av regler kan stödja respektive försvåra en regional och lokal verksamhetsutveckling (SOU 2008:127). Möjligheterna för förnyelse och innovation inom hälso- och sjukvården är till stora delar avhängiga möjligheterna till lokala och regionala initiativ.

Ansvarskommittén (SOU 2007:10) och senare Utredningen en nationell cancerstrategi (SOU 2009:11) har understrukt behovet av regionala kunskapscentrum som stöd för regional kunskapsbildning och kunskapsspridning inom hälso- och sjukvården. Sådana centrumbildningar skulle kunna fylla en viktig funktion som stöd för lokal och regional verksamhetsutveckling. Det gäller inte minst på området kring förbättringsarbete och organiseringen av vårdprocesser. Det har exempelvis på flera håll noterats den betydande potential som finns för att höja såväl kvalitet som effektivitet genom att utveckla nya arbets- och samarbetsformer (IHI 2005, Anund 2009).

Förbättringskunskap är ett komplement till hälso- och sjukvårdens professionella kunskap och baseras i hög utsträckning på beteendevetenskaplig forskning. Den behövs för att säkerställa att ny kunskap och bättre metoder kommer patienterna till godo i största möjliga utsträckning (Socialstyrelsen 2006). Figuren nedan illustrerar innehåll och kopplingen mellan de två disciplinerna.

Figur 6.1 Kopplingen mellan professionell kunskap och förbättringskunskap



Källa: Socialstyrelsen 2006.

Det finns i dag intressanta exempel på olika nationella och regionala kompetenscentrum som specialiserat sig på förbättringskunskap. Ett exempel, som särskilt kan nämnas är *The Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare*. Det grundades i början av 2009 av Högskolan i Jönköping, Landstinget i Jönköpings län samt länets 13 kommuner. Syftet är att utgöra ett forum för forskning och utbildning inom förnyelse och förbättringskunskap (Högskolan i Jönköping 2009).

Utredningen gör bedömningen att det inom kretsen av landsting finns ett stort behov att utveckla olika former av kompetenscentrum som kan ge stöd för lokal och regional verksamhetsutveckling. I ett hälso- och sjukvårdssystem präglad av mångfald bör

sådana initiativ i största möjliga mån omfatta vårdgivare oavsett i vilken driftsform som verksamheten bedrivs.

## 6.5 Pågående initiativ

I detta avsnitt beskrivs uppdraget till eller slutsatserna från ett antal utredningar och arbetsgrupper med relevans för den här utredningen.

### 6.5.1 Behörighetsutredningen

Regeringen har tillsatt en utredning som ska utreda ett antal frågor som rör behörighetsregleringen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten (dir. 2009:25). Utgångspunkten för uppdraget är patientens säkerhet och principen om näringsfrihet.

Utredaren har fått i uppdrag att bedöma om ytterligare yrkesgrupper bör regleras inom hälso- och sjukvården än de 21 legitimationsyrken som finns i dag. I det uppdraget ingår även att utreda hur fler sjuksköterskor ska kunna uppmuntras att specialistutbilda sig.

Utredaren ska därutöver göra en översyn av bestämmelserna i 4 kap. *lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område* (LYHS) om begränsningar i rätten att vidta vissa hälso- och sjukvårdande åtgärder, de så kallade kvacksalveribestämmelserna. I översynen ingår att lämna förslag som ska förtydliga för allmänheten vad som ingår i hälso- och sjukvård och vad som inte räknas dit. I uppdraget ingår även att se över behovet av och förutsättningarna för en tillsyn över den marknad av tjänster som ligger nära hälso- och sjukvård, men som inte räknas dit, och för vilken Socialstyrelsen inte utövar tillsyn.

Slutligen ska utredaren se över behovet av behörighetsregler för handläggning och utredning för socialtjänstens räkning. Några sådana regler finns inte i dag.

Utredaren ska redovisa uppdraget senast den 1 oktober 2010.

### 6.5.2 Patientsäkerhetsutredningen

Regeringen tillsatte våren 2007 en särskild patientsäkerhetsutredning. Denna lämnade sitt slutbetänkande i december 2008 (SOU 2008:117). Betänkandet har varit ute på remiss och bereds för närvarande inom Regeringskansliet.

Patientsäkerhetsutredningen föreslår att en ny lag om patientsäkerhet införs. Enligt denna ska vårdgivare vara skyldiga att bedriva ett kontinuerligt patientsäkerhetsarbete samt att systematiskt planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sådant sätt att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen uppfylls. Vårdgivarna ska också vara skyldiga att informera patienter när en vårdskada har inträffat och den troliga orsaken till varför den har gjort det (SOU 2008:117).

I Patientsäkerhetsutredningens slutbetänkande föreslås vidare att disciplinpåföljderna, dvs. varning och erinran, ersätts med bl.a. skärpta bestämmelser om prøvotid som innebär en möjlighet för den statliga tillsynen att följa och övervaka sådan legitimerad personal som kan befaras utgöra en fara för patientsäkerheten. Staten ska exempelvis kunna ställa krav på kompetensutveckling eller – om yrkesutövaren har missbruksproblem – på att denne ska genomgå behandling. Om kraven inte uppfylls ska legitimationen som huvudregel återkallas.

En patient som vänder sig till HSAN måste i dag kunna precisera sin anmälan och bl.a. ange vem eller vilka yrkesutövare patienten anser har gjort fel. Patientsäkerhetsutredningen konstaterar att det vore bättre om patienter enbart behövde anmäla vad som inträffat och att det sedan var statens sak att utreda händelsen ur ett brett och förutsättningslöst perspektiv. I betänkandet föreslås att patienter inte ska behöva precisera sin anmälan på sätt som är fallet i dag.

Patientsäkerhetsutredningen lägger även fram förslag som berör frågor såsom hälso- och sjukvårdspersonalens samt vårdgivarnas rapporteringsskyldighet till Socialstyrelsen, – begränsning i förskrivningsrätten, och patientnämndernas verksamhet, med mera (samma källa).

### 6.5.3 Nationellt system för egenkontroll

Mot bakgrund av resultat och slutsatser i den vårdskadeundersökning som Socialstyrelsen publicerade 2008 har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att utreda förutsättningarna för att införa ett nationellt system med fastställda rutiner för egenkontroll. Projektet är avgränsat till kvalitetsområdet Säker vård i God vårdstrategin. Delmålen är att:

- kartlägga vilka patientsäkerhetsområden och sektorer inom hälso- och sjukvården som i ett första steg lämpar sig för egenkontroll baserad på nationellt fastställda rutiner,
- belysa hur ett nationellt system för egenkontroll kan inlemmas i hälso- och sjukvårdens regelsystem, samt att
- belysa hur graden av utbyggd egenkontroll ska kunna redovisas och hur informationen ska göras tillgänglig för beslutsfattare och allmänhet.

Uppdraget ska avrapporteras till regeringen senast den 15 december 2009.

### 6.5.4 En oberoende granskningsfunktion

Socialministern har tillsatt en arbetsgrupp med uppdrag att föreslå formerna och definiera uppgiften för en oberoende och strukturellt fristående granskningsfunktion för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den första delen av arbetet ska koncentreras till hälso- och sjukvården och äldresjukvården samt granskningsfunktionens organisationsform. Det ska redovisas i form av en departementspromemoria senast den 16 oktober 2009 (Socialdepartementet 2009b).

Utredningen har haft löpande kontakter med arbetsgruppen för en oberoende granskningsfunktion. Av dessa har framkommit att arbetsgruppen uppfattar att om granskningsfunktionen ska vara strukturellt oberoende bör den sannolikt byggas upp som en egen myndighet. Den centrala uppgiften för den oberoende granskningsfunktionen handlar om kvalificerad uppföljning av kvaliteten i hälso- och sjukvården.

Arbetsgruppen har diskuterat olika perspektiv som granskningsfunktionen kan utgå ifrån i sitt arbete och kommit fram till

att det är patientens och medborgarens perspektiv som är det viktigaste. Landstingen och vårdproducenterna kommer säkerligen också att kunna dra nytta av såväl metodutveckling som de resultat granskningsfunktionen tar fram, men det är inte deras perspektiv som är det mest centrala för granskningsfunktionens arbete.

En viktig uppgift blir enligt arbetsgruppen att förstärka patientens möjlighet att göra informerade vårdval på basis av jämförande information om kvaliteten på vården på olika håll. Som komplement kan det bli aktuellt att även producera information om alternativa metoder för vård och behandling. En annan uppgift som kan bli aktuell är att följa upp och utvärdera nationella reformer och satsningar inom hälso- och sjukvården. Därtill kommer en stor del av granskningsfunktionens arbete att handla om att skapa effektiv kommunikation och dialog med de primära målgrupperna, dvs. patienter och medborgare.

### 6.5.5 Patientdatalagen och Nationell Patientöversikt<sup>4</sup>

Den 1 juli 2008 trädde *patientdatalagen (2008:355)* i kraft. Den kommer förhoppningsvis att driva på utvecklingen mot sammanhållen journalföring, vilket stärker patientsäkerheten. Den innebär att behörig personal med patientens samtycke elektroniskt ska kunna ta del av informationen hos andra vårdgivare över huvudmannagränserna. Det ger också nya förutsättningar för forskning och uppföljning.

Tjänsten *Nationell patientöversikt* ger behöriga användare möjlighet att med patientens samtycke hitta och titta på viktig patientinformation som registreras i de olika vårdsystemen hos landstingen, kommunerna och de privata vårdgivarna. Viktig information som diagnoser, provresultat, läkemedelsförskrivning och vårdplaner blir tillgängliga för alla anslutna huvudmän via ett webbgränssnitt. Först ut att genomföra provdrift under 2009 är Örebro läns landsting. Nationell Patientöversikt kommer att innebära en ytterligare möjligheter till förbättrad uppföljning, utvärdering och forskning.

---

<sup>4</sup> Informationen är hämtad från Socialdepartementet m.fl., *Lägesrapport 2009 – Nationell IT-strategi*.

### 6.5.6 Nationell IT-strategi<sup>5</sup>

Landstingen, kommunerna, sjukhusen och ibland även vård- och omsorgsenheter har byggt upp olika IT-system som ofta inte kommunicerar särskilt väl med varandra. Det leder till många svårigheter.

Det har exempelvis visat sig svårt att få till stånd elektroniska journalsystem som följer patienten genom hela vårdkedjan och över huvudmannagränser, vilket innebär en brist i patientsäkerhets-hänseende.

Svårigheten att få fram information från olika delar av vården och omsorgen har också gjort det svårare att göra verksamhetsuppföljningar för olika grupper. Det kan exempelvis gälla barn och unga, äldre, personer med funktionsnedsättning etcetera, som ofta är klienter i både sjukvården och omsorgen och ibland även hos socialtjänsten.

Att granskningssystemen är regionala eller till och med lokala gör att resultaten inte alltid är jämförbara över riket, vilket är negativt i sig. För privata vårdgivare som verkar i flera olika landsting eller kommuner är det en tung börda att hålla reda på alla olika system och uppgifter som ska redovisas i de olika systemen.

Regeringen, SKL, Socialstyrelsen och Vårdföretagarna har i syfte att förbättra situationen tagit fram en nationell IT-strategi (Socialdepartementet m.fl. 2009).

Den nationella IT-strategin är ett gemensamt projekt mellan Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Vårdföretagarna. Eftersom de olika huvudmännen har olika ekonomiska och organisatoriska förutsättningar och intressen, har arbetet kommit olika långt med IT som verktyg för att stödja och utveckla verksamheten. För att lyckas krävs ett samarbete på nationell, regional och lokal nivå mellan stat, kommuner, landsting och privata vårdgivare. Hur snabbt IT-strategin kan genomföras beror dels på hur snabbt de nationella tjänsterna är utvecklade, dels hur snabbt organisationerna är beredda att införa dem. Hittills har alla landsting och merparten av kommunerna anslutit sig till strategin (samma källa).

---

<sup>5</sup> Informationen är hämtad från Socialdepartementet m.fl., *Lägesrapport 2009 – Nationell IT-strategi*.

### 6.5.7 Nationell strategi för öppna jämförelser

Regeringen antog den 25 juni 2009 en *Nationell strategi för kvalitetsutveckling genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården* (Socialdepartementet 2009a). Den nationella strategin har utvecklats av en arbetsgrupp med deltagare från Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Vårdföretagarna, och Branschföreningen för icke-vinstdrivande vård och social omsorg (FAMNA).

Anledningen till att det behövs en nationell strategi på området är enligt arbetsgruppen att det i dag pågår arbete med att redovisa jämförelser på lokal, regional och nationell nivå, men utan att det är samordnat eller har en strategisk inriktning. Det medför att tillgängliga resurser inte nyttjas effektivt.

Det uttalade syftet med den nationella strategin är att peka ut viktiga utvecklingslinjer för olika aktörers kommande beslut. Strategin innehåller dock inga specifika åtaganden och fastslår inga rollfördelningar mellan stat, landsting och kommuner. Genom samverkan ska parallella strukturer för att samla in data undvikas, liksom insamlande av snarlika indikationer för att belysa samma företeelse.

Ett nationellt system för öppna jämförelser ska utgå från brukarens och patientens behov. Det förutsätter att alla utförare – offentliga, privata och ideella – deltar i arbetet. För att det ska bli möjligt får inte de öppna jämförelserna systematiskt gynna eller missgynna någon utförare.

Visionen för öppna jämförelser är enligt strategin att medborgarna ska kunna få aktuell kunskap när och på vilket sätt de vill ha den. Jämförelserna ska vara lättillgängliga, aktuella, ändamålsenliga och tillförlitliga kunskapsunderlag för medborgare, brukare, patienter, medarbetare, beslutsfattare och forskare.

För att detta ska kunna ske krävs bland annat att tidsspannet kortas mellan när data fångas in i systemen tills de återförs som jämförelse. Underlag för revision och granskning med syfte att presentera slutsatser för professioner och beslutsfattare ställer höga krav på statistisk säkerhet. Det leder till långa tidsfördröjningar. Det är inte ett problem ur revisionssynpunkt men däremot ur ett styrnings- och utvecklingsperspektiv liksom för det informerade fria valet, enligt strategin. Ur ett styrnings- och utvecklingsperspektiv kan toleransen för vissa osäkerheter behöva accepteras. I och med implementeringen av den nationella IT-strategin förbättras möjligheten att få tillgång till data som är både tillförlitliga och färska. Enligt strategin kommer detta leda till att flera av dagens motsättningar



mellan data för revision och data för styrning och utveckling att minimeras.

Avsikten är inte att öppna jämförelser fristående ska förklara skillnader i kvalitet och effektivitet. För det krävs särskilda analyser som kan genomföras nationellt (exempelvis av en oberoende granskningsmyndighet), av landsting, kommuner, verksamheter eller forskare. Djupgående analyser bör, enligt strategin, göras av aktörerna var och en för sig. Detta för att undvika kompromisser i slutsatser och rekommendationer och för att tydliggöra vem som står bakom arbetet, vilket är viktigt för användarna när de värderar resultatet.

Avsikten är att de öppna jämförelserna ska vara tillgängliga och anpassade för lokala och nationella politiker, tjänstemän, professioner, forskare, journalister samt medborgare. Relevanta delar av informationen ska visas beroende på användarens behov.

## **6.6 Utredningens iakttagelser**

### **Mångfald kräver ökad tillsyn och granskning**

En ökad mångfald av vårdgivare och olika former av marknadslösningar inom hälso- och sjukvården förutsätter att Socialstyrelsen kan utöva tillsyn av alla vårdgivare och att även granskningen av hälso- och sjukvården utvecklas. När möjligheterna ökar för privata företag att etablera sig i den öppna specialistvården blir landstingens uppgift att planera och följa upp denna allt viktigare.

### **Lika möjligheter till kontroll av vårdgivare**

Regering och riksdag har nyligen fattat beslut om en lagändring som innebär att läkare och sjukgymnaster som verkar enligt den nationella taxan ska vara skyldiga att medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Det är naturligtvis viktigt att ett nytt system för att ersätta privata vårdgivare också ger denna möjlighet.

Huvudmännen kan och bör även utnyttja möjligheten att skriva in krav på samverkan vid uppföljning och granskning även i anbudsvillkor vid upphandling och i villkoren för att ingå i ett vårdvalssystem.

## Patientintegritet

Förbättrad möjlighet för landstingen att följa upp och granska även privata vårdgivare får inte innebära att patientsekretessen åsidosätts. Granskningen bör därför hållas inom en snäv krets av erfarna personer med god kännedom om sekretesslagstiftningen och inte röjas för obehörig. Vid en eventuell rättegång ska allt journalmaterial sekretessbeläggas. Journalgranskningen bör endast få ske som ett led i landstingets ansvar för att tillhandahålla en god och säker vård och för att säkerställa en god ekonomisk hushållning. Om ett system med *pseudonymisering* av patientuppgifter, som vi beskriver i avsnitt 6.4.4., går att använda för att åstadkomma detta är det att föredra framför identifierbara journalhandlingar.

## Ackreditering av vårdgivare

I dag är det i huvudsak sjukvårdshuvudmännen som ansvarar för att den vård som bedrivs inom det egna landstinget håller tillräckligt god kvalitet. Vården är dock inte lika över hela landet vilket bl.a. publiceringen av öppna jämförelser tydligt har visat (Socialstyrelsen och SKL 2008). En viktig debatt som pågår under utredningens arbete är hur man ska få till stånd en vård som är lika bra över hela landet när ansvaret är decentraliserat.

Ett förslag som förekommer i debatter är att införa nationell ackreditering av vårdgivare som förekommer i flera anglosaxiska länder och även i Danmark, som vi har skrivit om i avsnitt 6.4.3. I den danska modellen är ackrediteringen både en metod för att förbättra kvaliteten och att se till att stoppa vårdgivare med undermålig kvalitet. För att bli ackrediterad vårdgivare måste aktörer åta sig att följa de standarder som ackrediteringsmyndigheten (IKAS) har satt upp och genomgå en extern tvärprofessionell revision av verksamheten. Ackrediteringen måste förnyas vart tredje år efter en ny revision. Klarar vårdgivaren då inte att uppfylla standarderna blir denne av-ackrediterad och får då inte längre verka.

Utredningen finner det danska systemet intressant. Krav som skulle kunna ställas i ett svensk ackrediteringssystem är exempelvis att vårdgivaren utöver lagstiftade krav och föreskrifter, även måste följa nationella riktlinjer samt delta i kvalitetsregister och öppna jämförelser.

Enligt en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen påverkar ackrediteringsprogram vårdens organisation och beslutsprocess. Dessutom är hälso- och sjukvårdspersonalen positivt inställda till sådana system. Däremot har den vetenskapliga litteraturen inte funnit något samband mellan förekomsten av ackrediteringssystem och vårdens resultat eller patienternas tillfredsställelse med vården (Greenfield, m.fl. 2007).

Utredningen konstaterar därför att den förbättring av kvaliteten som det danska systemet syftar till, i Sverige troligen lättare kan åstadkommas med reglering genom lagar och föreskrifter inom nuvarande myndighetsstruktur och ansvarsfördelning.

### Vårdrevision

Revision kan och bör genomföras när brister har upptäckts vid en tillsyn som vi beskriver i avsnitt 6.4.2. Då bör det vara obligatoriskt för vårdgivaren att låta utomstående specialutbildade revisorer genomföra medicinsk revision. Därutöver kan revision av vården även ses som ett kvalitetsarbete. Som vi skriver om i avsnitt 6.4.3. verkar få medicinska revisioner genomföras i syfte att utveckla vårdens kvalitet. Så kallad vårdrevision av hela vård- och omsorgsprocessen förefaller inte alls förekomma i Sverige. Det är en brist eftersom olika undersökningar visar att svenska patienter som regel är nöjda med de medicinska insatserna i sjukvården, men ofta har synpunkter på bristande information, långa väntetider, dålig kontinuitet och bemötande.

Mot denna bakgrund kan det vara intressant att inom ramen för arbetet med exempelvis öppna jämförelser diskutera hur principer för tvärprofessionell vårdrevision kan utvecklas. Syftet ska vara att utveckla kvaliteten i hela vård- och omsorgsprocessen. Det danska systemet för sådan revision kan vara en utgångspunkt men utan att det ska behöva utgöra ett led i en ackrediteringsprocess.

### Den nationella IT-strategin

Den nationella IT-strategin är viktig för att uppnå den målbild om ett integrerat och mångfaldigt sjukvårdssystem som utredningen har. Kommunikerande IT-system och elektroniska patientjournaler är viktiga delar för att säkerställa att alla vårdgivare kan granskas,

dels för att patienten lätt ska kunna gå vidare mellan olika vårdgivare inom vårdprocessen och passera organisationsgränser.

### Fortsatt utveckling av kvalitetsregister och hälsodataregister

Det är viktigt att alla vårdgivare rapporterar in till kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister. För att kunna förverkliga utredningens vision om ett *integrerat system präglad av mångfald* i vilket patientens vårdepisoder kan följas upp och utvärderas, måste alla offentligt finansierade aktörer ha samma krav på rapportering och självfallet också rapportera kvalitetssäkrade data.

Det finns en stor utvecklingspotential när det gäller utformningen av nationella kvalitetsregister. Det skulle kunna omfatta många fler områden av vården än medicinsk kvalitet. Ett exempel på ett nytt kvalitetsregister som gör det är Senior Alert som omfattar alla de delar av vården och omsorgen som en äldre patient kommer i kontakt med. Det går att utveckla fler sådana register som är tvärprofessionella och som överskrider huvudmännens ansvarsgränser. Sådana nationella register som följer patientens väg genom vården och överbrygga organisatoriska gränser skulle bidra till ett mer integrerat hälso- och sjukvårdssystem.

Utvecklingen av kvalitetsregistren måste också fortsätta så att samma indikatorer mäts på samma sätt i hela landet och att alla vårdgivare som ingår i registren mäter alla ingående indikatorer. Då kan resultaten bli helt jämförbara. Det innebär däremot inte att de olika kvalitetsregistren måste innehålla samma slags indikatorer.

Vidare måste de öppna jämförelserna utvecklas så att de även innehåller en analys och tolkning av resultaten. Denna tolkning kan behöva se olika ut beroende på vem som ska använda registren. En patient som ska fatta beslut om val av vårdgivare eller behandling behöver annan information än en beslutsfattare eller yrkesutövare i vården.

### Personalens fortbildning

Sverige har inte några formella krav på att hälso- och sjukvårdspersonal ska delta i ett visst antal externa kurser eller på att de ska klara av vissa formella tester för att få behålla sin legitimation eller specialistkompetens. Kanske kan detta bero på att staten och huvudmännen ändå har kunnat ha en god kontroll av personalen genom att en

så stor andel av den har varit anställd av landstingen, där chefer och kollegor har kunnat utöva informell kontroll av varandras kompetens. De ensamarbetande yrkesutövarna är få i Sverige i ett internationellt perspektiv.

I ett system som är mer mångfaldigt minskar statens och huvudmännens möjlighet till informell kontroll av de enskilda yrkesutövarna. Kanske kommer det att innebära att krav ställs på ökade möjligheter till mer formella och kontinuerliga tester av kompetensen. Det ligger dock utanför utredningens uppdrag att lämna förslag på detta område.

### Övervakning av konkurrensituationen

I samband med att vårdvals-system införs i primärvården i alla landsting under 2009, visade det sig viktigt att någon övervakar konkurrens-situationen och har möjlighet att agera så att små företag och enskilda yrkesutövare inte missgynnas i konkurrensen. Det gäller även för ett nytt ersättnings-system för privata vårdgivare i landstingens specialiserade öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Konkurrensverket har ett uppdrag att övervaka konkurrens-situationen, men har inte möjlighet att självt initiera en domstolsprövning av hur ett landsting utformar av vårdvals-systemet i primärvården. Det kan bara vårdgivaren göra. Det är inte säkert att ett vårdföretag vill göra det med tanke på att landstinget är den enda möjliga beställaren av offentligt finansierad vård. Dessutom kanske det inte existerar särskilt många vårdföretag i landstinget om merparten av primärvården tidigare har varit landstingsdriven.

Mot denna bakgrund anser utredningen att regeringen bör överväga om inte Konkurrensverket bör ha en egen talerätt när det gäller vårdvalssystemens utformning i primärvården. I så fall bör denna utvidgade roll för Konkurrensverket även gälla övervakningen av konkurrens-situationen för de privata läkare och sjukgymnaster som arbetar enligt de nya regler som utredningen lägger fram i detta betänkande.

## Referenser

- Anund, Inger. 2009. *Case management: Bättre samordning, Effektivare vård, Större delaktighet för patient och närstående*. Borås: Recito.
- Allsop, Judith och Kathryn Jones. 2006. *Quality Assurance in Medical Regulation in an International Context*. Lincoln: University of Lincoln.
- Beckman, Kerstin. 2009. *Ett annorlunda kvalitetsregister*. Tillgänglig den 2009-10-01 på <http://www.omvard.se/artiklar/kvalitet-i-varden/ett-annorlunda-kvalitetsregister>.
- Enheten för medicinsk kvalitetsrevision (EMK). 2002. *Medicinsk kvalitetsrevision – ett instrument för att förbättra den medicinska verksamheten*.
- de Fine Licht, Jenny. 2009. *Återlegitimering av läkare*. Dnr. 2008:2005. Riksdagens utredningstjänst.
- Greenfield David, Joanne Travaglia, Jeffrey Braithwaite och Marjorie Pawsey. 2007. *An Analysis of the Health Sector Accreditation Literature*. Centre for Clinical Governance Research: The University of New South Wales.
- Högskolan i Jönköping. 2009. Tillgänglig den 2009-08-20 på <http://www.hj.se/doc/8277>.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvaesenet (IKAS) Tillgänglig den 2009-09-08 på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). 2005. *Innovation Series 2005 Going Lean in Health Care*. Institute for Healthcare Improvement.
- Landstingsrevisorerna Stockholms läns landsting. 2009. *Granskning av arbetet för ökad mångfald av hälso- och sjukvårdsaktörer – Projektrapport nr 20/2008*.
- Lövström, Rickard och Karl Orbrant. 2009. *Bättre integritet via pseudonym*. Läkartidningen. 106 (7):411
- Kommittédirektiv (2009:25). *Trygghet och säkerhet för individen – behörighet för personal i hälso- och sjukvård och socialtjänst*.
- Regeringens proposition (2008/09:64). *Ersättningstablering för vissa privata vårdgivare m.m.*
- \_\_\_\_\_ (2008/09:160). *Samordnad och tydlig tillsyn av socialtjänsten*
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2009. Tillgänglig den 2009-10-06 på <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-varld/>

- Socialdepartementet. 2008. *Uppdrag till Socialstyrelsen att utreda användningen av fastställda rutiner för egenkontroll för bättre patientsäkerhet*. S2008/7089/HS (delvis).
- Socialdepartementet. 2009a. Bilaga till protokoll vid regeringssammanträde 2009-06-25 nr 1:8. *Nationell strategi för kvalitetsuppföljning genom öppna jämförelser inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården*.
- \_\_\_\_\_. 2009b. Protokoll S 2009/2811/HS.
- Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Vårdföretagarna. 2009. *Lägesrapport 2009 – Nationell IT-strategi, Tillgänglig och säker information inom vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen. 2005. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. SOSFS 2005:12.
- \_\_\_\_\_. 2006. *God Vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*.
- \_\_\_\_\_. 2008a. *Socialstyrelsens plattform för Nationella riktlinjer. Hälso- och sjukvård, tandvård och socialtjänst*.
- \_\_\_\_\_. 2008b. *Vårdskador inom den somatiska slutenvården*.
- \_\_\_\_\_. 2009a. *Angående krav om tidsgräns m.m. för anmälan om lex Maria*. Dnr. 40-6157/2009.
- \_\_\_\_\_. 2009b. *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*.
- \_\_\_\_\_. 2009c. *Öppna jämförelser och utvärdering 2009, Hjärtsjukvård*.
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. 2008. *Öppna Jämförelser*.
- Socialutskottets betänkande (2008/09 SoU5). *Valfrihetssystem*. SOU 2004:100. *Tillsyn. Förslag om en tydligare och effektivare tillsyn*.
- \_\_\_\_\_. 2007:10. *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.
- \_\_\_\_\_. 2008:37. *Vårdval i Sverige*.
- \_\_\_\_\_. 2008:117. *Patientsäkerhet. Vad har gjorts? Vad behöver göras?*
- \_\_\_\_\_. 2008:127. *Patientens rätt*.
- \_\_\_\_\_. 2009:11. *En nationell cancerstrategi för framtiden*.
- Stockholms läns landsting. 2009. *Revisionsplan 2009 – med inriktning för 2010 och 2011*.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). 2008. *Vision och mål för Nationella Kvalitetsregister och kompetenscentra*.

- Vedung, Evert. 2009. *Utvärdering i politik och förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vårdföretagarna. 2008. *Vision om oberoende utvärdering av vård och omsorg i flera perspektiv – rapport*.



## 7 Diskussion kring alternativa vägar

I det följande kapitlet kommer utredningen att diskutera några av de alternativa vägar som finns för att åstadkomma det som anges i utredningens direktiv och som översiktligt kan sammanfattas till:

- Utredningen ska utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. I uppdraget ingår att vid behov lämna lagförslag om hur landstingens anskaffar hälso- och sjukvårdstjänster från dessa vårdgivare.
- Utredningen ska även analysera och redovisa vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för sjukvårdshuvudmännen när ett nytt system införs för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.
- Slutligen ska utredningen analysera om det finns behov av övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och vid behov lämna förslag till sådana regler. Utredningen ska beakta de förslag regeringen la fram i proposition 2008/09:64 *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.* och som riksdagen fattade beslut den 12 februari 2009 (Socialutskottets betänkande 2008/09:SoU6).

Utredningens diskussion kommer att ställas mot den målbild som vi tidigare redovisat och vars viktigare delar är att hälso- och sjukvården ska vara patientfokuserad och gemensamt finansierad. Med patientfokuserad menar utredningen en god vård som är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, effektiv, jämlik och som ges i rimlig tid. Vidare ska vården finnas och ges inom ett sammanhang

där offentlig verksamhet samverkar med privata vårdgivare för att öka mångfald, flexibilitet och innovationskraft till värde för patienten.

## 7.1 Utgångspunkter

### 7.1.1 Bakgrund

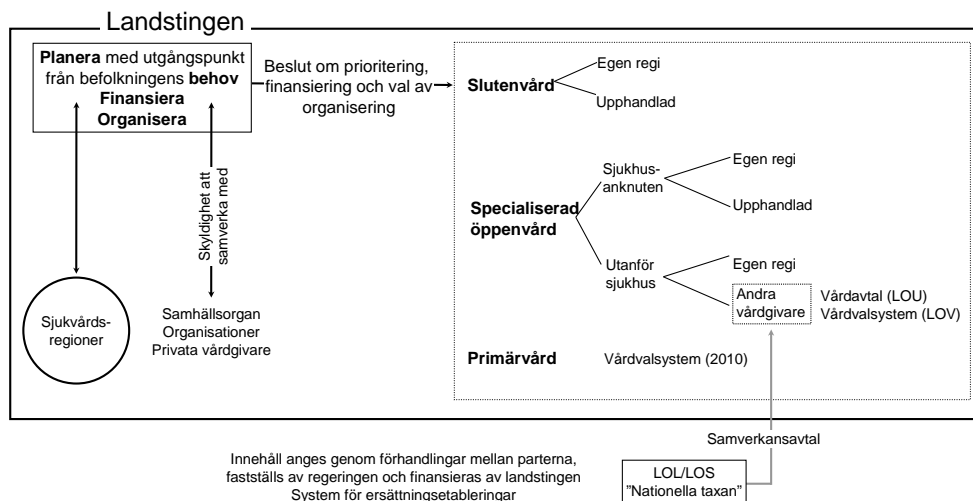
Den nationella taxan som i sin nuvarande form<sup>1</sup> fungerat sedan 1994, även om liknande konstruktioner funnits långt tidigare, omsluter två yrkesgrupper, läkare och sjukgymnaster. Även om innehållet i den nationella taxan har justerats en del och visst utvecklingsarbete genomförts och pågår, speglar den i sin konstruktion i huvudsak de förhållanden som antalsmässigt, strukturellt och innehållsmässigt rådde i början av 1990-talet. Antalsmässigt, därför att landstingen i praktiken inte medgivit nya vårdgivare tillträde till taxan, vilket lett till att successivt allt färre vårdgivare arbetar inom den nationella taxans ram. Strukturellt och innehållsmässigt, som en följd av att de enskilda yrkesutövare som omfattas av taxan i stort inte medgetts möjligheter att producera annat än det vårdutbud som återspeglar de bedömningar som fanns vid tidpunkten för etableringen.

I praktiken har det inte förekommit några närmare studier kring hur verksamheternas innehåll och kvalitet utvecklats eller hur verksamheternas resultat bidrar till hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. I utredningens kontakter med landsting och vårdgivare har det ofta framkommit uttryck för bristande tillit mellan parterna. Tillitsproblemets art och effekter har diskuterats i tidigare kapitel. Vi har också kunnat konstatera att det även förekommit missuppfattningar bland privata vårdgivare kring vem som faktiskt finansierar och bär det huvudsakliga ansvaret för den nationella taxan. En del vårdgivare betraktar felaktigt taxan som ett statligt hälso- och sjukvårdssystem, vid sidan av den av landstingen organiserade vården.

---

<sup>1</sup> Med nuvarande form menas här den reglering som kom till stånd genom lagstiftningen i form av LOL och LOS. Nationell taxa för läkare har i annan form funnits sedan 1975 och för sjukgymnaster sedan 1977.

Figur 7.1 Landstingens ansvarsområden



Det finns därför anledning att påminna om de förhållanden som råder och det omfattande ansvar som landstingen har i dag (se figur 7.1).

Under senare år har viss utveckling kunnat noteras som beskriver en fördjupad samverkan mellan landsting och privata vårdgivare. Det syns i ökat antal upphandlade producerande enheter och även i ökat antal vårdavtal<sup>2</sup> som slutits med vårdgivare som har sin ursprungliga bas i den nationella taxan (förändringar och flöden framgår av redovisning i kapitel 3.) För de vårdgivare som inte omfattas av liknande överenskommelser är integrationen till den övriga offentligt finansierade vården svagt utvecklad, exempelvis i form av ett medvetet bidrag till av landstinget uppställda mål inom hälso- och sjukvård. Landsting med många etableringar inom taxan har etablerat en mer ambitiös uppföljning och dialog, medan landsting med få etableringar tenderar att inte ha systematiska eller organiserade kanaler för kontakter eller uppföljning. En nationellt sammanställd överblick kring hur landstingen samverkar med och använder sig av privata vårdgivare gäller endast viss övergripande, huvudsakligen ekonomiskt inriktad, statistik.

<sup>2</sup> För sjukgymnaster är detta inte entydigt, då det under senare år även syns en återgång från vårdavtal till den nationella taxan.

### 7.1.2 Etableringsregler och landstingens planeringsansvar

Under årens lopp har regeringar och riksdagar tagit flera initiativ för att stimulera landsting. Det har även betonats att landstingen har ett ansvar för att i samverkan med privata vårdgivare etablera ett sammantaget mer varierat vårdutbud genom bidrag från privat producerad vård.

Från landstingens perspektiv kan och har den nationella taxan emellertid ofta uppfattats som ett hinder för att på effektivast möjliga sätt tillvarata och samordna de resurser som krävs för att organisera en hälso- och sjukvård som möter invånarnas behov. Och även om omfattningen för en verksamhet bedriven genom den nationella taxan, varit och är begränsad, åtminstone i ekonomiskt avseende, kan det ändå alltid göras gällande att strategiskt viktiga resurser riskerar att inte användas optimalt. Landstingen kan också se vårdgivare som arbetar med nationell taxa som en osäker resurs, som inte självklart finns att tillgå under hela året. Det har anförts frågetecken även kring sådant som följsamhet mot läkemedelsrekommendationer, bedömningar som görs kring hur medicinsk service utnyttjas och det begränsade deltagandet i olika former av kvalitetsarbete. Dessa, och flera andra invändningar har bidragit till att riksdagens uttalanden om mångfald fått en begränsad verkan på landstingens beslutsfattande kring att utvidga den privat producerade vården.

Mycket av landstingens tveksamhet, liksom privata vårdgivares invändningar och argumentation, är byggd på teoretiska antaganden eller på observationer från enstaka fall. Då uppföljbara data saknas och att medicinska utvärderingar eller revisioner endast genomförts undantagsvis, har fältet lämnats öppet för många typer av spekulationer. Mot denna bakgrund är det svårt för utredningen och andra, att exempelvis bedöma om resursförbrukning i relation till uppnådda resultat är rimlig och till avsedd nytta. Det har även ställts frågor kring vårdgivarnas intresse för kvalitativa mätningar. Inga data understödjer emellertid att privata vårdgivare arbetar med sämre kvalitet eller med högre risk mot patienter. Antalet anmälningar om kvalitetsbrister initierade av patienter, i alla fall med utgångspunkt från några landstings redovisning, är inte heller högre för enskilda vårdgivare än för annan verksamhet. Man kan visserligen invända att det kan finnas ett mörkertal, som i all annan form av patientsäkerhetsarbete. Det kan till och med vara fullt möjligt att mörkertalet är större vad avser anmälningar från och mot

enskilda vårdgivare. Dels arbetar vårdgivaren ofta ensam och utan insyn, vilket kan leda till svagare uppmärksamhet kring anmälningsskyldiga avvikelser. Dels är det förmodligen lättare för patienten att göra en anmälan mot en större vårdenhet eller ett sjukhus än exempelvis mot den enskilda läkaren som patienten ofta haft en återkommande relation till. Flera andra skäl kan också finnas för en underrapportering. Varken HSAN, eller andra som tar emot anmälningar för statistik, särredovisar vårdgivare med utgångspunkt från ägarförhållanden eller ersättningsprinciper. Sammantaget leder det redovisade resonemanget och nuvarande förhållanden fram till ett konstaterande om att innevarande ordning inte stödjer en utveckling mot ett integrerat system.

### **7.1.3 Etableringar enligt LOL och LOS – ett kompletterande utbud**

Från patientperspektivet kan vårdgivare med ersättningar enligt LOL eller LOS betraktas som en tillgänglig resurs utöver det som formuleras och erbjuds genom landstingens planering. Från det perspektivet är det rimligt att den nationella taxan betraktas som ett system som tillgodoser behov som landstingens planering inte lyckas fånga. I patientenkäter får privata vårdgivare goda omdömen och i longitudinella studier, betygsätter de patienter som besökt privat vård den som något mer förtroendeingivande än den offentliga (SKL 2009a, Svenskt Kvalitetesindex 2008). På goda grunder kan det antas att hög tillgänglighet, gott bemötande och kontinuitet är de faktorer som ger utslag. Mindre troligt, om än inte alldeles uteslutet, är att det är patientens värderingar av den medicinska kvaliteten som leder till de goda omdömena. Systemet med vårdgivare anslutna till en nationell taxa har uppskattats, enligt vad som sammantaget framgår av undersökningar. I befolkningen som helhet, finns det däremot ett större förtroende för den offentligt producerade vården i allmänhet och störst förtroende för den offentliga sjukhusvården, när ägarformer värderas.

I tätorter och storstäder där det funnits privata vårdgivare i öppen specialistvård, men sämre resurser inom primärvården, kan det antas att patienter ibland har valt en privatpraktiserande specialist. Detta för att undvika väntetider vid vårdcentralen, men utan att ha egentligt behov av den specialiseringsgrad som denne kan erbjuda. Det är från patientens utgångspunkt ett rationellt beteende, men ur ett samhällsperspektiv

ett tecken på en ofullkomlighet som riskerar att leda till att resurserna sammantaget utnyttjas dåligt.

Det har i olika sammanhang framförts att andelen patienter som gör många fler besök hos läkare per år än genomsnittet är över-representerad hos privata vårdgivare som arbetar på den nationella taxan. Det har också pekats på förhållanden, som att sjukgymnaster i privat verksamhet verkar behöva fler behandlingstillfällen per patient för en specifik åkomma än vad som är fallet inom den offentligt bedrivna vården. (I betänkandet *Åldersgränser och ersättningstablering* SOU 2003:7 redovisades att de ca 15 procent sjukgymnaster som arbetade på den nationella taxan svarade för över 60 procent av behandlingarna under år 2000. SKL redovisar att 1 444 sjukgymnaster på nationella taxan år 2007 producerade 3,1 miljoner besök. Det ska jämföras med de 5 974 sjukgymnaster anställda i offentlig vård som producerade ca 7,2 miljoner besök. Andelen av alla producerade besök tycks således ha minskat, till 43 procent. Det är dock fortfarande hög i relation till antalet utövare, 24 procent, av totala antalet sjukgymnaster verksamma inom hälso- och sjukvården.)

Andelen frikortsbesök hos läkare med ersättning enligt den nationella taxan var i genomsnitt 40 procent och varierade mellan huvudmännen från 17 till 52 procent år 2008. Inom psykiatriska specialiteter var andelen frikort störst, 73 procent. Inom allmänmedicin samt inom obstetrik och gynekologi låg andelen på 30 procent. Vad gäller andelen frikortsbesök hos sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan samma år, var den i genomsnitt 66 procent och varierade från 47 till 74 procent mellan huvudmännen (SKL 2009b). En av förklaringarna till stor mängd av återkommande besök kan vara att patienter med komplexa tillstånd och med behov av fler behandlingstillfällen söker kontinuitet hos privata vårdgivare. En kontinuitet som patienten upplever inte är lika given i den offentligt producerade vården. Samtidigt har patienter med komplexa behov ofta stort behov av samordnade insatser från flera kompetenser och är därmed beroende av att alla behov kan tillgodoses i sammanhållna processer, oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig. Således det som tidigare beskrivits som ett integrerat system.

Det gäller emellertid att vara observant kring att en situation där avgifter inte längre förekommer kan sänka tröskeln, för både patient och vårdgivare, i när nyttan av varje besök bedöms, och därmed bidra till att resurser används felaktigt.

Förekomsten av vårdproducenter utanför landstingens produktionssystem sägs gynna innovationsförmågan inom hälso- och sjukvården. Det finns flera exempel på nya organisationsformer och nya tjänster som skapats för att möta patienters olika behov och som initierats av privata vårdgivare. Om förnyelsegraden och innovationsförmågan är större, än inom den offentligt producerade vården går däremot inte att avgöra. De läkare och sjukgymnaster som valt att arbeta inom privat offentligt finansierad vård anger ofta att en bidragande orsak till valet av organisationsform har varit att man velat försäkra sig om korta beslutsvägar, flexibilitet och inflytande över den egna arbetssituationen. Mer sällan anges att den privata ägarformen har valts för att man inte kunnat omsätta en innovativ agenda inom den offentligt bedrivna vården. Det utesluter naturligtvis inte att det också har varit en bidragande orsak. Det ska emellertid inte bortses från att det från landstingen har funnits en kritik kring att många enskilda vårdgivare inte i tillräcklig grad deltar i olika former av förnyelsearbete i förekomsten av en nationell taxa anses även utgjort en tröghetsfaktor i samband med att önskemål om nya samverkansformer mellan privat och offentlig vård diskuterats.

#### 7.1.4 Vårdproducenter inom LOL och LOS

Nationella ersättningsregler har gjort det möjligt för vissa läkare och sjukgymnaster att organisera en verksamhet inom öppenvård som har varit knuten till vårdgivarens egen kompetens och kapacitet (även om taxan innehåller begränsningar av de totala ersättningsnivåerna). Vårdgivaren får sin ersättning från landstinget, men anknytningen till landstingets verksamheter i övrigt är ofta begränsad. Däremot stödjer de sig ofta på de resurser som finns inom den vård som landstinget producerar. Det kan avse sådant som medicinska servicetjänster eller kompletterande undersökningar eller behandlingar som behöver vidtas. Även om dessa förhållanden är vanliga, så finns det också privata vårdgivare som arrangerar egna omfattande nätverk med andra specialister och sjukgymnaster för att erbjuda patienter en vårdprocess som helt vilar på den nationella taxan eller på vårdgivare med vårdavtal.

Många av de aktörer som får ersättning inom den nationella taxan i dag anger att det bör finnas möjligheter till småskaliga alternativ vid sidan av de vårdvalsystem och de upphandlingar som

landstingen gör. Man pekar då på att små vårdgivare riskerar att konkurreras ut av större vårdbolag, med mer omfattande ekonomiska resurser till förfogande, i de upphandlingssituationer som anges genom LOU och LOV. Detta förhållande har delvis också studerats i tidigare statliga utredningar, bland annat med syfte att garantera den ideella sektorn och företag som arbetar utan vinstmotiv möjligheter att verka med offentlig finansiering (se exempelvis SOU 2003:23 och SOU 2007:37). Ett av motargumenten till ett sådant resonemang har varit att det inte finns något självändamål i att anpassa kraven på vårdgivarnas förmåga till att möta rimliga medicinska eller andra verksamhetsmässiga krav, enbart för att gynna vissa former av organisationer, företag eller ägande. En annan invändning har varit att det inte finns någon framtida garanti för att ett småskaligt alternativ förblir i den formen efter att en anslutning till taxan eller annan typ av offentlig upphandling genomförs. Redan i dag organiserar sig också de vårdgivare som har rätt till ersättning från den nationella taxan på olika sätt. En del arbetar ensamma, andra har slutit sig samman i nätverk, servicebolag eller i större konstellationer där tjänster marknadsförs under gemensamt varumärke. Det är uppenbart att anslutningsformen inte behöver vara densamma som organisationsformen.

Det finns indikationer om att deltagande i olika utbildningar eller aktiviteter, som medverkan i kvalitetsregister, har blivit mera vanligt. Förmodligen medför det även att fler tillfällen öppnats för en gemensam dialog med andra vårdgivare som är engagerade av landstinget. En utveckling där privata vårdgivare aktivt deltar i sådana sammanhang är mer påtaglig inom primärvården (vårdvalsystem), än då vårdgivaren har en annan form av vårdöverenskommelse med landstinget. En del av vårdgivarna på nationella taxan har anfört att landstingets aktiviteter oftare är mer av kontrollerande art, än en arena för gemensamma erfarenheter eller för att sprida kunskap. Många ser landstinget också som en konkurrerande producent, snarare än det samhällsorgan med en övergripande ansvarsroll för hälso- och sjukvården som anges för landstinget i lagstiftning.



## 7.2 Tre alternativ

Utredningen presenterar i det följande tre alternativ. De kan relateras till utredningens direktiv och uppfyller ambitionerna i den målbild som utredningen redovisade tidigare. Självklart finns det många fler alternativ. Utredningen har stannat vid att analysera de alternativ som följer den logik vad avser finansiering och ansvar som gäller i dag och som i direktiven även anges som utgångspunkt för framtida förhållanden. Vidare har vi haft för avsikt att presentera förslag som kan introduceras under en överblickbar period och inte kräver långa övergångstider eller utsätter aktörer för onödig osäkerhet kring framtida förhållanden. Slutligen har det varit viktigt för utredningen att visa på alternativ som successivt kan kompletteras och utvecklas. Vi har utgått från att de förslag till organisatoriska lösningar som vi diskuterar inte har någon på förhand fastställbar (evidensbaserad) bästa form.

### 7.2.1 Reviderade nationella etableringsregler för öppenvård

Utmärkande kännetecken:

- Nationellt reglerade villkor och innehåll.
- Enhetlig grund för ersättningar.
- Patienter kan få del av lika vårdutbud i hela landet.
- Etableringar kan ske mot likartade förhållanden.
- Engagerar stat, landsting och kommuner i gemensamma diskussioner kring vårdens innehåll och effektivitet.
- Underlättar vårdproducenternas dialog med den offentliga hälso- och sjukvården kring villkoren för den öppna vården.
- Stimulerar till innovationer

Det finns flera skäl som talar för att utveckla en nationell taxa som kan bidra till en förbättring av den öppna vården. Ett system med anslutning till en nationell taxa kan också, som tidigare anförts, delvis kompensera för de brister som finns i landstingens möjligheter att förutse och deras förmåga att planera för medborgarnas enskilda vårdbehov. Förutsatt att möjligheter för vårdproducenter lättare kan ansluta till den offentliga finansieringen kan en nationell taxa vidga möjligheterna för patienter att välja vårdproducent inom

den öppna vården. På sikt kan det även stimulera till ökad mångfald av vårdgivare och ge en jämnare spridning över landet. En fortsatt nationell taxa bör omges av bestämmelser som undanröjer de brister som finns i nuvarande regelverk ha sin utgångspunkt i förändrade förhållanden inom hälso- och sjukvårdssystemet som helhet. Exempelvis tillkom från den 1 januari 2009 *lagen (2008:962) om valfrihetssystem*. Från år 2010 gäller krav om obligatoriska vårdvalsystem inom primärvården. Och fortlöpande görs ansträngningar genom nationella initiativ för att öka vårdens transparens och jämförelser kring vårdens kvalitativa resultat.

En reviderad etableringsplattform bör ha som mål att:

- Ge patienter fortsatta och större möjligheter till att välja vårdgivare inom hela den öppna hälso- och sjukvården.
- Gynna situationer som utvecklar patientfokus, kvalitet och säkerhet.
- Underlätta för olika typer av vårdproducenter att verka inom den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården.
- Bygga på ett system där de behandlingar och åtgärder som ingår värderas med utgångspunkt från dess effekter på uppsatta hälso- och mål.
- Möjliggöra uppföljningar och granskningar som utgår från landstingens fortsatta ansvar för den offentliga finansieringen av hälso- och sjukvården.

### Konstruktion av nationell etableringsplattform

En ny lag ersätter nuvarande LOL och LOS. Lagen anger på vilka villkor som etableringar kan ske och de regler som är nationella, samt det utrymme som finns för särskilda regionala villkor. Till skillnad från i dag görs ingen särskild koppling till enskild yrkesutövare. Alla som uppfyller de kompetenskrav som krävs för att bedriva verksamhet får efter särskild nationell registrering rätt att verka inom taxan. Den nationella taxan fastställs av en myndighet, som samtidigt löpande prövar vilka behandlingar och åtgärder som ska ingå. Prövningen görs så att ersättningar understödjer skapandet av sammanhållna vårdprocesser för patienter och stimulerar till utveckling av

en effektiv vård. Taxans ersättningsdel bereds genom att myndigheten ska samråda med företrädare för kommuner och landsting, samt med vårdgivare.

### Diskussion i anslutning till förslaget

Utredningen har tidigare diskuterat kring fördelar med en utbyggd tillgång på öppenvård och en mångfald av vårdproducenter. En nationell etableringsplattform kan komplettera de övriga former som finns för att ansluta vårdgivare till den offentliga finansieringen. Om det skapas förutsättningar för ett breddat utbud av aktörer, kan patienters önskemål kring valfrihet, mångfald och tillgänglighet bättre tillgodoses.

Många bedömer det som troligt att den medicintekniska utvecklingen successivt leder till att allt fler behandlingar kan ges i öppna vårdformer som inte kräver akutsjukhusets alla resurser. Reservation kan göras kring en hel del av öppenvården också fortsättningsvis behöver en närhet till den specialiserade vården vid sjukhus ur kvalitets- och säkerhetssynpunkt, men också av logistiska skäl. Likväl är det en betydande och växande del som kan arrangeras i andra former. Det finns skäl till att uppmuntra en sådan fortsatt utveckling och förstärkning av den öppna vården, inte minst därför att det kan betyda att patienterna får del av effektivare vårdprocesser.

De förslag som lämnas sker med utgångspunkt från att de ska stimulera till ökad patientfokus. Det är också utredningens åsikt att lika regler för alla vårdproducenter inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens ram kommer att gynna arbetet med kvalitet och säkerhet. Utredningen anser att det är värdefullt med mångfald och olika ägarformer. Olika vårdgivare kan komma att bidra till ett ökat antal innovationer och introducera vårdprocesser som är flexibla mot de enskilda patienternas behov och önskemål. Utredningen menar att det är viktigt att förslagen inte ensidigt gynnar enskilda yrkesutövares positioner eller framhäver någon särskild ägar- eller organisationsform. Av det skälet finns det anledning att i ett förslag om nationell taxa tydligt ange att verksamhet i anslutning till den ska kunna visa på vilket sätt som man bidrar till de gemensamma mål som anges för hälso- och sjukvården. Det gäller även när verksamheten sker utanför den offentliga organisationen.

En nationell ersättningsform för specialiserad öppenvård som omfattar insatser av läkare, legitimerade sjukgymnaster och andra

legitimerade vårdyrkesgrupper som sjuksköterskor och barnmorskor och där etablering ska kunna ske av enskilda vårdgivare eller genom en grupp av vårdgivare, kan bidra till en utveckling där olika vårdproducenter blir en ökande del av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. En sådan önskad integration sker inte automatiskt utan kräver uppmärksamhet inom flera områden, som i utformandet av regler och ersättningssystem. Det kan även ske exempelvis genom hur vårdgivare ges förutsättningar och bildar samarbete kring patienter, som har behov av flera kompetenser men också av att vården är sammanhållen. Här är det viktigt att påminna om utredningens tidigare resonemang om att samordning inte uppnås enbart genom normering. Förutsättningarna för att integrera olika vårdgivare till ett gemensamt uppdrag kan antas öka om villkoren för att få verka med ersättning genom den nationella taxan ställer krav på att verksamheten bedrivs så att den finns tillgänglig för patienterna på samma villkor som övrigt offentligt finansierad vård. Den ska även finnas tillgänglig året om, samt ingå som en del av den vård som utgör grund för landstingens planering för utbud efter befolkningens behov.

Uttalade kompetenskrav bör gälla för etablering till den nationella ersättningen. Landsting ska därutöver ha möjligheter att föreskriva de särskilda villkor som ska gälla för rätt till ersättning. Exempelvis deltagande i kvalitetsregisterarbete, följsamhet till läkemedelsrekommendationer och deltagande i utbildningsaktiviteter. I samband med etableringen kan parterna komma överens hur en löpande medicinsk utvärdering och revision organiseras och finansieras. Om de regler som landstinget fastställt inte följs eller om verksamheten bedöms sakna fullgod medicinsk kvalitet, eller på annat sätt hindrar en önskad strukturell utveckling, har landsting rätt att inleda en process som ytterst kan medföra att en vårdgivare blir utesluten från den nationella taxan.

Vårdgivare som verkar med nationell ersättning bör ha rätt att ta emot patienter från andra landsting än där etableringen är gjord. Om landsting ställer olika krav för en etablerad verksamhet, måste vårdgivaren tillfredsställa de krav som ställs av patientens hemlandsting för att få ersättning för behandlingar. Det kan gälla exempelvis sådant som remisskrav.

Den nationella ersättningens omfattning och dess nivåer bör hanteras på ett nytt sätt. Vilka behandlingar och åtgärder som ingår i den nationella ersättningen föreslås fastställas i särskild ordning av en nämnd eller myndighet. Utgångsläget är nuvarande taxekon-

struktion, men myndigheten bör successivt pröva alla de behandlingar och åtgärder som finns i dag och i framtiden kan ingå i öppenvård och därmed med rätt till på nationell nivå angivna ersättningar ur medicinsk effektivitetssynpunkt. Prövningen kan då även kompletteras med hälsoekonomiska bedömningar kring värdet av att åtgärderna kvarstår i den nationella taxan. En sådan prövning kommer att ske på basis av exempelvis nya läkemedel eller nya behandlingsstrategier.

Parterna och myndigheten bör ha gemensam överläggningar innan pris på åtgärderna fastställs. Lagstiftningen ska ta sikte på att ange landstingens skyldigheter att delta i sådant förberedelsearbete. Landsting ska ha rätt att för egen del utge ersättningsnivåer som ligger högre än den nationellt fastställda nivån och som myndigheten beslutat. Vårdgivare ska ha rätt att aktualisera insatser som kan utföras i öppenvård och ersättas genom att inkluderas i den nationella ersättningen. En sådan begäran om komplettering eller förnyelse ska remitteras till landstingen för yttrande innan myndigheten prövar om insatserna ska föras in i den nationella ersättningen.

För områden som definierats inom den nationella ersättningen eller för enskilda behandlingar respektive åtgärder, som omfattas av vårdvalsystem som landstinget infört, har landstinget rätt att hänvisa till etablering och ersättning inom och enligt ett sådant system. En sådan hänvisning får inte ske i avsikt att hindra etablering. Landstingets beslut ska kunna överprövas. Landstingen ska ha skyldighet att rapportera på vilket sätt privata vårdgivare är inkluderade i sin planering. Ersättningsetableringar ska vara möjliga enligt den lagstiftning som föreligger, men kommer successivt att kunna ersättas av de nya former av anslutning till offentlig finansiering som en reviderad nationell etableringsplattform kommer att erbjuda. När det nya nationella ersättningssystemet föreligger ska ersättningar enligt tidigare regler upphöra.

Alla vårdgivare som arbetar med offentlig finansiering ska följas upp och granskas utöver det som sker genom Socialstyrelsens tillsynsverksamhet. För alla dem som vill ansluta sig till den offentliga finansieringen ska det anges hur uppföljning och granskning kommer att ske, och vad som förväntas av vårdgivaren i form av medverkan och delaktighet. I många fall kommer det att vara landsting som gör denna uppföljning och granskning. Det är av största vikt att denna verksamhet uppfattas som professionell och oberoende av landstingets ägarintressen i den landstingsägda vårdproduk-

tionen. Utredningen bedömer att det är möjligt att organisera en sådan oberoende verksamhet och hänvisar till erfarenheter från hur landstingsrevisionen är uppbyggd och arbetar. Villkoren inom ett landsting för vilka uppgifter som och hur dessa ska lämnas i samband med revision måste vara lika för alla vårdproducenter med offentlig finansiering.

De former för anslutning till offentlig finansiering som diskuteras ska följa de regler som gäller i svensk lagstiftning. Nuvarande regler i nationella taxan har ifrågasatts av EU-kommissionen. Utredningen bedömer att det inte heller är önskvärt att behålla nuvarande regler. Dessutom är det kanske inte ens förenligt med ambitionen att åstadkomma större patientinflytande, mångfald och nya vårdformer. Anslutningen till den offentliga finansieringen är ännu inte organiserad så att alla kan få ansluta sig på lika villkor. Detta gäller även efter riksdagens beslut om former för ersättnings-etableringar vilket i och för sig anger en från upphandlingsperspektiv korrekt lösning. En ny nationell taxa för öppenvård ger förutsättningar för en bättre situation. Beträffande den kommunala självstyrelsen konstaterar utredningen att nuvarande ordning i högre utsträckning begränsar landstingens organisationsfrihet jämfört med förslaget om en reviderad nationell taxa. Utredningen finner också att ett system med en reviderad nationell taxa löser ett annars närmast oöverstigligt problem som består i att kravet om konkurrensneutralitet likställa ersättningsnivåer för sjukhusanknuten öppenvård, som oftast är landstingsdriven, och den ersättning som ska gälla för öppenvård utanför sjukhus. Då sjukhusens dimensionering av öppenvård också balanseras mot annan verksamhet som jourverksamhet och infrastrukturella åtaganden, är det svårt att jämföra verksamheter på ett rättvist sätt. För en diskussion kring bedömning av ekonomiska och andra konsekvenser för landstingen hänvisar vi till kapitel 9.

### 7.2.2 Ett regionalt etableringssystem

Utmärkande kännetecken:

- All offentligt finansierad hälso- och sjukvård organiseras från en regional bas.
- Landsting kan anpassa och komplettera regionala vårdvalsystem med övrig specialiserad öppenvård på ett flexibelt och kostnadseffektivt sätt.
- Etablerings- och ersättningsregler anges av respektive huvudman.
- Landsting kan sinsemellan komma överens om gemensamma bestämmelser, som exempelvis kring rätten för patienter att välja vårdgivare.

Resonemanget kring en regional etableringsplattform har samma utgångspunkter för hälso- och sjukvårdens mål, som tidigare redovisats för en nationell sådan.

De steg som tagits mot att landstingen svarar för planering, finansiering och organisering av all hälso- och sjukvård talar för att landstingen själva fullt ut borde svara inte bara för kostnaderna, utan även för innehåll och omfattning av hur landsting samverkar med vårdproducenter utanför den egna organisationen. Ett sådant synsätt leder till att det borde vara landstingen själva som bestämmer på vilket sätt och i vilken omfattning, som vårdgivare ansluts till den offentliga finansieringen. Vilka verktyg som finns till förfogande är reglerat genom *lagen om offentlig upphandling* (LOU) och *lagen om vårdvalsystem* (LOV). Upphandlingen av vårdgivare kan organiseras inom ett landsting, eller konstrueras som en samverkan mellan flera landsting. Den bör även vara möjlig att utforma som ett nationellt omfattande system genom samverkan mellan alla landsting. De upphandlingsjuridiska frågor som väcks i detta sammanhang avhandlas inte här, men behöver utsättas för en särskild analys.

- a) Förslaget innebär att den nationella ersättningen genom LOL och LOS avvecklas. Det överläts till landstingen att bestämma innehåll och avgränsningar för användandet av privata vårdproducenter inom öppen specialiserad vård. Vissa övergångsregler

- från nuvarande förhållanden kan behövas. Övergångsperioden bör däremot vara kort och inte längre än 18 månader.
- b) Parterna kan komma överens om ersättningsregler genom att förhandla sinsemellan. Landstingen ska årligen redovisa på vilket sätt mångfalden utvecklas.
  - c) Vårdgivare som uppfyller ställda kvalifikationskrav och vill verka med offentlig finansiering ska ha rätt att utan begränsningar ansluta sig till de etableringsformer och ersättningar som landstinget anger. Nya områden kan aktualiseras genom en utmaningsrätt. Den kan exempelvis innebära att landstinget måste genomföra förhandlingar mellan parterna inom sex månader från att intresse ingivits. Har landstinget infört vårdvals-system för delar eller hela vårdprocessen får landstinget avvisa begäran.
  - d) Inledningsvis överförs dagens etableringar inom LOL och LOS till landstingen att förvalta. Landstingen ska garantera att verksamhet som bedrivits som heltidssysselsättning ska kunna fortgå under de närmaste 18 månaderna i huvudsak med den omfattning som sker i dag, om inte uppenbara andra skäl föreligger. Om verksamheten upphör på vårdgivarens initiativ, har landstingen inga särskilda skyldigheter att beakta, oavsett om detta sker inom en kortare tid än den period om 18 månader som angivits.
  - e) Tvister mellan landsting och vårdgivare ska inledningsvis lösas genom en statlig medlare och mer permanent avgöras genom en oberoende myndighet/nämnd.

### Diskussion kring alternativet

Det är landstingens ansvar att kartlägga befolkningens behov av hälso- och sjukvård och med utgångspunkt från detta planera den organisation och finansiering som behövs för att möta behov. Detta ansvar har under de senaste decennierna betonats och utvecklats. Genom hälso- och sjukvårdslagstiftningen anger staten ramar för verksamheten och meddelar därutöver några särskilda villkor som ska upprätthållas för patienter. Olika incitament har konstruerats på nationell nivå för att påskynda önskad gemensam utveckling och för att delvis överbrygga vissa av de olikheter som finns mellan landstingen. Inom primärvården ska landstingen upprätta



vårdvalsystem, och inom den övriga öppna vården har vissa vårdgivare kunnat bedriva verksamhet enligt särskilda villkor. I övrigt har det i stort varit upp till landstingen att avgöra om och hur man samverkar med andra vårdproducenter.

Förutsatt att landstingen månar om en mångfald av aktörer som tillgodoser patientens behov, kommer ett regionalt system inte att skilja sig från ett nationellt system ur patientfokus. Patientens rätt att fritt välja vårdgivare kvarstår inom det egna landstinget och även i andra landsting. Detta är hittills reglerat genom överenskommelser mellan landstingen, respektive för vårdgarantiåtgärder i en överenskommelse mellan staten och landstingen. Utredningen har i tidigare betänkande lagt förslag om att delvis förändra innehållet och reglera dessa förhållanden.

I vissa landsting organiseras vårdvalsystem inom primärvården med omfattande ansvar för enheterna inom vårdvalsystemet att svara för stora delar av de anslutna patienternas totala vårdbehov. Det förekommer att man introducerar kostnadsansvar som sträcker sig över hela den öppna vården, således även för den specialiserade öppenvård som normalt inte meddelas inom primärvård med allmänmedicinsk inriktning. Av landstingen administrerade system kan därför medföra att dessa erbjuder patienter valmöjligheter inom vårdvalsystemet (primärvård/närsjukvård), men starkt begränsar utbudet av aktörer som inte på ett eller annat sätt är involverade i vårdvalsystemet. Valet av specialiserad öppenvård knyts då i huvudsak till de villkor som anges av den enhet som patienten valt för primärvården. Ett regionalt system möjliggör fortsatt utveckling av liknande organisationsval. Detta alternativ berör inte frågan om det kommunala självstyret eftersom förslaget innebär att det kommer att vara upp till respektive landsting att avgöra i vilken mån privata vårdgivare tillåts etablera sig. Detta kan dock förväntas generera regionala skillnader i vilken utsträckning utrymme ges åt privata vårdgivare. Följderna av detta kan utredningen endast spekulera i, men risken finns att det bildas kluster av privata vårdgivare i landsting som är generösa med etableringar och att andra landstings medborgare på så sätt långsiktigt missgynnas. Likaså finns risken att landstingen måste konkurrera sinsemellan för att locka privata vårdgivare till sitt eget landsting.

Det har rests farhågor kring att privata vårdgivare skulle komma att missgynnas av landstingens agerande eftersom det för denna grupp saknas ett nationellt (statligt) reglerad anslutningsform till den offentliga finansieringen. På sikt, anförs det, skulle den enskilda

näringsverksamheten som bygger på att en legitimerad läkare eller sjukgymnast kan verka i en från landstinget fristående organisation komma att avvecklas. Vid sådana resonemang pekar man på hur landstingens upphandlingar och konstruktioner av vårdvalsystem kommit att gynna större enheter genom att de innehållsmässiga kraven angett höga ambitionsnivåer. Alternativt att landstingen ställt långtgående krav på infrastrukturella investeringar, anpassningar till gemensamma riktlinjer (exempelvis policyer kring folkhälsoarbete, miljö, jämställdhet, uppförandekoder för leverantörer m.m.) och finansiell styrka, vilka sammantaget missgynnar små företag. Speciellt de som verkar ensamma eller med någon enda anställd, genom att kraven medför ett omfattande administrativt arbete eller kräver ett risktagande som en enskild företagare inte förmår att bära.

Dessa risker om att begränsa mångfalden ska dock vägas mot landstingens ansvar att se till att den vård som erbjuds fyller högt ställda krav på patientsäkerhet och medicinsk kvalitet. Något av den utveckling som noterats i samband med upphandlingar och konstruktioner av vårdvalsystem kan också betraktas som inledande brister på grund av osäkerhet kring det nya och bristande kommunikation mellan landsting och vårdgivare kring vad aktörerna vill åstadkomma. Förväntningar finns kring att landstingen successivt genom en ökad kompetens i dessa frågor kan förbättra både dialog och process.

Många vårdgivare har genom landstingens upphandlingar och i samband med konstruktioner av vårdvalsystem inom primärvården redan anpassat verksamhet och agerande till de regionala förhållanden som anges av landstinget.

Variationer är stora kring hur landstingen betraktar privata vårdgivare. Vårdgivare med etableringar inom LOL och LOS har hittills haft möjligheter att samverka med landsting genom vårdavtal eller genom samverkansavtal. Många vårdgivare anger att de i relationer med landsting hamnar i förhandlingssituationer som är opropor­tionerliga, med tendens till att konsekvent missgynna den svagare parten. En nationellt reglerad form har i det sammanhanget upphävt en del av detta genom att parterna omgetts av en förhandlingsordning som gjort dem mer jämnstarka (landstingen genom SKL och privatpraktikerna genom LSR respektive Slf). Ett förslag om regional etableringsform bör därför mot denna bakgrund också innehålla tydliga regler för samverkan och samråd i samband med ersättningsarna ska utformas.

### 7.2.3 Ny nationell ersättningsmodell

Utmärkande kännetecken:

- Ersättningar konstrueras och ges för att utveckla vårdprocesser inom den öppna vården.
- Gynnar etableringar som sker för att erbjuda patienter sammanhållen vård.
- Omfattar främst de områden där vården fragmentiserats till men för patienten eller där delat finansieringsansvar hindrar enhetligt ansvar.
- Möjliggör för staten att föra en aktiv dialog kring vårdens utveckling.

Det kan finnas anledning att genom nationella initiativ påskynda en utveckling av den öppna vården. Exempelvis genom ersättningskonstruktioner som fungerar som incitament till förändring och därmed leder till vårdprocesser som utgår från patientens behov. Det kan gälla sådana områden som organiserar vård för exempelvis patienter med kroniska sjukdomar och med behov av stöd från flera vårdgivare som representerar olika kompetens- och yrkesområden. Eller för vårdprocesser som sträcker sig över huvudmannagränser.

En del av den internationella diskussionen kring framtidens vård är hur vårdkedjor som tillför värde till patienter kan skapas. Bristen på koppling mellan de resultat som uppnås och ersättningar har i dessa sammanhang varit en av de faktorer som pekats ut som konserverande och som därmed förhindrar utveckling. Innovationer som ökar kvaliteten i vården påstås även kunna stimuleras fram genom ersättningssystem som tar sikte på de bästa resultat som är möjliga att uppnå. Det finns naturligtvis flera skäl för att stimulera en sådan utveckling, men starkast är motiven ur patientens perspektiv. Att behandling och omvårdnad ges i en process som är sammanhållen och överblickbar är i sig självt av stort värde för patienten och underlättar även för personalen i dess stödjande och pedagogiska arbete vilket också gagnar patienten. De vårdgivare som åstadkommer de bästa resultaten kan stärkas, och de som inte uppnår avsedda resultat ska avvecklas.

Förmodligen saknar många enskilda landsting överblick och kapacitet för att ensamma påbörja en sådan utveckling. (Även om det inte utesluts att landsting inom en regional ersättningsform kan

åstadkomma motsvarande inriktning.) En nationell (statlig) styrning av verksamhetens inriktning kan förmodligen snabbare än vad som annars skulle vara fallet, luckra upp traditionella strukturer och ge kraft till innovativa organisationsformer och skapa utrymme för nya vårdgivare. Framtagandet av ”områden” kan hämtas från Socialstyrelsens rapportering kring hälso- och sjukvården och de utvecklingsområden (observerade förbättringsområden) som där anges. Det kan också kompletteras genom dialoger med myndigheter, universitet, universitetssjukhus och enskilda vårdgivare. Det definitiva innehållet och ersättningsformer bör fastställas i överenskommelser mellan staten och SKL. Staten kan stimulera en önskvärd utveckling genom att knyta incitamentsstrukturer i form av statliga bidrag till en ny sådan nationell taxa.

### Förslag om ny nationell ersättningsform

- a) Nuvarande ersättningsregler avvecklas. Det kan ske genom att regionala system tar över uppgiften eller genom att nuvarande nationella taxa med vissa övergångsregler får ett slutdatum.
- b) Staten tar initiativ att tillsammans med landsting och kommuner komma överens om ett nytt nationellt ersättningssystem, som baseras på sammanhållna vårdprocesser och stimulerar en utveckling av den öppna vårdens organisation mot värdeskapande vård. Konsekvenser vad avser upphandlingsregler m.m. behöver studeras närmare, men i praktiken kan det fungera som ”nationella LOV” till vilka vårdgivare kan ansluta sig.
- c) Någon form av nationell auktorisation av vårdgivare införs. Principen är att den ersättning som utgår är oberoende av yrkesgruppering, men är kopplad till de resultat som uppnås. Godkännandet av vårdgivare sker så att de medges verksamhetstillstånd i hela landet.
- d) En ny statlig myndighet bildas, eller befintliga myndigheter får vidgade uppgifter för att ansvara för en ny nationell taxa (inkluderande all delar i ett nytt system).
- e) Den nya taxan finansieras genom landsting och kommuner med möjligheter för staten att bidra med kompletterande bidrag.

## Diskussion kring alternativet

Det finns många fördelar med kompletterande nationella ersättningar till en hälso- och sjukvård som siktar på att premiera värdeskapande vårdutveckling. En konstruktion som medför att statliga myndigheter ges en roll i att stimulera fram utveckling och involverar staten på ett mer konkret sätt i styrningen av hälso- och sjukvårdens utveckling än vad som sker i dag, kan vara av stort värde. Nackdelarna i ett sådant förslag ligger i att det krävs en relativt omfattande kompetensuppbyggnad och en något förändrad myndighetsstruktur för att klara statens uppgifter i en sådan helt ny nationell uppgift. Utredningen gör i och för sig den bedömningen att en sådan inriktning kan aktiveras som komplement till de båda tidigare presenterade förslagen. Däremot observerar utredningen att förslaget skulle få konsekvenser för den kommunala självstyrelsen i fråga om landstingens organisations- och handlingsfrihet. Det betyder också att staten, oavsett hur nuvarande ersättningar reformeras, kan inleda ett parallellt arbete med den inriktning som redovisats ovan. På förhand är det inget som utesluter att man kan engagera många olika intressegrupperingar och företag inom hälso- och sjukvården att presentera idéer för sammanhållna vårdprocesser som ersätts med utgångspunkt från uppnådda resultat.

### **7.3 Sammanfattande jämförelse mellan de olika alternativen**

Mot bakgrund av den förda diskussionen kan de tre redovisade alternativen för etablering inom öppenvård sammanfattas i nedanstående tabell:

**Tabell 7.2 Sammanfattning av tre olika alternativ avseende etablering inom öppenvård**

	Reviderad nationell taxa	Regionalt ansvar	Ny nationell ersättningsmodell
Villkor för patienter	Enhetliga	Kan variera	Enhetliga
Verkningsfulla komponenter	Patientval Åtgärdsbaserad ersättning	Landstingens behov LOU/LOV	Patientval Resultatbaserad ersättning
Förutsättningar för integration mellan offentlig och privat vård	Möjlig, men kräver aktivitet från landstingen	Kan organiseras	Möjlig (pådrivande)
De riktlinjer som stimuleras	Ökat statligt engagemang	Stort regionalt engagemang	Ökat statligt engagemang
Ersättningsmodell	Lika för alla vårdgivare	Kan variera	Premierar dem med bäst resultat
Innovationsutrymme	Ges inom taxans ramar	Beroende av regionala beslut	Stort
Uppföljning	Förutsättningar finns	Förutsättningar finns	Behöver inledningsvis utvecklas
Förutsägbarhet kring ekonomiska konsekvenser	Kan regleras genom taxekonstruktion	Möjlig (stor)	Möjlig
Etableringsvillkor	Enhetliga (men kan innehålla vissa variationer)	Varierar	Enhetliga
Effekter på vårdgivare inom befintligt system	Finns, men kan förmodligen tolereras	Kan medföra stora omställningar	På sikt stora omställningar

Utredningen bedömer att de redovisade alternativen kräver ungefär samma förberedelsestid för att genomföras. Och att det huvudsakligen kan ske inom dagens ansvarsfördelning mellan staten och landstingen. Vad gäller den kommunala självstyrelsen framgår tydligt vilken skiljelinje som kan förväntas mellan en nationell och en regional taxa. Förslagen om en nationellt reglerad ersättning vidrör frågan om den kommunala självstyrelsen såtillvida att den till viss del inskränker landstingens organisationsfrihet. Detta bör dock ställas mot förutsättningarna för den regionala taxan att utforma ett enhetligt system.

En regional organisering skulle innebära stora regionala skillnader vad avser möjligheten för privata vårdgivare att etablera sig och verka med offentlig finansiering. Likaså skulle detta påverka patienterna vad gäller exempelvis tillgänglighet, kontinuitet etcetera mellan olika landsting. En följdkonsekvens i ett längre tidsperspektiv vore dessutom risken att landstingen skulle behöva konkurrera med varandra för att locka privata vårdgivare att etablera sig. Slutligen är det tredje alternativet mest långtgående vad gäller implikationer för landstingens organisations- och handlingsfrihet i enlighet med den kommunala självstyrelsen. Ett närmare resonemang relaterat till utredningens förslag och implikationer för den kommunala självstyrelsen utvecklas ytterligare i kapitel 9. Det sist redovisade alternativet kan successivt anslutas till de två andra alternativen. Vid en övergång till en regional organisation kan en något längre övergångsperiod behövas för att de vårdgivare som i dag arbetar inom reglerna för LOL och LOS ska kunna anpassa sig till en ny situation. Samtidigt kan landstingen behöva tid för att organisera de upphandlingar som behövs.

I följande kapitel lämnas utredningens huvudförslag.

## Referenser

- Regeringens proposition 2008/09:64. *Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.*
- Socialutskottets betänkande (2008/09 SoU5). *Valfrihetsystem.*
- SOU 2003:7. *Åldersgränser och ersättningsetablering.*
- \_\_\_\_\_ 2003:23. *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa.*
- \_\_\_\_\_ 2007:37. *Vård med omsorg – möjligheter och hinder.*
- Svenskt Kvalitetsindex. 2008. *Samhällsservice 2008 enligt Svenskt Kvalitetsindex.*
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2009a. *Vårdbarometern – befolkningens syn på vården.*
- \_\_\_\_\_ 2009b *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2008.*

## 8 Utredningens förslag

### 8.1 Utredningen föreslår en ny etableringsplattform

Utredningen föreslår en nationell etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården. Regleringen föreslås ske i en ny lag, *lag om vårdgivaretablering (LOVE)*.

De verksamheter som kommer att ersättas enligt den av utredningen föreslagna nya lagen ska fastställas av en myndighet. Myndigheten anger även de tariffer, som ska utgöra den lägsta nivå som landsting ska ersätta utförda verksamheter med. Myndighetens beslut ska föregås av samråd mellan berörda parter.

Utredningen bedömer att det finns skäl för att ange en ny nationell etableringsplattform för vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna vården. Utredningens förslag innebär att det, vid sidan av de offentliga upphandlingsformer som redan finns, skapas en anslutningsform som bygger på ett samspel mellan landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och en nationell plattform. En sådan anslutningsform avses ta till vara entreprenörskap och nytänkande. Den föreslagna anslutningsformen är avsedd att stimulera mångfald och är ett komplement till den offentliga upphandling som kan ske genom tillämpning av LOU/LOV. En utbyggd öppenvård med en större mångfald av vårdgivare ökar patienternas möjlighet att få rätt vård i rätt tid.

Utredningen ser tydliga fördelar i att ange ett nationellt sammanhållet system för verksamheter – bland annat åtgärder, behandlingar och terapier – som ersätts med offentliga medel i den öppna specialiserade vården. Det är till fördel för medborgarna att kunna söka vård som ges inom samma regelverk över hela landet och det underlättar för vårdgivare att agera inom ett sammanhållet system.



Förslagen grundar sig i att utredningen haft i uppdrag att föreslå hur nuvarande system med nationella regler kring etableringar och ersättningar kan överföras till ett system som ska utgöra ett stöd till en fortsatt expansion och utveckling av den öppna specialiserade vården. Utredningens förslag syftar till att det ska finnas en mångfald av vårdgivare som, oavsett ägarformen, omgärdas av gemensamma bestämmelser och likställs med annan offentligt finansierad vård när det gäller sådant som exempelvis krav på öppenhet och redovisning av verksamhet.

Den föreslagna ordningen kan utvecklas till att stimulera samordning då det förekommer flera vårdgivare eller huvudmän och gynna samverkan mellan vårdproducenter med olika kompetenser. Detta för att ge patienter bättre sammanhållna och effektivare vårdprocesser. I dag är det onödigt svårt för vårdgivare som vill arbeta sammanhållet med utgångspunkt från den enskilde patientens olika behov att få offentlig finansiering för hela vårdprocessen. Det är särskilt uppenbart då patientens vårdbehov ibland är knutet till sjukvård, ibland till öppna vårdformer och andra gånger till omvårdnad och omsorg. Ersättningssystem som utvecklas till att vara baserade på sammantagna vårdbehov och dess resultat och uppnådda kvaliteter är därför av stort värde. Liksom att ersättningar för verksamheter ges i former som är oberoende av eventuella huvudmannaskapsgränser, som exempelvis vem som ansvarar för hemsjukvården. Det är också angeläget att den offentliga finansieringen öppnas för verksamhet som kan organiseras med andra kompetenser än de två yrkesgrupper, läkare och sjukgymnaster, som anges i nuvarande lagstiftning. Det är ur flera aspekter också viktigt att stimulera en utveckling som ger en mångfald av vårdgivare möjligheter att verka. Mångfalden kan underlätta för patienter att finna en vårdgivare som möter patientens individuella behov. Det är även eftersträvansvärd eftersom en mångfald av vårdgivare kan skapa en innovativ miljö som gynnar utvecklingen av den öppna vården.

Utredningen förordar ett nationellt system och en myndighet som får särskilda uppgifter i att bedöma och värdera vilka verksamheter som ska ersättas. Det är ett förslag som även gör det möjligt att samordna med de bedömningar som görs inom läkemedelsförmånen och inom tandvårdsförmånen.

Förslagen i utredningen ger lika villkor för all specialiserad vård som är offentligt finansierad och som kan bedrivas utanför sjukhusen. Den här typen av förslag som utredningen lämnar understryker landstingens fortsatta ansvar för att planera hälso- och sjuk-

vården med utgångspunkt från befolkningens behov och ansvar för de prioriteringar som måste ske för att resurserna används på effektivast möjliga sätt. Som utredningen tidigare anfört ligger det en utmaning i att, med ett system som kommer vara mer präglad av patientfokus, samtidigt respektera att övergripande avvägningar kan göras så att de gemensamma resurserna används i linje med önskade prioriteringsprinciper.

## 8.2 Avveckling av LOL och LOS

Utredningen föreslår att nuvarande etablerings- och ersättningsform för läkare och sjukgymnaster i öppenvård avvecklas. Avvecklingen ska vara genomförd till den 1 januari 2011. Därefter gäller nya etableringsregler enligt den av utredningen föreslagna *lag om vårdgivaretablering* (LOVE).

Utredningen föreslår att *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning* och *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik* ska upphöra att gälla och ersättas av en ny lag från den 1 januari 2011.

Utredningen föreslår att nuvarande innehåll och ersättningsnivåer i *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning* och *förordning (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik* inledningsvis förs över till en ny förordning för att därigenom reducera behovet av särskilda övergångsregler. Den anpassning som vårdgivare måste göra för att kunna verka inom de nya reglerna bedöms vara av sådan art att den kan klaras inom tidsramarna. Det utesluter inte att det finns vårdgivare som kommer att anse att verksamheten inte kan upprätthållas. Sådana avvägningar måste emellertid i sin helhet anses vara den enskilde vårdgivarens sak att avgöra. Utredningen anser inte att det allmänna har ett ansvar i dessa avseenden.

Det föreslagna systemet med tillstånd, registrering och godkännande ska vara på plats senast den 1 januari 2011. Verksamhet som bedrivs enligt nu gällande regler ska få ersättning enligt de nya reglerna även om tillstånd, registrering och godkännande inte hinner fullföljas före den 1 januari 2011. Utbetalningar ska göras innan etableringsprocessen är fullföljd, men leder inte till att verksamheten automatiskt är etablerad annat än till den tidpunkten då landstingets beslut sker. Om verksamheten inte får etableringstillstånd ska den avvecklas senast efter 6 månader.

### 8.3 Lag om vårdgivaretablering

Utredningen föreslår en ny *lag om vårdgivaretablering* (LOVE). Motivet för lagen är att etablering för att verka med offentlig finansiering ska ske på likartade villkor oavsett var i landet verksamheten ska bedrivas. Den föreslagna lagen syftar till att all vård bedriven med offentlig finansiering ska omgärdas av samma regler och krav. Utredningen bedömer att avtal som regleras i den nya lagen är tjänstekoncessioner.

Utredningen föreslår att det framtida systemet bygger på en ny *lag om vårdgivaretablering* (LOVE).

I lagen anges ett nytt system för tillstånd att etablera verksamhet mot offentlig finansiering som innefattar nationell registrering och regionalt godkännande. *Lagen om vårdgivaretablering* syftar till att underlätta för vårdgivare att arbeta med offentlig finansiering. Kravet för att etablera verksamhet är att de särskilda villkor som är regionalt uppställda av landstingen är uppfyllda av de vårdgivare som ansöker om godkännande. I vissa avseenden är de krav som utredningen föreslår betydligt mer omfattande än dagens förhållanden inom LOL och LOS. Den föreslagna lagen ger landstingen en ny form för samverkan med olika vårdgivare. Därmed vidgas möjligheterna att utnyttja en mångfacetterad och entreprenöriellt orienterad organisering av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag medför ett lika ansvar för alla vårdgivare att delta i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete oavsett i vilken ägarform som vården produceras.

Utredningen förordar fortsatta initiativ med syfte att säkerställa kvalitet och utveckling av vården. De aktiviteter som sker i dag med olika individuella program exempelvis inom yrkesföreningar för att säkerställa en kontinuerlig kompetensförbättring, liksom de verksamhetsgranskningar som sker bland annat genom öppna jämförelser och medicinska revisioner, behöver kompletteras. Det är värdefullt om dessa aktiviteter ges tydligare patientfokus och ingår i ett arbete som siktar på att förbättra omhändertagandet i hela den vårdprocess som patienten genomgår. Landsting ska kunna begära att vårdgivare sinsemellan organiserar löpande kvalitetsarbete och ange de villkor som ska gälla. Sådana uppställda krav och villkor ska vara lika för alla och får inte missgynna etablering av enskild verksamhet.

Den nya lagen följer i huvudsak den logik som funnits i tidigare lagstiftning, men anpassar den till de förhållanden kring ansvar och finansiering som gäller i dag. Liksom i ett samverkansavtal och valfrihetssystem (LOV) bär den ekonomiska aktören risken för att etablera och driva verksamheten.

EG-domstolen behandlade i dom C-300/07 av den 11 juni 2009 begreppet *tjänstekoncession* i relation till begreppet ramavtal (dvs. ett slags tjänstekontrakt). Domstolen skriver (p. 71) att tjänstekoncession kännetecknas av en situation där den upphandlande myndigheten överför rätten att utnyttja viss tjänst till en koncessionsinnehavare. Denna har i sin tur inom ramen för det ingångna kontraktet en viss ekonomisk frihet att bestämma villkoren för hur denna rätt utnyttjas och står därmed också i huvudsak för riskerna med detta utnyttjande. Ett *ramavtal* kännetecknas däremot av en situation där den verksamhet som en ekonomisk aktör som är part i avtalet bedriver, är reglerad på så vis att alla kontrakt som denna aktör ingår under en given tidsperiod måste följa de villkor som anges i ramavtalet. I det aktuella målet anger EG-domstolen att klassificeringen av ett kontrakt beror på de konkreta omständigheterna i det enskilda fallet. För att en tjänstekoncession ska anses föreligga måste leverantören stå den övervägande risken vid driften av verksamheten i fråga.

I LOVE ska den upphandlande myndigheten annonsera, godkänna och teckna avtal med alla leverantörer som uppfyller kraven i förfrågningsunderlaget. Att begränsa antalet leverantörer i systemet är inte tillåtet. Detta medför att vårdgivaren i ersättningssystemet inte kan beräkna hur omfattande konkurrensen kommer att bli samt hur mycket vårdtjänster som denne kommer att få tillhandahålla. Även om ersättningen i huvudsak betalas av den upphandlande myndigheten och inte från tredje man tar ändå leverantören den övervägande ekonomiska risken. På grund härav gör utredningen den bedömningen att ett ersättningssystem enligt LOVE uppfyller villkoren för att en tjänstekoncession ska anses föreligga.

Eftersom avtal som regleras i den nya lagen utgör tjänstekoncessioner medför avtalen inte någon skyldighet att i LOVE föra in bestämmelser om tekniska specifikationer, efterannonsering, krav på uteslutning av leverantörer som begår viss typ av brottslighet, interimistiska åtgärder och skadestånd. Enligt upphandlings- och rättsmedelsdirektiven hade detta annars varit nödvändigt.

Utredningen bedömer att de nya reglerna kan införas, som en direkt fortsättning på nuvarande förhållanden, men på ett sådant sätt att systemet inte begränsas till de etableringar som skedde före

och kring 1994. Det innebär att genomförandet kan ske relativt snabbt och utan att särskilda komplicerade övergångsregler behöver etableras.

#### 8.4 Myndighet fastställer och utvecklar ramar för etablering

De verksamheter som kommer att ersättas enligt föreslagen lag, LOVE, ska fastställas av en myndighet. Myndigheten anger även de ersättningsnivåer, som ska utgöra den lägsta nivå för ersättning från landstinget. Myndighetens beslut ska föregås av samråd med olika parter.

Innehåll och nivåer i en nationell etableringsram bör utvecklas på ett sådant sätt att det gynnar en innovativ och kvalitativ utveckling av den öppna vården och säkerställer sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Ersättningar bör så långt möjligt knytas till mål för behandlingen och de resultat som vården åstadkommer.

Vilka verksamheter som berättigar till offentlig ersättning ska enligt förslaget fastställas av en myndighet. Det ligger nära till hands att utgå från att sådana uppgifter kan inordnas i nuvarande myndighetsstruktur. Utredningen utesluter därmed inte att väsentliga förstärkningar måste ske vid befintlig myndighet eller att det till och med kan vara mer lämpligt att en särskild myndighet kan krävas för att fullgöra uppgiften. Mycket talar emellertid för att söka en struktur som gör det möjligt att samordna beslut kring läkemedel och andra terapier inom hälso- och sjukvården. Anledningen till att forma en sådan struktur är att det finns anledning att tro att framtida beslut om ersättningar kommer att handla mer om att främja processer som inkluderar olika terapier. Där är det då av värde att ge visst utrymme för patienter och vårdgivare att själva med utgångspunkt från nationella behandlingsriktlinjer avgöra hur behandlingen ska genomföras. En beslutsstruktur kring ersättningar som bygger på att ersätta enskilda åtgärder eller på ett olämpligt sätt exkluderar läkemedelskostnader och medicintekniska utgifter kan motverka en sådan utveckling. Utredningen beskriver i kapitel 5 de olika avvägningar som måste ske.

Utredningens förslag att en statlig myndighet fastställer innehåll och ersättning motiveras av att utredningen anser att det, så långt det är möjligt, ska råda lika förutsättningar för att bedriva öppenvård med offentlig finansiering över hela landet. Den av utred-

ningen föreslagna ordningen medger fortsatta möjligheter till regionala skillnader i prioriteringar.

Myndigheten fastställer vilka verksamheter som berättigar till den offentliga förmånen och anger den ersättning som ska utgå. Myndighetens beslut ska föregås av samråd med landsting och parter som kan komma att omfattas av denna lag, såsom representanter för yrkeslegitimerade grupper samt patientorganisationer. Utformningen bör sikta på att åstadkomma en styrning mot vårdens mål och resultat samt premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Utredningen anser att en inriktning bör vara att skapa ersättningar som är hälsofrämjande och som stimulerar och underlättar nytänkande. Underlaget till ett sådant arbete hämtas sannolikt till större del från de nationella riktlinjer som utarbetas av Socialstyrelsen och de utvärderingar som genomförs av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), men de kan kompletteras även av annan tillgänglig kunskap.

## 8.5 Tillstånd och registrering av verksamheten

Vårdgivare som vill etablera sig med offentlig ersättning inom den öppna vården behöver erhålla tillstånd för detta. Vårdgivare ska registreras i särskilt register. Registreringen syftar till att förteckna viss aktuell information kring vårdgivaren, samt att pröva kompetensen för den verksamhet som man avser att bedriva. Registret föreslås administreras av tillsynsmyndigheten.

Utredningen föreslår att ett första steg till etablering sker genom tillstånd och registrering hos tillsynsmyndigheten (Socialstyrelsen). Registreringen syftar till att tillsynsmyndigheten ska bedöma om det föreligger adekvat medicinsk och annan kompetens för att bedriva den aktuella verksamhet som vårdgivaren anger. I registret ska det förtecknas vilka som ansvarar för verksamheten och på vilket sätt ledningssystemet är organiserat. Registret får i fråga om personuppgifter endast innehålla uppgifter om vårdgivaren och om verksamhetschef. Det är rimligt att det sker en förnyad anmälan om verksamheten genomgår förändringar av större vikt, som exempelvis i samband med ägarbyten. Det finns vidare möjligheter att utveckla en sådan föreslagen registrering till att bli en del av en mer kontinuerlig uppföljning kring vårdgivares kompetens och utveckling på det sätt som diskuterats i tidigare kapitel av utred-

ningen. Registret ska också kunna användas för att följa utvecklingen av den vård som etableras. Det ligger utanför utredningens uppdrag att presentera närmare förslag kring detta, och får väl också huvudsakligen ses som en uppgift i ett fortsatt utvecklingsarbete som även inkluderar diskussioner kring tillsyn och granskning.

## 8.6 Regionalt godkännande och ingående av etableringsavtal

När en vårdgivares registrering är godkänd kan denne ansöka om godkännande i det landsting där verksamheten avses bedrivas. Landstinget kan uppställa krav. Dessa villkor ska i förväg uppställas och publiceras av landstingen. Under förutsättning av att landstingets krav är uppfyllda har landstinget att besluta om upprättande av ett etableringsavtal. Inom verksamhetsområden som omfattas av vårdvals-system enligt Lag om vårdvals-system (LOV) får landsting hänvisa begärd etablering till denna etableringsform.

Landsting ska i etableringsavtal ange på vilka villkor och grunder vårdgivarersättning ska utgå.

Utredningen föreslår att vårdgivare, efter att ha genomfört en nationell registrering, ska ansöka om regionalt godkännande för att bedriva verksamhet inom den öppna vården med de ersättningar som angetts av den myndighet som utredningen föreslagit. Vårdgivare ska vid ansökan om godkännande ange syfte och mål med etableringen, samt på vilket sätt vårdgivaren kommer att bedriva verksamhet inom det landsting där man söker etablering. Om inte särskilda omständigheter föreligger ska landstinget godkänna att etablering kan ske och etableringsavtal ska då upprättas. Ett sådant avtal gäller tills vidare. Etablering ska sedan ske inom en period av sex månader efter upprättat avtal.

I samband med att etableringsavtal upprättas får landsting ange de olika villkor som ska uppfyllas för att få bedriva verksamhet med offentlig finansiering inom landstinget. De grundläggande krav som anges ska vara lika för all verksamhet inom landstingsområdet och relevanta för den specifika verksamhet som avses bedrivas enligt etableringsavtalet. Det betyder att landsting kan utarbeta skilda villkor för olika verksamhetsområden, men att de grundläggande krav som anges och ska vara lika för all verksamhet inom landstingsområdet, huvudsakligen gäller områden som tillgänglighet, anslutning

till gemensam kommunikationsplattform, följsamhet till läkemedelsrekommendationer, deltagande i kvalitetsarbete, upprätthållande av miljökrav och regler för hur medverkan i utbildning och FoU sker. Det kan också vara nödvändigt att reglera sådant som deltagande i jourverksamhet och andra aktiviteter som följer av att man ingår i den offentligt finansierade verksamheten. Dessa utgör de ramar som utredningen menar ingår i begreppet att *bidra till integrering*.

Landsting ska kunna lämna ersättning till sådan samverkan. Motsvarande strävan efter gemensamma regler och ersättningar ska gälla för de medicinska servicetjänster eller andra infrastrukturella tjänster som landstinget tillhandahåller. Sammantaget gäller att de villkor som anges ska i förväg uppställas och publiceras av landstinget på en nationell webbplats som skapas för detta ändamål.

Landsting får hänvisa begärd etablering till befintligt vårdvalsystem enligt LOV om vårdvalsystemet i huvudsak omfattar de områden som etableringen är avsedd att verka inom. Landsting får även komma överens om att utesluta vissa ersättningar i etableringsavtalet om åtgärderna återfinns i ett vårdvalsystem.

Landsting ska ha rätt att neka etablering om den uppenbart kommer att motverka eller försvåra upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur inom landstingsområdet. En sådan avvisning ska kunna överklagas. Här tänker sig utredningen att medvetna beslut om strukturella förändringar inte ska kunna hindras genom att verksamhet i stället uppstår genom parallell etablering med offentlig finansiering som motverkar eller försvårar genomförandet av det som landstingsfullmäktige har fastställt. Med samma motivering gäller att om landsting har infört särskilda remissregler för besök hos specialist i öppen vård ska motsvarande regler kunna anges i etableringsavtalet. Den reglering som föreslås medger således att landsting även fortsättningsvis ställer liknande villkor som i dag om remiss från primärvården eller annan vårdnivå till öppen specialistvård. Det betyder emellertid inte att utredningen anser att det är en åtgärd som är patientfokuserad eller ens en särskilt effektiv form för att ransonera resurser.

I etableringsavtalet kan landstinget ange hur verksamheten ska vara tillgänglig.

Landsting kan föranstalta om att en verksamhet som finns etablerad ska upphöra. Skälen för en sådan åtgärd ska tydligt anges. Avvecklingsregler ska framgå i det etableringsavtal som träffas. Vårdgivaren ska ges skäligen utrymme för att vidta de åtgärder som följer av en sådan förändring.



## 8.7 Landstingens möjligheter att kontrollera kostnader

Utredningen förordar att löpande utvärdering sker av hur verksamheterna i den öppna vården utvecklas.

En av de viktigare synpunkter som utredningen velat beakta är landstingens förmåga att, efter införande av nya etableringsregler, behålla möjligheter till volym- och kostnadskontroll som ett led i att upprätthålla beslutade prioriteringar. Utredningen anser att stöd för denna kontroll kan ges i flera led.

Det första ledet formuleras genom de ersättningar som fastställs av myndigheten. Liksom i dag bör det vara möjligt att rikta individuellt formulerade begränsningar i form av reducerade belopp för produktion som överstiger viss angiven volym, samt även fastställa ett tak för när ersättningen övergår till att endast bestå av eventuellt förekommande patientavgift. Åtgärder av det här slaget kan i och för sig komma att motverka strävan mot optimalt organiserade verksamheter för att nå effektivitet och måste därför övervägas noggrant innan begränsningar införs.

Det andra ledet formuleras av att utredningen anser att landstingen ska ha rätt att hänvisa begärd etablering till inrättade vårdvalsystem om verksamheten stämmer överens med, eller endast marginellt avviker från, det som formuleras i vårdvalsystem. Ersättning ska också kunna uteslutas för åtgärder som kan utföras inom ett sådant vårdvalsystem utan men för patienten och den medicinska kvaliteten.

Som ett tredje led har utredningen diskuterat möjligheten att ge landsting rätt att ange den totala volym inom vilka vårdgivare kan bedriva verksamhet. De regler som skapas bör då gälla alla som verkar inom det definierade området, således även en eventuell landstingsägd produktion. Ur etableringsaspekter finns det klara nackdelar med att ge landstingen en sådan möjlighet att begränsa volymer utan att inkludera den, oftast i egen regi bedrivna, vid sjukhus producerade öppna vården. Bedömningen är att det till en början kommer att vara svårt att identifiera den sjukhusbedrivna öppenvården som kan inkluderas till de volymer som är möjliga för etablering enligt LOVE, och att göra det på ett sådant sätt att vårdprocesser inom sjukhusen inte störs.

Utredningen förordar en löpande utvärdering av utvecklingen inom den öppna vården. En ytterligare åtgärd kan vara att ge Kon-

kurrensverket kompletterande uppdrag att granska utvecklingen och att återkomma med förslag till regeländringar, om det av landsting sker avgränsningar som enbart eller på annat sätt syftar till att begränsa konkurrensen.

## 8.8 Möjligheter för landstingen att styra och prioritera

Utredningen anser att prioriteringsregler som fastställts av landstingsfullmäktige också ska gälla verksamhet bedriven enligt etablering genom LOVE.

Utredningen föreslår att respektive landstings prioriteringsregler också ska kunna gälla för den verksamhet som etableras och ersätts enligt den föreslagna etableringsplattformen. Det betyder att en vårdgivare som tar emot patienter från olika landsting endast får ersättning enligt de regler som fastställts i respektive patients hemlandsting. Det utgör samtidigt den enda grund på vilken vårdgivare får hänvisa patient till annan vårdgivare eller annan vårdnivå. Vårdgivare som har ersättning enligt LOVE får inte avvisa patienter, men inte heller vidta åtgärder som inte är medicinskt motiverade.

## 8.9 Landstingsanställdas rätt att parallellt arbeta i annan verksamhet

Utredningen förordar en flexibel hantering av landstingen för att möjliggöra för landstingsanställda att arbeta parallellt i öppenvårdsverksamhet.

I anslutning till diskussionen om möjligheter att skapa ett integrerat system där alla tillgängliga resurser utnyttjas på ett rationellt sätt förordar utredningen en, åtminstone inledningsvis, flexibel inställning av landstingen till att landstingsanställd personal arbetar i verksamhet inom öppenvård även om den inte är landstingsägd. Det utesluter inte att det även fortsättningsvis kan finnas skäl till att landsting begränsar eller hindrar anställda att verka i annan från landstingets ägo skild verksamhet. Reglering kring detta finns i *lagen (1994:260) om offentlig anställning*.

## 8.10 Öppna vårdens utveckling

Utredningen föreslår fortsatta insatser för att förstärka hälso- och sjukvårdens utveckling med ett nationellt kunskapsstöd. Ett sådant stöd kan organiseras genom kvalitetsregister och öppna jämförelser, regionala kunskapscentra eller genom olika former av andra aktiviteter varav flera kan in- och samordnas i en nationell IT-strategi.

I de observationer som utredningen gjort framträder behov av olika former av oberoende kontinuerlig nationell utvärdering och granskning av hälso- och sjukvårdssystemets funktion och resultat.

Utredningen föreslår fortsatta insatser med ett nationellt kunskapsstöd för att stärka hälso- och sjukvårdens utveckling. Ett sådant stöd kan organiseras genom kvalitetsregister och öppna jämförelser, regionala kunskapscentra eller genom olika former av andra aktiviteter varav flera kan in- och samordnas i en nationell IT-strategi. Flera förslag kring regionala kunskapscentra som kompletterar nationella insatser har också lämnats av andra utredningar, som exempelvis de förslag som presenterades av *Kommittén för en nationell cancerstrategi*.

Statlig kunskapsstyrning av vården, liksom den som organiseras av övriga huvudmän och professionen, är en viktig drivkraft för kvalitetsförbättringar och avgörande för att patienter ska kunna få likvärdig vård i hela landet. Utredningen bedömer att en växande aktivitet inom detta område är nödvändig, även om det också finns anledning till att ha förståelse för att den mängd av aktiviteter och initiativ som pågår av verksamhetsföreträdare kan uppfattas som svår att överblicka. Att samordna kunskapsgivningen genom centralt styrda direktiv bär däremot större risker än fördelar. Det talar för att det krävs en förstärkning av kompetensen för att balansera de olika värden som förmedlas direkt hos vårdgivare. Staten bör ta initiativ som syftar till att undersöka på vilket sätt en sådan kompetens- och resursförstärkning bäst åstadkoms.

I de observationer som utredningen gjort och i de kontakter utredningen haft anförs behov av en uttalat oberoende, och mer kontinuerlig, nationell utvärdering och granskning av hälso- och sjukvårdssystemets funktion och resultat. En sådan funktion behöver diskuteras med hänsynstagande till alla de initiativ som tagits från staten och landstingen och måste uppmärksamma det utvecklingsarbete som redan pågår. Oavsett hur sådana funktioner organiseras och med fortsatt beaktande av vårt decentraliserade hälso- och sjukvårds-

system, ser utredningen att det finns behov av gemensamma nationella initiativ som engagerar vårdgivare, huvudmän och staten.

### 8.11 Beräkning av resurser för ny etableringsplattform

Utredningen bedömer att kostnaderna för att genomföra de förslag som utredningen lägger upp går till ett belopp om 20 miljoner kronor per år.

Därutöver föreslår utredningen att staten avsätter särskilda medel för att underlätta landstingens mångfaldsarbete.

Utredningen har gjort en preliminär bedömning av de resurser som kan krävas utöver befintliga resurser vid en myndighet, eller de resurser som kan krävas vid en nyetablering.

Utgångspunkten för kostnadsskattningen har varit de kostnader som Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) redovisar i sin senaste årsredovisning (TLV 2009). Utredningen har gjort bedömningen att det genomsnittliga antalet årsarbetare för första året är åtta personer och att detta sedan successivt utökas till 20 årsarbetare. Lönekostnader beräknas i enlighet med kalkylerna i samband med inrättandet av inspektion för socialförsäkringen, ISF (SOU 2008:10). Den genomsnittliga lönekostnaden är högst det första året eftersom flera högre tjänstemän rekryteras i ett tidigt skede. Till lönekostnaderna ska läggas kostnader för en beslutande nämnd liksom kostnader för externa experter. Här har kostnaderna för TLV:s nämnder och experter varit vägledande. Avseende externa experter bedömer utredningen en ungefärlig kostnad om 200 000 kr per genomgången verksamhetsområde fördelat på 2-4 experter. Beräkningen inkluderar ett gradvis ökat antal samtidiga genomgångar av verksamhetsområden som ersätts enligt nu gällande förordningar.

Myndighetsverksamheten relaterad till etableringsplattformen bedöms beräkningsmässigt lokaliserad till befintliga strukturer i Stockholm. Lokalkostnaden har därför beräknats till 100 000 kronor per medarbetare baserat på en bemanning om 20 personer. Övriga löpande driftskostnader, inklusive IT, har skattats till 75 000 kr per medarbetare. I övrigt se nedanstående tabell.

**Tabell 8.1 Kostnadskalkyl för myndighetsverksamhet relaterad till etableringsplattformen**

Kostnadspost	Enhet	2011	2012	2013	2014
Genomsnittligt antal årsarbetare	Åak	8	16	20	20
Lönekostnad per årsarbetare	Tkr	520	450	450	450
Summa lönekostnader inkl. LKP etc.	Mnkr	6,2	10,8	13,5	13,5
Kompetensutveckling	Tkr	160	320	400	400
Summa personalkostnader	Mnkr	6,4	11,1	13,9	13,9
Kostnader för nämnd	Tkr	750,0	750,0	750,0	750,0
Kostnader för referensgrupper	Tkr	600	1 000	1 200	1 200
Lokalkostnader	Mnkr	2,0	2,0	2,0	2,0
Löpande driftskostnader	Mnkr	0,7	1,4	1,8	1,8
Uppbyggnadskostnader	Mnkr	2,0	2,0	1,0	0,5
<b>Summa</b>		<b>12,5</b>	<b>18,3</b>	<b>20,7</b>	<b>20,2</b>

Utöver denna nya ordning, kan vissa förstärkningar behöva göras för att den nationella registreringen ska kunna handhas vid Socialstyrelsen och för att Konkurrensverket ska kunna fullgöra den ambitionshöjning som utredningen föreslår. Kostnaderna får bedömas i anslutning till myndigheternas ordinarie framställningar om anslag.

För att inspirera landstingen att arbeta med ökad mångfaldsinriktning och för att underlätta skapandet av olika arenor i syfte att fördjupa samarbetet mellan landsting och andra vårdgivare, föreslås att staten under period av 2–3 år avsätter särskilda stimulansmedel.

## 8.12 Genomförande

Utredningen föreslår att genomförandet sker genom att nuvarande reglering i LOL och LOS avvecklas och ersätts med en ny *lag om vårdgivaretablering* (LOVE) från den 1 januari 2011. Vissa övergångsregler föreslås för att underlätta en kontinuitet i verksamheterna och för att säkerställa kostnadskontroll.

Genomförande från den 1 januari 2011. Inledningsvis övergår nuvarande innehåll och ersättningar från LOL och LOS till den nya etableringsplattformen. Genom nationell registrering och regional auktorisation kan vårdgivare kvalificera sig för att teckna etableringsavtal med landstingen. Utredningen anser att den myndighet som får ansvar för att fastsätta verksamheter som ersätts inom det offentliga systemet, successivt kan värdera nuvarande ersättningar och genomföra de förändringar som motiveras av möjligheterna att övergå till att ersätta den öppna vården i form av sammanhållna vårdprocesser som skapar värde för patienten. Utredningen ser möjligheter, om än också betydande svårigheter, i en framtida utveckling som leder till att myndighetens roll också tar formen av en behandlingsförmånsnämnd. Denna har till sin uppgift att ange vad som ingår i den offentligt finansierade specialiserade öppna vården.

## 8.13 Tillsyn över landstingens ansvar för etableringar och vissa konkurrensfrågor

Utredningen anser att regeringen bör överväga om inte Konkurrensverket bör ha egen talerätt när det gäller vårdvalsens utformning i primärvården. Om en sådan vidgad roll etableras för Konkurrensverket bör detta även gälla övervakningen av konkurrenssituationen för dem som arbetar enligt de nya nationella regler som utredningen lägger fram i detta slutbetänkande.

En av de många frågor som väckts under utredningens gång har handlat om det krävs särskilda bestämmelser för att hindra landstingen att uppställa villkor för etableringar som i praktiken kommer att försvåra för andra vårdproducenter än landstingets egna att verka. Utredningen konstaterar att det skett en positiv utveckling i landstingen kring att samverka och utnyttja andra vårdproducenter

för att nå övergripande mål, som exempelvis de kring vårdens tillgänglighet. Det är en positiv utveckling även om det ännu finns stora brister vad avser medvetna strategier för att öka mångfald och att utnyttja den innovationskraft som kan komma från entreprenörer. Sammantaget talar det ändå för att det finns en begynnande mognad hos landstingen att främst se sin roll som ansvariga för att bedöma befolkningens behov av sjukvård, säkerställa finansiering och finna den mest effektiva organiseringen av verksamheten. Erfarenheterna från exempelvis införande av vårdvalsystem inom primärvården tyder på att landstingen själva också anstränger sig för att skapa konkurrensneutrala system, även om det också finns avvikande rapporter. Produktions- och ägarformen tenderar till att minska i betydelse. Visserligen kan detta utvecklas ytterligare, liksom dialogen med patientorganisationer såväl som med vårdgivare, men utredningen ser ingen anledning att skapa särskilda nationella regler för en sådan utveckling.

Många av de åtgärder som föreslagits av utredningen förutsätter långsiktiga och tydliga regler som ger konkurrensneutrala villkor för vårdaktörerna.

Lagen om valfrihet (LOV) som trädde i kraft den 1 januari 2009, är ett alternativ till upphandling enligt *lagen (2007:1091) om offentlig upphandling* (LOU) när kommuner och landsting tillämpar vårdvalsystem bl.a. inom vård- och sjukvårdsområdena. Lagarna kan också användas parallellt. Ett gemensamt syfte för de båda lagarna är att leverantörer, vårdgivare etcetera ges lika förutsättningar att konkurrera om att få sälja berörda tjänster eller bedriva berörd verksamhet. Detta ökar förutsättningarna för en väl fungerande konkurrens och en effektiv resursanvändning till nytta för det allmänna och patienter/konsumenterna.

Det är angeläget i ett konkurrens- och konsumentperspektiv att den praktiska tillämpningen av LOV inte åsidosätter EG-rättsliga principer såsom icke-diskriminering och likabehandling av aktörerna samt proportionalitet.

Konkurrensverket har tillsynsansvaret för LOV. Myndigheten har dock inga sanktionsmöjligheter för att komma till rätta med att ett landsting eller en kommun snedvrider konkurrensen till egen fördel, till exempel genom att diskriminera en leverantör i något avseende. Enligt LOV har enbart berörd vårdgivare möjlighet att få prövat i domstol om ett landsting bryter mot lagen. Väsentliga delar av lagen är dessutom undantagna från möjligheten att överklaga, framför allt frågor om icke-valsalternativ. En vårdgivare kan

av olika skäl dra sig för att klaga på till exempel ett landsting som i sammanhanget är företagets finansär eller kan vara enda beställare av aktuella tjänster. Förslag har därför väckts kring att Konkurrensverket får rätt att väcka talan i domstol om så kallad marknads-skadeavgift i vissa fall.

Utredningen understryker vikten av att fortsätta utvärderingar även bedömer behovet av att ge Konkurrensverket egen talerätt, på liknande sätt som det diskuteras i departementspromemorian *Nya rättsmedel m.m. på upphandlingsområdet* (Ds 2009:30). En sådan initiativrätt kan medföra att konkurrensfrågorna kan bevakas mer aktivt och vara oberoende av enskilda vårdproducenters förmåga att väcka talan. Utredningen saknar emellertid själv underlag för att göra en sådan fullständig bedömning och menar att den fortsatta beredningen öppnar möjligheten att tillfoga en sådan analys.

## 8.14 Övergångsbestämmelser

Utredningen föreslår att vårdgivare efter att den nya lagen trätt i kraft och senast efter fyra månader efter att en åtgärd slutförts, ska ansöka om ersättning för att kunna få den enligt äldre bestämmelser.

Den föreslagna lagen träder i kraft den 1 januari 2011. Genom lagen upphävs *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning* och *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik*. För åtgärder som påbörjats före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser. En förutsättning för att kunna få ersättning enligt de äldre bestämmelserna är att den privata vårdgivaren ansöker om ersättning från landstinget inom fyra månader från det att åtgärden slutfördes.

## 8.15 Sammanfattning

Utredningens strävan har varit att ge förslag som tillvaratar alla de resurser som finns för att skapa en god hälso- och sjukvård inom ett integrerat system som bygger på fortsatt offentlig finansiering.

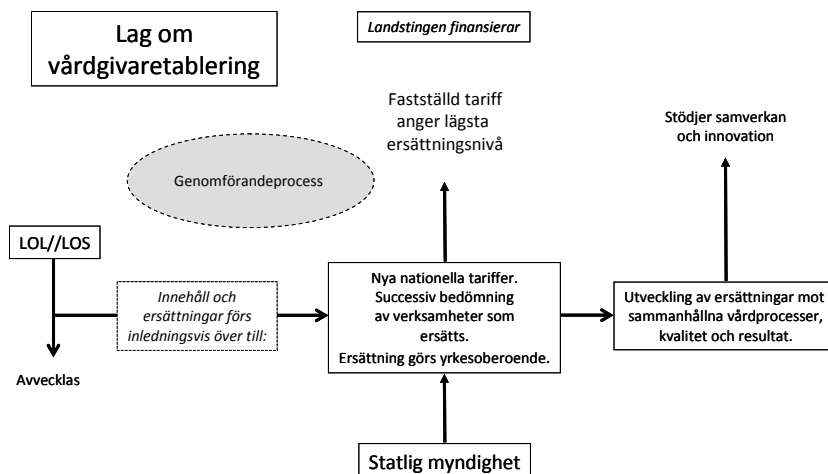
Nuvarande regleringar för etableringar till offentlig finansiering och ersättningar för åtgärder avvecklas. Ny etableringsplattform föreslås genom *lagen om vårdgivaretablering* (LOVE).

I korthet innebär förslaget att vårdgivare ska kvalificera sig i flera steg – genom nationellt tillstånd och registrering samt genom



ett regionalt godkännande. Figur 8.1 beskriver de av utredningen föreslagna reglerna för vårdgivaretablering mot offentlig finansiering.

**Figur 8.1 Sammanfattande översikt av lagen om vårdgivaretablering (LOVE)**

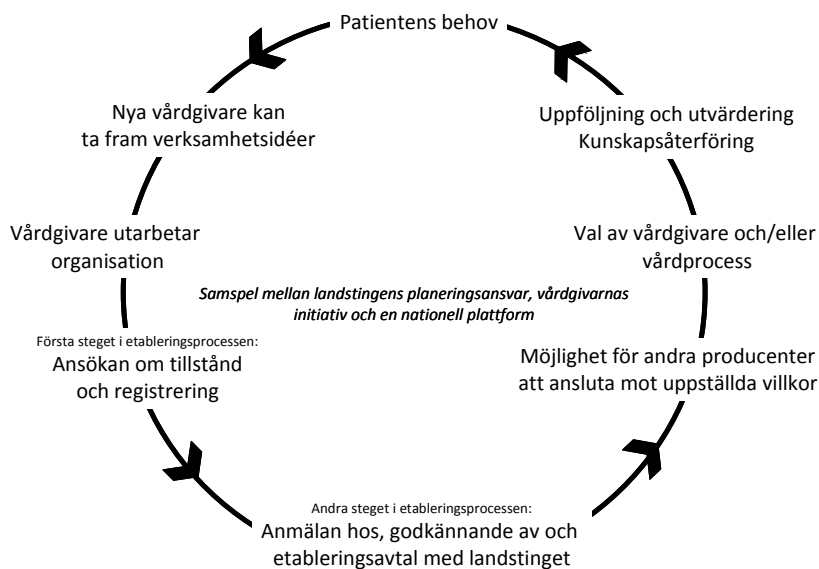


Alla som uppfyller kraven ska ha möjlighet att etablera verksamhet. Verksamhetens utformning och volym begränsas genom ersättningsutformning och landstingens vårdvalsystem. Avsikten med dessa begränsningar är att vidmakthålla landstingens ansvar för prioriteringar och kostnader.

Nuvarande innehåll och ersättningar överförs till en ny etableringsram och får då successivt omprövas och utvecklas av en myndighet.

Framtida inriktning är att skapa ersättningar som bygger på vårdprocesser och vårdresultat och samtidigt tar ställning till vad som ingår i den offentligt finansierade vården. Det samspel mellan landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och den nationella plattform som tillsammans bildar en innovationscykel åskådliggörs i figur 8.2.

**Figur 8.2** Innovationscykel avseende samspelet mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer och en nationell plattform



Avslutningsvis föreslår utredningen också att en aktivare roll för Konkurrensverket övervägs för att stödja målet om att nå större mångfald inom den offentligt finansierade vården.

Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

## Referenser

- Finansdepartementet. 2009. *Nya rättsmedel m.m på upphandlingsområdet*. Ds 2009:30.
- SOU 2008:10. 21 + 1>2 *En ny myndighet för tillsyn och effektivitetsgranskning av socialförsäkringen*.
- Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV). 2009. *Årsredovisning 2008*.

## 9 Konsekvenser av utredningens förslag

Enligt 15 a § *kommittéförordningen (1998:1474)* ska det i ett betänkande som innehåller nya eller ändrade regler också anges de ekonomiska kostnaderna och andra konsekvenser av dessa. Förordningen föreskriver att en sådan konsekvensanalys ska genomföras om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, för brottsligheten, för sysselsättningen och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Konsekvensdiskussioner kring utredningens förslag återfinns i flera av betänkandets kapitel. I detta avsnitt redogörs något utförligare utredningens konsekvensbedömning vad gäller de offentliga finanserna och samhällsekonomin, den kommunala självstyrelsen, jämställdhet samt för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga.

### 9.1 Samhällsekonomiska konsekvenser samt konsekvenser för de offentliga finanserna

Utredningens förslag innehåller flera moment som har, eller kan ha, konsekvenser för samhällsekonomin och de offentliga finanserna. Dessa konsekvenser kan indelas i å ena sidan förutsägbara ekonomiska konsekvenser och å andra sidan ekonomiska konsekvenser, som är svårare att förutsäga. Till de förra hör exempelvis de beräknade kostnaderna för en ny etableringsplattform som redovisas i avsnitt 8.11. Till de senare hör de olika konsekvenser som kan komma av den nya möjligheten till etablering för olika typer av privata vårdgivare. I de följande delavsnitten diskuteras de

konsekvenser som utredningen har identifierat för samhälls-ekonomi och offentliga finanser.

### 9.1.1 Direkta konsekvenser för statens finanser

Den tydligaste ekonomiska konsekvensen för statens finanser som kommer av utredningens förslag är kostnaderna för en ny etableringsplattform. Denna kan ta formen av en ny myndighet eller anslutas till en befintlig myndighet. Utredningen bedömer kostnaderna för denna etableringsplattform till 20 miljoner kronor per år (se vidare avsnitt 8.11). Utöver dessa kostnader kan nya kostnader tillkomma för Socialstyrelsen respektive Konkurrensverket. Dessa bedöms emellertid som inte särskilt omfattande och får uppskattas i anslutning till respektive myndighets ordinarie framställning om anslag.

### 9.1.2 Konsekvenser för landstingens kostnader

Utredningens förslag ger landsting möjlighet att samverka med privata vårdgivare i en ny form. Initialt rör detta de verksamhetsområden som omfattas av *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning* och *förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik*. Därtill kommer, i senare skeden, de nya områden som gradvis identifieras och fastställs av en myndighet (se avsnitt 8.4). De kostnadskonsekvenser som följer att av den nationella etableringsramen expanderar gradvis kan inte göras i detta skede, utan bör utgöra ett moment i att fastställa vilka verksamheter som ska ingå i etableringsramen.

Utredningens förslag ger landstingen flera möjligheter att formulera villkor för att godkänna privat vårdgivare som vill etablera sig enligt den föreslagna lagen om vårdgivaretablering. Detta kan leda till ökade administrativa kostnader för landstingen. Omfattningen är emellertid svår att uppskatta och skiljer sig förmodligen från landsting till landsting. De administrativa kostnaderna ökar förmodligen mer i de landsting som sedan tidigare inte samverkat med privata vårdgivare i särskilt stor utsträckning. Mer principiellt ska de ökade administrativa kostnaderna som följer av godkännandeförfarandet också ses i ljuset av det direkta värde som kan komma om de nya möjligheterna till ett nära samspel med privata vårdgivare utnyttjas väl.

En annan fråga med relevans för landstingens kostnader är omfattningen på de verksamheter som direkt berörs av utredningens förslag. Den sammanlagda utbetalade ersättningen till läkare respektive sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan var knappt 1,6 respektive knappt 1,1 miljarder 2008 (se avsnitt 3.4.3). Den typ av åtgärder som omfattas av de två ovan nämnda förordningarna utförs emellertid även i andra driftsformer, inte minst i landstingens egen regi. Utredningen har därför sökt skatta den totala omfattningen av dessa två initialt berörda områden inom den offentligt finansierade sjukvården.

Landstingens totala kostnad för sjukgymnastik uppgick till 3,6 miljarder kronor år 2008 (SKL 2009). Utöver den ersättning som betalas ut enligt den nationella taxan på 1,1 miljarder kronor, så har detta område således en omfattning av ytterligare 2,5 miljarder kronor. Utredningens förslag inom sjukgymnastikområdet berör initialt således en verksamhet som i dag kostar 3,6 miljarder kronor. Närmare 70 procent av denna verksamhet tillhandahålls i dag genom landstingens egen regi och genom entreprenadavtal snarare än genom samverkansavtal knutna till *förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik*.

Bilden är snarlik när det gäller de områden inom specialiserad öppenvård utanför primärvård som finns representerade inom *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning*. Utredningen har gett Epidemiologiskt centrum på Socialstyrelsen i uppdrag att skatta kostnaderna för dessa typer av åtgärder inom den offentliga hälso- och sjukvården utanför det som sker enligt samverkansavtal. Den skattning som gjorts av Epidemiologiskt centrum begränsar sig till åtgärder utförda av läkare, huvudsakligen vid sjukhus, men även till en begränsad del offentligt finansierad vård utförd av privata vårdgivare. Dessa åtgärder motsvarade 2008 en kostnad om 4,6 miljarder kronor. Detta ska ses utöver de knappt 1,6 miljarder som utförs av läkare inom ramen för samverkansavtal. Runt 75 procent av kostnaderna för de åtgärder som utförs av läkare och som finns representerade inom *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning* utförs således i dag genom landstingens egen regi eller genom entreprenadavtal. Eftersom flera av åtgärderna också kan utföras av andra yrkeskategorier är den totala kostnaden för de här aktuella åtgärderna högre. Följaktligen utförs sammantaget mer än 75 procent av åtgärderna representerade i *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning* i andra former än genom läkare som verkar enligt denna förordning.

De två ovan gjorda skattningarna ger en indikation hur stor den hälso- och sjukvårdsverksamhet är som initialt innefattas i det av utredningen föreslagna systemet för vårdgivaretablering. Eftersom det föreslagna systemet etablerar en ny plattform för samspel mellan privata vårdgivare och landsting är det mycket svårt att uppskatta de direkta effekter som systemet kan få för landstingens finanser.

En konsekvens av utredningens förslag är sannolikt att landsting i ökad utsträckning kommer att utnyttja privata vårdgivare inom berörda områden. En uttrycklig intention är att förslaget ska underlätta vårdgivaretablering, särskilt i den mån det i dagsläget föreligger bristande tillgänglighet och/eller bristande mångfald i utbudet. Det är därför högst möjligt att utredningens förslag kan leda till kostnadsökningar som motsvaras av att det tidigare förelegat bristsituationer. Utredningens förslag har emellertid utformats med flera moment som ska säkerställa landstingens möjligheter att kontrollera kostnader, styra och prioritera (se avsnitten 8.7 och 8.8). Utredningens förslag kan således leda till kostnadsökningar som speglar ett underliggande behov att utvidga utbudet inom den öppna specialiserade vården utanför primärvården. Det handlar i detta avseende då om volymförändringar som gör att målen för hälso- och sjukvården i större utsträckning nås.

Utredningens förslag innefattar också flera moment avsedda att stödja en ökad integration och samverkan inom landstingens hälso- och sjukvårdssystem. Dessa kan leda till såväl ökad kvalitet i vårdprocesser som förbättrad kostnadseffektivitet.

Sammantaget kommer utredningens förslag således sannolikt att leda till förskjutningar i vilka volymer som sker inom ramen för landstingens egen regi respektive hos privata vårdgivare. Utredningens förslag kan vidare även medföra förändringar i de volymer som utförs inom de berörda områdena. Den totala omfattningen av den verksamhet som initialt berörs av utredningens förslag motsvarar en kostnad om cirka 10 miljarder kronor. Utredningen förordar i sitt förslag en löpande utvärdering av utvecklingen där bland annat konsekvenser av ovan diskuterade slag noga följs (se avsnitt 8.7).

Utredningen har föreslagit att den fortsatta utvidgningen av etableringsplattformen ska fastställas av en myndighet. Den specialiserade öppenvården utanför primärvård med offentlig finansiering omfattade 2008 cirka 50 miljarder kronor (se kapitel 3), vilket ger en indikation på omfattningen av den verksamhet som kan komma att omfattas av utredningens förslag. Ovan nämnda myndighet föreslås vidare

successivt genomföra en översyn av de områden som initialt kommer att ingå i etableringsplattformen. I myndighetens arbete med etableringsplattformen kan såväl konsekvenser för landstingens kostnader liksom samhällsekonomiska konsekvenser fortlöpande beaktas.

### 9.1.3 Samhällsekonomiska konsekvenser

Utredningens förslag syftar till att öka integration, mångfald, patientfokus och innovationskraft inom den specialiserade öppenvården. Förslagen har tagit sin utgångspunkt i en problembeskrivning där vi bland annat konstaterat att patienter i flera avseenden har en svag ställning; att det föreligger skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet; att det finns tendenser till fragmentering; att det finns en orealiserad innovationspotential; samt att nuvarande principer för etablering av samverkansavtal inte har visat sig fungera (se vidare avsnitt 2.2).

I den mån förslaget har avsedda effekter, innebär det också att utredningens förslag har samhällsekonomiska konsekvenser. Samtidigt som det är omöjligt att bedöma deras omfattning kan det vara värt att lyfta fram några områden av särskild vikt.

Utredningen har i ett tidigare delbetänkande berört frågan om huruvida bristande tillgänglighet till sjukvård onödigt kan förlänga sjukskrivningar (SOU 2009:49). De förslag som presenterats här är bland annat avsedda att bidra till en ökad tillgänglighet, vilket i sin tur kan bidra till att även sjukvårdens samspel med socialförsäkringen förbättras.

Utredningen har konstaterat att det finns en betydande orealiserad innovationspotential. Det gället i hög grad vårdens organisering där det finns stora utvecklingsmöjligheter. Utredningens förslag är direkt avsedda att stödja utvecklingen av nya arbetsformer inom den öppna specialiserade vården, med särskild tonvikt på betydelsen av integration, mångfald och patientfokus. I den mån utredningens förslag bidrar till en sådan utveckling, finns här stora samhällsekonomiska vinster att vänta i termer av mer kostnads-effektiva vårdprocesser.

Den nya föreslagna ordningen, med en myndighet ansvarig för en kontinuerlig översyn av etableringsplattformen för den öppna specialiserade vården kan också komma att få dynamiska konsekvenser på hälso- och sjukvårdens organisering. Denna föreslagna

nyordning har inte minst en potential att bidra till en större flexibilitet i hälso- och sjukvårdens organisering till de ständigt förändrade förutsättningarna för vilka verksamheter som lämpligast bedrivs inom slutenvård, öppenvård respektive primärvård.

Det är väl känt att ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem är av stor samhällsekonomisk betydelse. Utredningens förslag är avsedda att utveckla hälso- och sjukvårdens organisering på några viktiga punkter. Det är omöjligt att uppskatta de samhällsekonomiska konsekvenserna av dessa förändringar. Det finns emellertid flera tecken som tyder på att förslagen kan ge flera positiva bidrag.

## 9.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Den främsta beröringspunkten i utredningens förslag avseende konsekvenser för den kommunala självstyrelsen berör landstingens organisationsfrihet. Kort sagt medför förslaget en förändring i landstingens förutsättning att fritt organisera sin verksamhet eftersom privata vårdgivare ges möjligheten att etablera sig och verka med offentlig finansiering.

I kapitel 7 presenterade utredningen tre alternativa förslag som i olika grad uppfyller olika aspekter av utredningens målbild. Likaså förs ett kort resonemang rörande respektive förslags implikationer för den kommunala självstyrelsen i olika avseenden. Enligt direktiven ska utredningen föreslå ett nytt system för privata vårdgivare att etablera sig och verka med offentlig ersättning i landstingen. Det ska enligt direktiven ske inom ramen för nuvarande ansvarsförhållanden. Med andra ord ska den kommunala självstyrelsen beaktas. Utredningen har tagit hänsyn till den kommunala självstyrelsen när förslagen utformades, men har dragit slutsatsen att en viss inskränkning är nödvändig för att kunna uppnå de mål som anges i direktiven. Detta kan kort sammanfattas i relation till de konsekvenser utredningen noterar i kapitel 7.

Kort sammantaget innebär de tre alternativen en inskränkning av den kommunala självstyrelsen på en skala mellan en stor och liten inverkan. Alla tre alternativens konsekvenser för den kommunala självstyrelsen medför naturligtvis olika implikationer för den målbild som utredningen formulerat för svensk hälso- och sjukvård. Genom att väga samman dessa olika faktorer kan utredningen konstatera att det slutgiltiga förslaget ökar landstingens organisationsfrihet i rela-



tion till nuvarande principer för etablering med samverkansavtal, även om det inte lämnar den kommunala självstyrelsen orörd.

Utredningens förslag understryker den kommunala självstyrelsen i termer av landstingens ansvar att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Samtidigt innebär förslaget en inskränkning i självstyrelsen eftersom det innefattar en skyldighet för samtliga landsting att pröva privata vårdgivare som önskar etablera sig och verka inom ramen för den etableringsplattform som fastställs av myndighet. I utredningens förslag ges däremot landstingen flera medel för att utforma etableringsvillkoren samt i vissa fall att neka möjligheten till etablering. Med andra ord består landstingens handlingsfrihet inom ramarna för det förslag som utredningen lägger fram. Vidare medför förslaget inget hinder för en dialog mellan landsting och privata vårdgivare att gemensamt se över behovet och förutsättningarna för en etablering i det aktuella landstinget.

I samband med utformningen av de olika förslagen i kapitel 7 har utredningen beaktat olika aspekter av den kommunala självstyrelsen och möjligheten att erbjuda medborgarna god vård på lika villkor. Konsekvenser av de olika förslagen diskuteras, även om utredningen konstaterar att det är omöjligt att förutspå exakta konsekvenser för hälso- och sjukvården i och med de olika förslagen. Utredningen har även noterat att nuvarande ordning för etablering av samverkansavtal har varit fastlåsende för såväl landsting som berörda privata vårdgivare. Detta bedömer vi har bidragit till landstingens tveksamhet och förhindrat frivilligt slutna etableringsavtal med privata vårdgivare inom den öppna specialiserade vården.

Utredningens förslag är utformade så att de understödjer en ökad interaktion och samverkan mellan olika vårdgivare verksamma inom samma hälso- och sjukvårdssystem. Utredningen anser det viktigt att alla vårdgivare betraktar sig som delar av ett gemensamt hälso- och sjukvårdssystem. Utredningen har gjort bedömningen att detta förutsätter en reglering på nationell nivå som därmed till viss del inskränker den kommunala självstyrelsen.

### 9.3 Konsekvenser för jämställdhet

Följande avsnitt syftar till att ge en samlad analys av vilka konsekvenser utredningens förslag får för jämställdheten. Jämställdhet är emellertid inte ett avgränsat område såtillvida att det endast berör

patienter. Det berör och innefattar även grupper av individer såsom företagare, löntagare och patienters närstående. Avsnittet delas följlaktligen in i olika delar för att åskådliggöra hur utredningens förslag påverkar jämställdheten. Med andra ord behandlar avsnittet inte uteslutande genusmedicinska aspekter av förslagen. Olika aspekter av jämställdhet utifrån ett patient- och närståendefokus har också diskuterats i kapitel 4. Eftersom följande avsnitt avser föra en övergripande jämställdhetsdiskussion av utredningens förslag, utlämnas detaljerade beskrivningar med hänvisning till kapitel 4.

### 9.3.1 Konsekvenser för jämställdhet utifrån ett patient- och närståendeperspektiv

Samtliga förslag som utredningen har lagt fram har haft en starkt ställning för patienten som tydlig referenspunkt. En jämställd vård med patientens behov i fokus innebär i vissa fall att behandla kvinnor och män olika. Eftersom kvinnor och män både har likheter och olikheter, behövs det således både lika och olika vård för att kunna tala om jämställd vård mellan kvinnor och män.

Utredningens förslag har primärt varit inriktade på att stärka patientens ställning *före* och *under* en vårdprocess. Ur ett jämställdhetsperspektiv är detta av särskilt vikt med tanke på kvinnors ställning som patienter i vården. En genusmedicinsk analys av olika situationer i vården visar nämligen att kvinnor är mer utsatta än män. Uppgifter från patientförsäkringen och HSAN bekräftar emellertid bilden av kvinnliga patienters ställning som stark *efter* en vårdprocess eftersom kvinnliga anmälningar leder till fler åtgärder och ersättningar än anmälningar avseende manliga patienter. Dessa uppgifter understryker också vikten av att öka jämställdheten i vården.

Två sinsemellan relaterade aspekter rörande jämställdhet och patientens ställning är möjligheterna till valfrihet och tillgången till en mångfald av vårdgivare med olika inriktning. Ökade möjligheter att välja mellan reellt olika alternativ kan stimulera en positiv utveckling där olika behov uppmärksammas och tillgodoses i större utsträckning än i dag. Samtidigt har utredningen understrukit att en ökad valfrihet inte i alla situationer ger patienten en starkt ställning. Felaktigt utformad kan en i princip ökad valfrihet vara begränsande, exempelvis i så motto att det i praktiken i huvudsak medför ett ökat ansvar för exempelvis kvinnliga närstående. Utredningens tidigare förslag om en starkt rätt till fast vårdkontakt (SOU 2008:127), liksom betoningen av

ökad samordning av vårdprocesser, utgör här centrala kompletterande komponenter som också stärker patienters och närståendes ställning. En förbättrad integration och samordning av vårdprocesser utgör tillsammans med en ökad mångfald, ökade valmöjligheter och en stärkt rätt till fast vårdkontakt förslag som har stor möjlighet att påverka jämställdheten positivt ur ett patient- och närståendeperspektiv.

Utredningen har understrukt vikten av ett utvecklat kvalitetsarbete som omfattar olika typer av vårdgivare och som också innefattar samspelet mellan sjukvård och socialförsäkringssystemet. När ett sådant arbete kombineras med fortsatt insamling av könsindelad statistik, kan de ge viktiga underlag till kunskap om könsskillnader i vården. Likaså kan en utvecklad kvalitetsgranskning stärka förutsättningarna för en jämställdhet i behandlingen och bemötandet av kvinnor.

Utredningen har ett flertal gånger återkommit till behovet av en utökad regional kompetensuppbyggnad rörande verksamhetsutveckling, kunskapsstyrning, ersättningssystem osv. En kontinuerlig analys och utveckling av hälso- och sjukvården ur ett jämställdhetsperspektiv bör integreras i en sådan utveckling.

### **9.3.2 Konsekvenser för jämställdhet utifrån ett företag- och löntagarperspektiv**

Vård och omsorg räknas till den största sektorn i Sverige räknat i antalet anställda. År 2007 fanns 945 801 företag registrerade, varav 25 853 var vård- och omsorgsföretag (både privat och offentligt ägda). Majoriteten av de drygt 13 500 privata företag (med minst en person som huvudsakligt sysselsatt inom vård och omsorg) utgjordes av småföretag år 2006. Endast fyra procent av företagen hade fler än 50 anställda år 2004. Resterande 96 procent räknades som småföretag och av dessa var nio av tio så kallade mikroföretag med mellan en och tio anställda.

Totalt sett är 84 procent av det sammanlagda antalet sysselsatta inom branschen kvinnor (både privat och offentligt anställda). Vad gäller könsfördelningen mellan manliga och kvinnliga företagare visar statistik från år 2006 att det fanns 8 000 kvinnor som var företagare inom vård och omsorg, jämfört med 5 800 manliga företagare. Det betyder att 58 procent av vård- och omsorgsföretagarna var kvinnor, vilket är nästan dubbelt så mycket som i näringslivet

som helhet. I förhållande till antalet sysselsatta (84 procent) är dock andelen kvinnliga företagare i vården, klart lägre än genomsnittet för näringslivet (Nutek 2008). En ytterligare jämförelse med statistiken visar således att kvinnliga företagare i branschen endast utgör en procent av samtliga sysselsatta, medan fem procent av samtliga män är företagare.

Utredningens förslag har potential att öka andelen kvinnliga vårdföretagare eftersom det kan ses som ett komplement till upphandlingar av vårdtjänster som är mer osäkert i ett långsiktigt perspektiv. Etableringsrätten i utredningens förslag gör det möjligt att skapa mer rättvisa förutsättningar att kunna etablera sig i den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården, något som gynnar såväl kvinnor som män.

#### **9.4 Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga**

Ett syfte med utredningens förslag är en ökad mångfald av vårdgivare. Med mångfald avses i detta sammanhang såväl stora som små vårdföretag och vårdföretag med olika inriktning och organisering.

När det gäller privata företag inom vård och omsorg räknas 96 procent av dessa som småföretag år 2004. Vidare var nio av tio av dem så kallade mikroföretag med mellan en och tio anställda. I samband med att av sjukvårdstjänster konkurrerades ut har dock allt större koncerner vuxit fram där de största i dag har cirka 10 000 anställda. Trots ett fåtal stora företag i branschen, sysselsätter de 40 procent av det totala antalet sysselsatta i vård- och omsorgsföretagen och denna siffra ökar stadigt. Vad som utmärker små företags situation på en marknad som är offentligt finansierad är deras underläge bland annat i samband med upphandlingar. Med andra ord är små företags förhandlingsstyrka och förhandlingsvana mindre än de större vårdföretagens. Vidare har även kvalitetsutvärderingar eller krav på omfattande rapportering till huvudmännen uppgetts vara svårare för små företag (Nutek 2008).

Lagstiftningen, inklusive den som utredningen föreslår, måste dock vara konkurrensneutral och kan därför inte särskilt gynna små företag. Sammantaget är det därför en balansgång för utredningen att dels gynna en mångfald av vårdgivare, dels beakta små företags förutsättningar såväl som konkurrensneutraliteten. Detta avsnitt

avser följaktligen att redovisa implikationer för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga relaterade till utredningens förslag.

Utredningens förslag om en ny nationell etableringsplattform inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården ger nya etableringsmöjligheter för både stora och små företag. Förslaget möjliggör vidare nya former av småföretagande eftersom det inte riktar sig till specifika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvård utan öppnar för entreprenörskap i nya former. Detta kan vara i konstellationer av yrkesutövare från olika legitimerade yrken inom olika områden, liksom med involvering från läkemedelsindustri eller patientföreningar, etcetera.

Förutsättningar för småföretagare att konkurrera på vårdmarknaden kan dock vara olika i olika landsting eftersom det fortfarande är landstingen som ställer upp villkoren för en etablering. I samband med detta har det uttryckts en oro för att små företag kan få svårt att konkurrera i vissa landsting eftersom de villkor som landstingen ställer upp för att bedriva vård innebär ett alltför stort åtagande för små företag. Därmed skulle stora företag samt landstingens egen regi gynnas. I de fall då alltför långtgående krav stänger ute privata vårdföretag, små som stora, bör detta ställningstagande motiveras för prövning. Ett omvänt scenario, det vill säga att företagarna själva skulle göra en anmälan i samband med utslutning från marknaden på grund av alltför långtgående krav, är särskilt riskfyllt för små företag som står i beroendeställning till landstingen och inte vill riskera att hamna i tvist med en potentiell uppdragsgivare.

## 9.5 Konsekvenser för annan lagstiftning

Utredningen har harmoniserat föreslagen lagstiftning mot de bestämmelser som finns i annan upphandlingslagstiftning. Främst gäller det samordning av bestämmelserna i LOV 4–8 kap. respektive 10 kap. En fortsatt mestadels lagteknisk konsekvensgranskning mot annan lagstiftning och pågående översyn av upphandlingslagstiftning bör ske i den fortsatta beredningen. Till utredningens kännedom har också anförts behov av att i relation till LOV vidta kompletteringar av MBL 30–40 §§. Skulle en sådan komplettering anses nödvändig kan det även ha bärighet på författning som utredningen föreslår och bör då uppmärksammas.

## Referenser

- Nutek. 2008. *Förslag till handlingsprogram för entreprenörskap och förnyelse i vård och omsorg 2009–2013*.
- SOU 2008:127. *Patientens rätt*.
- \_\_\_\_\_. 2009:49. *Bättre samverkan – några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring*.
- Sveriges Kommuner och Landsting. 2009. *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2008 – Verksamheter och ekonomi i landsting och regioner*.

## 10 Genomförande och ikraftträdande

**Utredningens förslag:** Författningsförslaget innebär att den nya *lagen om vårdgivaretablering* föreslås träda i kraft den 1 januari 2011. Författningsförslaget innebär vidare att *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning*, *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik* respektive *förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning* och *förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik* parallellt med den nya lagens ikraftträdande ska upphöra att gälla. Bestämmelserna i de upphävda lagarna och förordningarna ska dock gälla övergångsvis för vårdgivare i enlighet med övergångsbestämmelser som anges i LOVE.

Författningsförslaget innebär att nuvarande ersättningssystem för läkare och sjukgymnaster i öppenvård, det vill säga LOL, LOS och tillhörande förordningar FOL och FOS avvecklas. Därefter gäller nya etableringsregler enligt den av utredningen föreslagna *lagen om vårdgivaretablering* (LOVE) som utredningen föreslår ska träda ikraft den 1 januari 2011. Utredningen föreslår samtidigt övergångsbestämmelser för berörda parter. Genom lagen upphävs *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning* och *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik*. För åtgärder som påbörjats före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser. En förutsättning för att kunna få ersättning enligt de äldre bestämmelserna är att den privata vårdgivaren ansöker om ersättning från landstinget inom fyra månader från det att åtgärden slutfördes. LOVE ska dock gälla även dessa vårdgivare från och med det att lagen införs den 1 januari 2011. Det betyder att den föreslagna etableringsprocessen med tillstånd, registrering och godkännande ska genomföras av vårdgivare med ersättning enligt de äldre bestämmelserna. Tills myndigheter och landsting prövat etablering enligt nya regler, får verksamhet enligt tidigare omfattning fortgå.

Lagförslaget innebär att de åtgärder och behandlingar som ska ersättas enligt den nya lagen löpande ska fastställas och prövas av en myndighet. Beslut ska föregås av samråd mellan myndigheten och berörda parter.



# 11 Författningskommentar

## Lagens tillämpningsområde m.m.

### 1 kap.

#### 1 §

I paragrafen anges lagens övergripande innehåll.

#### 2 §

En motsvarande bestämmelse återfinns i dag i 2 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 2 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

#### 3 §

I paragrafen anges att vad som sägs i lagen om landsting även gäller en kommun som inte ingår i ett landsting.

#### 4 §

Paragrafen ger uttryck för de grundläggande principerna som ska råda i ett valfrihetssystem. Paragrafen fastslår att de principer som gäller enligt artiklarna 43 och 49 i EG-fördraget också gäller enligt lagen om vårdgivaretablering.

Kravet på likabehandling och icke-diskriminering innebär att alla ansökningar om regionalt godkännande av privat vårdgivare ska behandlas lika.

Principen om öppenhet innebär bl.a. en skyldighet att annonsera offentligt. Alla privata vårdgivare som är intresserade ska ges möjlighet

att lämna in en ansökan. Vidare medför principen att de som ansökt om regionalt godkännande informeras om resultatet och att alla handlingar i princip är offentliga.

Principen om proportionalitet förutsätter att alla krav och villkor som landstinget ställer upp ska vara rimliga i förhållande till de mål som eftersträvas.

Principen om ömsesidigt erkännande är bl.a. av betydelse för hälso- och sjukvården som tillämpar bestämmelserna om ömsesidigt erkännande av examen för t.ex. för sjuksköterskor och läkare.

En liknande bestämmelse finns i 2 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

Utredningen hänvisar i övrigt till de kommentarer om liknande förhållanden som återfinns i regeringens proposition 2008/09:28 Lag om valfrihetssystem.

## 5 §

I denna paragraf anges att lagen inte gäller då lagen (2007:091) om offentlig upphandling eller lagen (2008:962) om valfrihetssystem är tillämplig.

## 6 §

I paragrafen anges att vårdgivare som har tecknat vårdavtal med landstinget inte omfattas av denna lag. Med *vårdavtal* avses ett avtal som ett landsting ingår med en privat vårdgivare och där parterna fritt kommer överens om att vårdgivaren ska vara verksam mot offentlig finansiering.

## 2 kap.

### 1 §

I denna paragraf definieras ett antal begrepp som används i lagen. Definitionen av begreppet ”privat vårdgivare” motsvarar definitionen av privat vårdgivare enligt 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355).

### 3 kap.

#### 1 §

I *första stycket* anges att det krävs tillstånd för att bedriva verksamhet enligt denna lag.

Av paragrafens *andra stycke* framgår att tillstånd får meddelas endast om den privata vårdgivaren bedöms ha tillräcklig kompetens för den verksamhet som den privata vårdgivaren avser att driva .

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.5.

#### 2 §

Vid prövning av ansökningar om tillstånd ska tillståndsmyndigheten utgå från det kriterium om tillräcklig kompetens som ställs i 3 kap. 1 §.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.5.

#### 3 §

I paragrafens *första stycke* anges att regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, ska föra ett register över de privata vårdgivare som har fått tillstånd att bedriva verksamhet enligt 3 kap. 1 §.

I *andra stycket* anges registrets ändamål.

I *tredje stycket* anges vilka fysiska personer som får registreras med personuppgifter i registret.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.5.

#### 4 §

Paragrafen innehåller en upplysning om att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddelar närmare föreskrifter om vilka uppgifter som ska tillföras registret i 3 kap. 3 §.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.5.

#### 4 kap.

##### 1 §

I paragrafen anges att samtliga privata vårdgivare som har fått tillstånd har möjlighet att ansöka om regionalt godkännande hos den eller de landsting där den private vårdgivaren avser att bedriva sin verksamhet.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.6.

Lagförslaget utesluter inte överenskommelser mellan landstingen eller mellan landstingen och staten om att vidga patientens rätt att fritt välja vårdgivare. I nuläget finns en sådan särskild överenskommelse mellan landstingen om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården, som utredningen redogjorde för i betänkandet SOU 2008:127.

##### 2 §

Bestämmelsen innebär att landstinget, efter det att landstinget fått in en ansökan från en privat vårdgivare, ska utarbeta de villkor som ska vara uppfyllda för sådan verksamhet som ansökan avser. Detta gäller endast den första ansökan från en privat vårdgivare inom ett visst verksamhetsområde som landstinget får in. Efter det att en sådan första ansökan har kommit in ska landstinget utarbeta villkor som sedan ska bli gällande även för alla andra privata vårdgivare som ansöker om att få starta verksamhet inom samma verksamhetsområde. Med verksamhetsområde avses ett specifikt område såsom t.ex. öron-, näsa- och halsklinik eller ögonsjukvård. Bestämmelsen innebär således att landstinget kan utarbeta skilda villkor för olika verksamhetsområden.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.6.

##### 3 §

Annonseringsskyldigheten är central i systemet. Landstinget måste annonsera på den för ändamålet tillskapade nationella webbplatsen.

Bestämmelsen behandlas i avsnitt 8.6.

## 4 §

Samtliga sökande som uppfyller de av landstinget formulerade villkoren samt inte uteslutits med stöd av 5 kap. 1 § ska godkännas.

## 5 §

Samtliga sökande ska enligt *första stycket* snarast möjligt få besked huruvida de uppfyller kraven eller inte, d.v.s. om de blivit godkända eller inte, och får teckna kontrakt (etableringsavtal).

Om en sökande får ett negativt beslut ska landstinget enligt *andra stycket* informera den sökande om hur denne kan ansöka om rättelse.

En liknande bestämmelse finns i 8 kap. 2 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

## 6 §

En liknande bestämmelse finns i 8 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

**5 kap.**

## 1 §

Bestämmelsen motsvarar art. 45.3 i direktivet 2004/18/EG (upphandlingsdirektivet).

Bestämmelsen ger landstinget en möjlighet, men inte en skyldighet, att utesluta sökande som är i konkurs eller likvidation, är under tvångsförvaltning eller är föremål för ackord eller tills vidare har inställt sina betalningar eller är underkastad näringsförbud. Vidare får landstinget utesluta en sökande som är föremål för ansökan om t.ex. konkurs, tvångslikvidation, ackord eller annat liknande förfarande. En sökande som är dömd för brott som avser yrkesutövningen eller gjort sig skyldig till allvarliga fel i yrkesutövningen får också uteslutas. Detsamma gäller sökande som inte fullgör sina åligganden avseende socialförsäkringsavgifter eller skatt eller underlåter att lämna, eller lämnar felaktiga, upplysningar avseende ovanstående.

Paragrafen ger även en möjlighet att utesluta en sökande som är en juridisk person, om någon företrädare för den juridiska personen har dömts för sådana brott.

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 2 § lagen (2007:091) om offentlig upphandling och 7 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

## 2 §

Bestämmelsen motsvarar art. 45.3 i direktivet 2004/18/EG (upphandlingsdirektivet).

I artikel 45.3 andra stycket anges som exempel på bevis som kan ersätta utdrag ur register och intyg, försäkran under ed, eller en högtidlig försäkran som avläggs inför en behörig rättslig eller administrativ myndighet, notarius publicus eller en godkänd yrkesorganisation i personens hemland eller ursprungsland. Det ska således vara fråga om en utsaga som avgetts på heder och samvete eller annan liknande försäkran.

Bestämmelsen motsvarar 10 kap. 3 § lagen (2007:091) om offentlig upphandling och 7 kap. 2 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

## 6 kap.

### 1 §

Av *första stycket* framgår att vårdgivarersättningen fastställs av regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer. Denna myndighet ska löpande pröva vilka åtgärder som ska ersättas. En sådan prövning kan exempelvis ske på basis av nya läkemedel eller nya behandlingsstrategier.

Av *andra stycket* framgår att samråd ska ske med landstinget och berörda parter innan beslut om vårdgivarersättningen fattas.

Vårdgivarersättningens tariffer bereds genom att myndigheten samråder med företrädare för kommuner och landsting, samt parter som kan komma att omfattas av denna lag.

Av *tredje stycket* framgår att de fastställda tarifferna ska fungera som en minimigräns för vad landstinget ska betala för en specifik åtgärd. Landstinget har följaktligen alltid rätt att ge en högre ersättningen än fastställd tariff.

## 2 §

Enligt *första stycket* får en vårdgivare inte ge vård till en högre ersättning än summan av vårdgivarersättning och patientavgift som följer av denna lag.

*Andra stycket* motsvarar 19 § andra stycket lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 19 § andra stycket lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

*Tredje stycket* motsvarar 19 § tredje stycket lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 19 § tredje stycket lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

## 3 §

Bestämmelsen motsvarar 6 § första stycket lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 6 § första stycket lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

## 7 kap.

## 1 §

Bestämmelsen motsvarar 22 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och motsvarar delvis 22 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

## 2 §

Bestämmelsen motsvarar 23 § första stycket lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.

## 3 §

Bestämmelsen motsvarar 24 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 23 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

## 4 §

Bestämmelsen motsvarar 24 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 23 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

## 8 kap.

## 1 §

I fråga om vem som ska ha rätt att överklaga ska de allmänna förvaltningsrättsliga reglerna som framgår av 22 § förvaltningslagen (1986:223) och 33 § förvaltningsprocesslagen (1981:291) gälla. Ett beslut får överklagas av den som beslutet angår, om det har gått honom eller henne emot och beslutet kan överklagas. Enligt 14 § lagen (1971:289) om allmänna förvaltningsdomstolar ska ett beslut överklagas till den länsrätt inom vars domkrets ärendet först har prövats, om det inte för ett visst slag av mål föreskrivs annat i lag eller förordning.

I *andra stycket* föreskrivs prövningstillstånd vid överklagande till kammarrätt.

## 2 §

En privat vårdgivare som gör gällande att landstinget brutit mot någon bestämmelse i lagen, får enligt första stycket i en framställning till länsrätten ansöka om att domstolen ska besluta om att landstinget ska vidta rättelse.

*Andra stycket* anger att endast den sökande som inte godkänts av landstinget kan ansöka om rättelse av det beslutet.

Av *tredje stycket* framgår att en ansökan om rättelse ska inges skriftligen. I ansökan ska sökanden ange vilken ändring som begärs och ange på vilket sätt landstinget brutit mot bestämmelserna i lagen.

En liknande bestämmelse finns i 10 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.



## 3 §

Om domstolen gör bedömningen att landstinget brutit mot någon bestämmelse i lagen, och den private vårdgivaren lidit eller kan komma att lida skada på grund av detta, ska domstolen besluta att landstinget ska vidta rättelse.

En liknande bestämmelse finns i 10 kap. 2 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

## 4 §

En ansökan om rättelse ska göras hos den länsrätt i vars domkrets landstinget har sitt hemvist. En ansökan om rättelse ska ha inkommit till domstol inom tre veckor från det att landstinget lämnat underrättelse till sökande.

Motsvarande bestämmelser finns i 16 kap. 3 § lagen (2007:091) om offentlig upphandling och 10 kap. 3 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

## 5 §

Ett beslut som denna lag är tillämplig på får inte överklagas med stöd av 10 kap. kommunallagen.

Motsvarande bestämmelser finns i 16 kap. 4 § lagen (2007:091) om offentlig upphandling och 10 kap. 4 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

## 6 §

Talerätt har alla sökande som ansökt om regionalt godkännande men som inte fått teckna etableringsavtal och som därigenom lidit skada.

En skadelidande sökande ska vidta skäliga åtgärder för att begränsa sin skada. Om sökanden försummar detta får sökanden själv bära en motsvarande del av förlusten. Skadeståndet ska därutöver kunna jämkas om det är oskäligt med hänsyn till landstingets möjligheter att förutse och hindra skadans uppkomst och omständigheterna i övrigt.

I regel kommer det positiva kontraktsintresset, dvs. kompensations för den uteblivna handelsvinsten, att utgöra grunden för skadeståndsbedömningen. Den som yrkar ersättning är bevisskyldig för skadan. Det kan emellertid vara svårt att beräkna vad den förlorade handelsvinsten kan komma att uppgå till, eftersom det i ett valfrihetssystem inte finns några volymgarantier. Domstolen får i ett sådant fall göra en skälighetsbedömning av den uppkomna skadan.

En skadeståndstalan ska enligt *andra stycket* väckas vid allmän domstol.

En skadeståndstalan som grundar sig på att en sökande vägrats att delta i ett valfrihetssystem måste enligt *tredje stycket* väckas inom ett år från det att landstinget beslutat att inte godkänna sökanden. Väcks inte talan i tid är rätten till skadestånd förlorad.

En motsvarande bestämmelse finns i 16 kap. 4 § lagen (2007:091) om offentlig upphandling och 10 kap. 4 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

#### 7–9 §§

I bestämmelserna stadgas att regeringen utser en myndighet att utöva tillsyn enligt lagen, att tillsynsmyndigheten får inhämta upplysningar och att den upphandlande myndigheten är skyldig att tillhandahålla upplysningarna.

# Särskilt yttrande

## **Särskilt yttrande av experten Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting**

Utredarens förslag syftar bland annat till att förbättra integrationen mellan vårdens olika delar, oberoende av om vården bedrivs av landstingen i egen regi eller av privata utförare. Det är också min mening att det är av yttersta vikt att i en mångfald av vårdgivare förbättra integrationen så att sammanhållna vårdprocesser kan ge patienten en starkare ställning och förbättrade resultat.

För att uppnå detta föreslår utredaren att nationella taxor inrättas för samtliga legitimerade yrkesgrupper, taxor som beslutas av en nationell myndighet. Landstingen föreslås få vissa i praktiken begränsade möjligheter att påverka vilka etableringar som sker. Det kommer enligt min mening att leda till ökad fragmentering, dvs. motsatsen till vad som är syftet med utredningen. Det finns mångaåriga erfarenheter av nationella taxor och det finns inte något som tyder på att det är en ändamålsenlig väg för att nå ökad integration.

Genom att landstingen i så hög grad fräntas möjligheterna att prioritera och styra utbudet av vård kommer också landstingens möjligheter till kostnadskontroll att försämrats.

Ett bättre sätt att åstadkomma integration och mångfald vore att bygga vidare på LOU och LOV – de möjligheter som lagstiftningen redan erbjuder landstingen för samarbete med privata vårdgivare.

# Kommittédirektiv



## Patientens rätt i vården

Dir.  
2007:90

---

Beslut vid regeringssammanträde den 20 juni 2007

### Sammanfattning av uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

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

## Bakgrund

Alla medborgare skall känna sig trygga i att vården finns lätt tillgänglig när den behövs. Det är därför viktigt att fortsätta och intensifiera det arbete som pågår med att förbättra tillgängligheten och stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården. En förutsättning för detta är en god tillgång och närhet till hälso- och sjukvård.

Patienternas valfrihet skall öka och personalens engagemang skall tas till vara. De som inte kan föra sin egen talan skall särskilt värnas.

Trygghet, tillgänglighet och en helhetssyn på patientens behov skall prioriteras i hela vårdkedjan. Vården skall utgå från individens rätt till bästa uppnåeliga hälsa. Patienten skall ha rätt att välja såväl läkare och vårdenhet som tidpunkt för behandling.

Många insatser har gjorts under senare år för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Till exempel genom ny lagstiftning, såsom införande i hälso- och sjukvårdslagen av regler om patientens rätt till en så kallad "second opinion" och rätten till fast läkarkontakt, men också genom nationella överenskommelser och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Utvärderingar visar dock på bristande tillgänglighet och att patienterna trots dessa insatser i vissa delar fortfarande saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation.

Tillgången till läkare är samtidigt en viktig förutsättning för en stark primärvård och möjligheten att erbjuda patienterna en fast vårdkontakt. I dag råder brist på läkare inom vissa specialiteter, t.ex. läkare med allmänmedicinsk kompetens. Ett sätt att förbättra situationen är att införa fri etableringsrätt inom primärvården.

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

Samtidigt är en förutsättning för ett väl fungerande fritt vårdval och en väl fungerande vårdgaranti det pågående utvecklingsarbete som bedrivs av sjukvårdshuvudmännen för att korta köer och organisera vården på ett effektivt sätt. En annan förutsättning är det utvecklings- och uppföljningsarbete som bedrivs av de centrala

myndigheterna, t.ex. när det gäller evidensbaserad vård och nationella riktlinjer för behandling och prioritering i vården.

För att säkerställa att vårdgarantin tillämpas på samma sätt i hela landet är det också viktigt att arbetet med att ta fram medicinska indikatorer för olika behandlingar fortsätter. Sådana tydliga medicinska indikatorer i kombination med öppna redovisningar av väntetider och kvalitet i vården utgör grunden för likabehandling och ger patienterna den information som de behöver för att fatta rationella beslut om var i landet de vill söka vård.

Den lagstiftning som rör patienten regleras i dag genom flera olika lagar. Detta bidrar till att lagstiftningen blir svåröverskådlig både för patienter och vårdgivare. För att tydliggöra vilka regler som gäller har Ansvarskommittén i sitt betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), avsnitt 4.2 Medborgaren och den framtida hälso- och sjukvården, lämnat förslag om att bestämmelser som har betydelse för patientens ställning skall samlas i en egen lag, patientlagen. Lagen skall syfta till att stärka patientens ställning samt öka överskådligheten och tillgängligheten för medborgarna. Lagen skall också syfta till att ge en mer patientfokuserad hälso- och sjukvård. Den föreslagna lagen, som är under beredning i Regeringskansliet, kommer att kompletteras med bestämmelser på ett antal områden.

I hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om patientansvarig läkare (PAL). Syftet med patientansvarig läkare är att främja kontinuiteten och säkerheten för patienterna genom att en särskilt utsedd läkare har ansvar för patienten genom hela vårdprocessen. En utvärdering från Socialstyrelsen (S2000/2567/HS) tyder på att bestämmelserna i lagstiftningen och tillämpningen av densamma i vissa fall brister. I samband med utvärdering av PAL-bestämmelsen föreslog Socialstyrelsen att 2 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, skulle kompletteras med bestämmelser om att god vård skall innebära att den tillgodoser patientens behov av kontinuitet och säkerhet samt att olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt. I samband med propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (2005/06:115) föreslog regeringen att dessa bestämmelser skulle införas i HSL. Bestämmelserna trädde i kraft den 1 januari 2007. Det finns dock behov av att överväga ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare.

## Uppdraget

Utredaren skall lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur de regleras i nuvarande lagstiftning. I denna del bör utredaren även beakta hur relevant lagstiftning är utformad i Norge t.ex. avseende sådant som rätt till fri etablering. Utredaren skall även studera och analysera utformningen av olika svenska modeller för organisering av primärvården.

Utredaren skall särskilt granska hur de ändringar som gjorts i hälso- och sjukvårdslagen under senare år för att stärka patientens ställning, såsom rätten till fast läkarkontakt, ”second opinion” m.m., efterföljs av sjukvårdshuvudmännen.

Utredaren skall även lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten skall vårda och vid behov fungera som en vårdlots, framförallt för äldre och multisjuka patienter med stora och sammansatta vårdbehov.

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

Dessutom skall utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin som skall kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt huruvida andra yrkesgrupper inom sjukvården, till exempel sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter.

Utredaren skall särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet.

Vidare skall utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som regleras i en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (tidigare Landstingsförbundet), samt lämna förslag till lagreglering av densamma. Förslagen till lagreglering skall ta sin utgångspunkt i överenskommelserna om fritt vårdval och nationell vårdgaranti. Regleringen skall också omfatta vårdgivarens skyldighet att informera patienten om valmöjligheter och kösituation samt om behandlingsalternativ som är av betydelse för patientens möjlighet att fritt välja vård och utnyttja vårdgarantin.

Utredaren skall därutöver analysera vilka kompletteringar som behöver göras av den patientlagstiftning som föreslagits av Ansvarskommittén i betänkandet Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10), samt lämna förslag till sådana nödvändiga kompletteringar i syfte att ytterligare stärka patientens ställning.

I utredarens uppdrag ingår vidare att överväga behovet av ytterligare ändringar i lagstiftningen om patientansvarig läkare (PAL) samt om utredaren finner det befogat föreslå sådana ändringar.

### Utredningens genomförande

Utgångspunkt för utredningens arbete skall vara sjukvårdshuvudmännens rätt att i huvudsak lokalt besluta om organisations- och finansieringsmodeller för sjukvården och därigenom möjliggöra utveckling av hälso- och sjukvården genom att olika modeller prövas mot varandra. Utredaren bör därför noga följa den utveckling av hälso- och vårdens organisation som sker hos sjukvårdshuvudmännen och eftersträva att förslagen på ett ändamålsenligt sätt understödjer det lokala utvecklingsarbetet.

Utredaren skall i arbetet samråda med myndigheter, intresseorganisationer och huvudmän inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Utredaren skall beakta det pågående arbetet med att bereda de förslag om en samlad patientlagstiftning som lämnats i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10).

Vidare skall utredaren beakta det pågående arbetet med en ny patientdatalag i enlighet med förslagen i betänkandet Patientdatalag (SOU 2006:82), samt beakta det arbete som bedrivs av utredningen om Fritt val inom äldre- och handikappomsorgen (dir. 2007:38).

Särskild vikt skall läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningen skall lämna delbetänkande rörande etableringsfrihet under våren 2008, dock senast den 15 april 2008. Utredningens arbete skall slutredovisas senast den 15 december 2008.

(Socialdepartementet)



# Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07)**

**Dir.  
2008:72**

Beslut vid regeringssammanträde den 29 maj 2008

## Sammanfattning av uppdraget

Utredaren ska bl.a. utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. En utgångspunkt ska vara att systemet med samverkansavtal för läkare och sjukgymnaster enligt de s.k. ersättningslagarna ska upphöra. Utredaren ska särskilt analysera behovet av eventuella övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och då även beakta de förslag regeringen slutligen lägger fram med anledning av förslagen i departementspromemorian (Ds 2007:22) Ersättningsetablering m.m. för vissa privata vårdgivare. Utredaren ska också lämna förslag som innebär att en patient ska kunna vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.

## Bakgrund och behov av tilläggsdirektiv

För att patienterna ska kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och vårdgivare. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande, kostnadseffektiva lösningar, förbättrad tillgänglighet och valfrihet.

*Vårdavtal och samverkansavtal*

I dag kan man vara verksam som privat vårdgivare med ersättning från landstinget genom att sluta ett vårdavtal med landstinget. I vårdavtalet, som kan ingås med fysiska eller juridiska personer, kommer parterna överens om verksamhetsinriktning, ersättningar, åtaganden, former för rapportering m.m. Avtalen ska föregås av ett upphandlingsförfarande enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU).

Privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster kan dessutom vara verksamma med offentlig ersättning enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS). Enligt lagstiftningen krävs att läkaren eller sjukgymnasten har ett samverkansavtal med landstinget. Ett samverkansavtal innebär att en privatpraktiserande läkare eller sjukgymnast kommer överens med landstinget om att bedriva verksamheten med ersättning enligt LOL respektive LOS. Ersättningen utgår enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen utifrån ett gemensamt underlag från Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund respektive Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund. Den nationella taxan regleras i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik.

Europeiska gemenskapernas kommission har i en formell underrättelse den 21 mars 2007 ifrågasatt de svenska regionala och lokala myndigheternas förfarande för tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster utan föregående annonsering. Kommissionen anser att de svenska myndigheternas tilldelningsförfarande för samverkansavtal till sjukgymnaster inte står i överensstämmelse vare sig med artikel 43 om etableringsfrihet i fördraget eller artikel 2 om de grundläggande principerna om öppenhet, likabehandling och icke-diskriminering i direktiv 2004/18/EG.

Sveriges regering lämnade den 12 juni 2007 svar på den formella underrättelsen.

Europeiska gemenskapernas kommissionen överlämnade den 23 oktober 2007 till Sveriges ständiga representation en skrivelse med en uppföljning av den första formella underrättelsen (ref. SG (2007) D/201520).

Regeringen medgav i svar till kommissionen den 20 februari 2008 (S2007/11086/RS) att EG-fördragets grundläggande principer om bl.a. icke-diskriminering och insyn enligt artikel 43 EG om

etableringsfrihet är tillämpliga på tilldelning av samverkansavtal. För det fall att avtalen skulle ses som tjänstekontrakt mellan landstingen och de enskilda sjukgymnasterna har regeringen uttalat att även artikel 2 i direktiv 2004/18/EG är tillämplig på förfarandet. Mot denna bakgrund instämmer regeringen i kommissionens bedömning att det finns vissa brister i det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal för sjukgymnaster och att systemet därför behöver ändras.

I dag sluts ytterst få samverkansavtal med privata vårdgivare. Det har fått till följd att antalet privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt den nationella taxan i princip har halverats under en tioårsperiod. Landstingen föredrar att sluta vårdavtal med de privata vårdgivarna eftersom det ger landstingen större möjligheter att styra över den vård de finansierar. De privata vårdgivarna menar dock att vårdavtalen inte ger långsiktiga förutsättningar för att bygga upp och driva en verksamhet eftersom vårdavtalen är tidsbegränsade.

### *Privata vårdgivare*

Vårdgivarutredningen (S 2001:10) uppmärksammade i betänkandet Åldersgränser och ersättningsetablering (SOU 2003:7) att Sverige, i motsats till andra nordiska länder, saknar ett hållbart system för privata vårdgivare att vara verksamma. Utredningen menade att formerna för hur privata vårdgivare ska kunna vara verksamma med offentlig ersättning bör ses över. Något sådant uppdrag ingick emellertid inte i Vårdgivarutredningens direktiv.

En roll för privata vårdgivare skulle kunna vara att i större utsträckning bidra till landstingens möjligheter att uppfylla vårdgarantin. Patienter har redan i dag rätt att vända sig till valfri klinik i ett annat EES-land för planerad vård, oavsett driftsform. Någon motsvarande rätt att vända sig till privata vårdgivare finns inte inom landet. Till skillnad från många andra länder har Sverige inte en sjukvårdsförsäkring. Det är i stället landstingen som står för bedömning av vårdbehov och som ansvarar för utförandet, i egen regi eller genom avtal. Systemet leder till en god kostnadskontroll, men kan samtidigt ge en begränsad flexibilitet vilket kan vara en bidragande orsak till köer i vården. Om privata vårdgivare med eller utan avtal med landstinget får bidra till att landstinget kan uppfylla

vårdgarantin så kan principen om vård efter behov bibehållas och kombineras med en bättre flexibilitet och tillgänglighet i vården.

### Utredningens tidigare uppdrag

Med stöd av regeringens bemyndigande den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) tillkallade chefen för Socialdepartementet en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas. Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt (S 2007:07), ska enligt direktiven bl.a. föreslå hur fri etableringsrätt kan införas i primärvården.

Dessutom ska utredaren överväga vilka krav som kan ställas på läkare med annan specialisering än allmänmedicin för att dessa ska kunna etablera sig fritt inom primärvården och verka som fast vårdkontakt samt om andra yrkesgrupper inom sjukvården, t.ex. sjuksköterskor, kan ges motsvarande möjligheter. Utredaren ska vidare lämna förslag bl.a. till lagreglering av den nationella vårdgarantin och det fria vårdvalet.

### Tilläggsuppdrag om etablering inom öppenvård

Det förslag som utredningen lämnat i delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) i fråga om fri etablering inom primärvården omfattar bl.a. de vårdgivare som är verksamma enligt den nationella taxan. Därutöver finns det såväl specialistläkare som sjukgymnaster som får ersättning enligt LOL respektive LOS och som arbetar inom annan öppenvård än primärvård.

Kommissionen har ifrågasatt det svenska systemet med tilldelning av samverkansavtal för vårdgivares rätt till offentlig ersättning för sina hälso- och sjukvårdstjänster. För att hitta ett system som helt kan ersätta det nuvarande systemet med samverkansavtal i LOL respektive LOS behöver det utredas hur ett system för etablering med offentlig ersättning kan införas utanför primärvården.

Det finns även andra skäl än de rent juridiska att ersätta det nuvarande systemet med samverkansavtal. Ett är att det vore önskvärt om patienternas valfrihet kunde tillgodoses i högre utsträckning. Ett annat är att det vore bra att stimulera utvecklingen av den öppna hälso- och sjukvården och möjliggöra aktörsnätverk som

täcker patienternas vårdbehov och därmed förbättrar deras möjligheter att åtnjuta rätten till bästa uppnåeliga hälsa.

Utredarens uppdrag utökas mot denna bakgrund till att se över etableringsregler för privata vårdgivare med offentlig ersättning i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredaren ska:

- Utredda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. I uppdraget ingår att vid behov lämna lagförslag om landstingens anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster från dessa vårdgivare.
- Analysera om det finns behov av övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan och vid behov lämna förslag till sådana regler. De förslag regeringen slutligen lägger fram med anledning av förslagen i departementspromemorian (Ds 2007:22) Ersättningsetablering m.m. för vissa privata vårdgivare ska beaktas.
- Utredda och lämna förslag som innebär att patienten ska kunna vända sig till valfri vårdgivare, även sådana som inte har avtal med något landsting, om landstinget inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.
- Analysera och redovisa vilka ekonomiska konsekvenser som kan uppstå för sjukvårdshuvudmännen vid införande av ett nytt system för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

### Utredningens genomförande

Utredaren ska i sina förslag särskilt beakta landstingens möjligheter att upprätthålla kostnadskontroll samt följa tillämplig EG-rätt. Utgångspunkten för ett nytt system ska vara att det står i överensstämmelse med art. 43 om etableringsrätt och art. 49 om fri rörlighet för tjänster i EG-fördraget samt de grundläggande EG-rättsliga principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, proportionalitet och ömsesidigt erkännande. För det fall att det är

aktuellt ska systemet även stå i överensstämmelse med tillämpliga bestämmelser i Europaparlamentets och rådets direktiv 2004/18/EG av den 31 mars 2004 om samordning av förfarandena vid offentlig upphandling av byggtjänster, varor och tjänster samt artikel 87 om statsstöd i EG-fördraget.

Vidare ska utredaren beakta hur ersättningssystemens utformning kan bidra till vårdens effektivitet, kvalitet, tillgänglighet och värde för patienterna. Utredaren ska också överväga hur etableringsregler kan utformas för att särskilt stimulera nyetablering av mottagningar i de delar av landet samt inom de specialiteter där det i dag finns få alternativ inom det offentliga utbudet.

Utredaren ska utgå från att dagens ansvarsförhållanden för hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering ska bestå samtidigt som förutsättningarna för en mångfald av vårdgivare förbättras. En annan utgångspunkt ska vara att den svenska hälso- och sjukvården ska baseras på samverkande system med en välfungerande primärvård som kan tillgodose merparten av befolkningens sjukvårdsbehov kompletterad med öppen specialistvård, slutenvård samt en välfungerande akutsjukvård.

### Redovisning av uppdraget

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). Särskild vikt ska läggas vid att redovisa förslag till finansiering i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna, liksom i vilken utsträckning förslagen påverkar den kommunala verksamheten och självstyrelsen.

Utredningens arbete skulle enligt de ursprungliga direktiven slutredovisas senast den 15 december 2008. Med dessa tilläggsdirektiv förlängs tiden för utredningens slutredovisning. De i tidigare direktiv givna uppdragen samt det nya uppdraget om patientens möjligheter att vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att uppfylla vårdgarantins tidsgränser, ska redovisas senast den 15 december 2008. Övriga uppdrag som anges i dessa tilläggsdirektiv ska redovisas senast den 1 oktober 2009.

(Socialdepartementet)

# Kommittédirektiv



**Tilläggsdirektiv till Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07)**

**Dir. 2008:87**

Beslut vid regeringssammanträde den 18 juni 2008

## Bakgrund

Regeringen har den 20 juni 2007 gett en särskild utredare i uppdrag (dir. 2007:90) att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården ska stärkas. För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården. I uppdraget ingår att göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning. Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av de fria vårdvalet. I uppdraget ingår även att analysera tillämpningen av den nationella vårdgarantin som infördes den 1 november 2005.

Den 29 maj 2009 fick samma utredare i tilläggsdirektiv (dir. 2008:72) att lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Regeringen aviserade i budgetpropositionen 2008 avsikten att stärka den enskildes ställning i sjukskrivningsprocessen genom att införa en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete. Som ett första steg i att införa en sådan garanti har regeringen den 13 juni 2008 ingått en överenskommelse om detta med Sveriges Kommuner och Landsting. Överenskommelsen innebär att hälso- och sjukvården tillförs ökade resurser för sådana rehabiliteringsinsatser. Vidare aviserade regeringen i budgetpropositionen avsikten att utreda en eventuell lagreglering av en sådan garanti.

De vanligaste orsakerna till sjukskrivning är sjukdomar i rörelseorganen och psykisk ohälsa. Sjukdomar i rörelseorganen utgör ca 29 % och psykiska diagnoser ca 32 % av alla pågående sjukfall (siffrorna avser februari 2008). Det är därför av särskilt intresse att förbättra situationen för dessa patientgrupper. Kunskapsläget när det gäller evidens för återgång i arbete är begränsat. Det finns idag viss evidens för behandlingsmetoder och rehabilitering som leder till återgång i arbete. Ytterligare kunskap behöver tas fram så att ny evidens med fokus på återgång i arbete kan ligga till grund för en utvidgad rehabiliteringsgaranti. Internationella och nationella systematiska genomgångar visar att evidens för att komma åter i arbete vid smärta i rygg och nacke finns för multimodala rehabiliteringsprogram med inslag av kognitiv beteendeterapi med inriktning på arbetet och arbetsplatsen. För psykiska diagnoser så visar bl.a. Statens beredning för medicinsk utvärderings kunskapssammanställningar att viss evidens för förbättrad livskvalitet och återkomst av arbetsförmåga finns för flera behandlingsformer när det gäller t.ex. ångest, depression och långvarig smärta.

### **Tilläggsuppdrag om förslag till en vidareutveckling och förbättring av en nationell rehabiliteringsgaranti**

Utredaren ska göra följande.

- Lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt, med utgångspunkt i överenskommelsen mellan Sveriges Kommuner och Landsting och staten den 13 juni 2008 om en rehabiliteringsgaranti för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser i syfte att åstadkomma en återgång i arbete.
- Se över regleringen av det statliga ekonomiska stödet för rehabiliteringsgarantin och vid behov lämna förslag till förändringar. Även frågan om eventuella sanktioner till de landsting som inte lever upp till garantin ska beaktas.
- Lämna förslag på hur utvärdering och uppföljning av både insatser inom garantins ram och effekter av insatser bör ske samt belysa frågan om forskning för mer och utvecklad evidens inom de berörda områdena.



- Analysera hur den föreslagna rehabiliteringsgarantin är utformad i förhållande till den nationella vårdgarantin. Vid behov ska förslag till samordning lämnas.
- Om det bedöms lämpligt redovisa förslag till lagreglering av rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsgarantin ska i första hand omfatta de stora diagnosgrupperna icke specifika rygg- och nackbesvär och lindrig eller medelsvår psykisk ohälsa. Garantin ska dock successivt utvecklas till att omfatta även andra diagnosgrupper.

Utredaren ska samråda med Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och Statens beredning för medicinsk utvärdering. Utredaren ska redovisa tilläggsuppdraget (om vidareutveckling och förbättringar av den överenskomna rehabiliteringsgarantin) senast den 20 april 2009.

(Socialdepartementet)

# Statens offentliga utredningar 2009

*Kronologisk förteckning*

1. En mer rättssäker inhämtning av elektronisk kommunikation i brottsbekämpningen. Ju.
2. Nya nät för förnybar el. N.
3. Ransonering och prisreglering i krig och fred. Fö.
4. Sekretess vid anställning av myndighetschefer. Fi.
5. Säkerhetskopiors rättsliga status. Ju.
6. Återkrav inom välfärdssystemen. – Förslag till lagstiftning. Fi.
7. Den svenska administrationen av jordbruksstöd. Jo.
8. Trygg med vad du äter – nya myndigheter för säkra livsmedel och hållbar produktion. Jo.
9. Säkerhetskontroller vid fullmäktige- och nämndsammanträden. Fi.
10. Miljöprocessen. M.
11. En nationell cancerstrategi för framtiden. S.
12. Skatt i retur. Fi.
13. Effektiviteten i Kriminalvårdens lokal-försörjning. Ju.
14. Grundlagsskydd för digital bio och andra yttrandefrihetsrättsliga frågor. Ju.
15. Kraftsamling!  
– museisamverkan ger resultat.  
+ Bilagor. Ku.
16. Betänkande av Kulturutredningen.  
Grundanalys  
Förnyelseprogram  
Kulturpolitikens arkitektur. Ku.
17. Kommunal kompetenskatalog.  
En problemorientering. Ju.
18. Två rapporter till Grundlagsutredningen. Ju.
19. Aktiv väntan – asylökande i Sverige. Ju.
20. Mer järnväg för pengarna. N.
21. Redovisning av kommunal medfinansiering. Fi.
22. En ny alkohollag. S.
23. Olovlig tobaksförsäljning. S.
24. De statliga beställarfunktionerna och anläggningsmarknaden. N.
25. Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. Fi.
26. Det växande vattenbrukslandet. Jo.
27. Ta klass. U.
28. Stärkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt. + Bilagor. U.
29. Fritid på egna villkor. IJ.
30. Skog utan gräns? Jo.
31. Effektiva transporter och samhällsbyggande – en ny struktur för sjö, luft, väg och järnväg. N.
32. Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet. S.
33. Skatterabatt på aktieförvärv och vinstutdelningar. Fi.
34. Förenklingar i aktiebolagslagen m.m. Ju.
35. Moderna hyreslagar. Ju.
36. Främja, Skydda, Övervaka  
– FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. IJ.
37. Enklare beslutsfattande i ekonomiska föreningar. Ju.
38. Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. S.
39. En ny kollektivtrafiklag. + Bilagor. N.
40. En ny modell för arbetsmiljötillsyn. A.
41. Bättre och snabbare insättningsgaranti. Fi.
42. Vattenverksamhet. M.
43. Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. U.
44. Integritetsskydd i arbetslivet. A.
45. Områden av riksintresse och Miljökonsekvensbeskrivningar. M.
46. Försenad årsredovisning och bokföringsbrott, m.m. Ju.
47. God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? A
48. Koncessioner för el- och gasnät. N.

49. Bättre samverkan. Några frågor kring samspelet mellan sjukvård och socialförsäkring. S.
50. Nytt pensionssystem för den statsunderstödda scenkonsten. Fi.
51. Avskaffande av filmcensuren för vuxna – men förstärkt skydd för barn och unga mot skadlig mediepåverkan. Ku.
52. Staten och imamerna. Religion, integration, autonomi. U.
53. Fiskevård i enskilt vatten. En översyn av lagen om fiskevårdsområden. Jo.
54. Uthållig älgförvaltning i samverkan. Jo.
55. Ett effektivare smittskydd. S.
56. Den nya migrationsprocessen. Ju.
57. Myndighet för hållbart samhällsbyggande – en granskning av Boverket. M.
58. Skatteförfarandet. Fi.
59. Skatteincitament för gåvor till forskning och ideell verksamhet. Fi.
60. Återvändandedirektivet och svensk rätt. Ju.
61. Modernare adoptionsregler. Ju.
62. Skatt på fluorerade växthusgaser. Fi.
63. Totalförsvarspåbudsplikt och frivillighet. Fö.
64. Flickor och pojkar i skolan – hur jämställt är det? U.
65. Moderniserade skatteregler för ideell sektor. Fi.
66. Signalspaning för polisiära behov. Ju.
67. Försvarsmaktens helikopter 4 – frågan om vidmakthållande eller avveckling. Fö.
68. Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU) + bilaga. S.
69. En ny ransonerings- och prisregleringslag. Fö.
70. Utvärdering av buggning och preventiva tvångsmedel. Ju.
71. EU, Sverige och den inre marknaden – En översyn av horisontella bestämmelser inom varu- och tjänsteområdet. UD.
72. Insyn och integritet i brottsbekämpningen – några frågor. Ju.
73. Vägval för filmen. Ku.
74. Höghastighetsbanor – ett samhällsbygge för stärkt utveckling och konkurrenskraft. N.
75. Folkbokföringen. Fi.
76. Svenskt rättsväsende i internationella uppdrag, m.m. Ju.
77. EU:s Viseringskodex. Ju.
78. Ökad säkerhet i domstol. Ju.
79. Några begravningsfrågor. Ku.
80. Kriminalvården – ledning och styrning. Ju.
81. Lag om resenärers rättigheter i lokal och regional kollektivtrafik. N.
82. En ny postlag. N.
83. Miljömålen i nya perspektiv. + Bilagor. M.
84. Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. S.

# Statens offentliga utredningar 2009

---

## *Systematisk förteckning*

### **Justitiedepartementet**

---

- En mer rättssäker inhämtning av elektronisk kommunikation i brottsbekämpningen. [1]  
Säkerhetskopiers rättsliga status. [5]  
Effektiviteten i Kriminalvårdens lokalförsörjning. [13]  
Grundlagsskydd för digital bio och andra yttrandefrihetsrättsliga frågor. [14]  
Kommunal kompetenscatalog.  
En problemorientering. [17]  
Två rapporter till Grundlagsutredningen. [18]  
Aktiv väntan – asylsökande i Sverige. [19]  
Förenklningar i aktiebolagslagen m.m. [34]  
Moderna hyreslagar. [35]  
Enklare beslutsfattande i ekonomiska föreningar. [37]  
Försenad årsredovisning och bokföringsbrott, m.m. [46]  
Den nya migrationsprocessen. [56]  
Återvändandedirektivet och svensk rätt. [60]  
Modernare adoptionsregler. [61]  
Signalspaning för polisiära behov. [66]  
Utvärdering av buggning och preventiva tvångsmedel. [70]  
Insyn och integritet i brottsbekämpningen – några frågor. [72]  
Svenskt rättsväsende i internationella uppdrag, m.m. [76]  
EU:s Viseringskodex. [77]  
Ökad säkerhet i domstol. [78]  
Kriminalvården – ledning och styrning. [80]

### **Utrikesdepartementet**

---

- EU, Sverige och den inre marknaden  
– En översyn av horisontella bestämmelser inom varu- och tjänsteområdet. [71]

### **Försvarsdepartementet**

---

- Ransonerings och prisreglering i krig och fred. [3]  
Totalförsvarsplikt och frivillighet. [63]

- Försvarsmaktens helikopter 4  
– frågan om vidmakthållande eller avveckling. [67]  
En ny ransonerings- och prisregleringslag. [69]

### **Socialdepartementet**

---

- En nationell cancerstrategi för framtiden. [11]  
En ny alkohollag. [22]  
Olovlig tobaksförsäljning. [23]  
Socialtjänsten. Integritet – Effektivitet. [32]  
Ingen får vara Svarte Petter. Tydligare ansvarsfördelning inom socialtjänsten. [38]  
Bättre samverkan. Några frågor kring samspelen mellan sjukvård och socialförsäkring. [49]  
Ett effektivare smittskydd. [55]  
Lag om stöd och skydd för barn och unga (LBU). + Bilaga. [68]  
Regler för etablering av vårdgivare.  
Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. [84]

### **Finansdepartementet**

---

- Sekretess vid anställning av myndighetschefer. [4]  
Återkrav inom välfärdssystemen.  
– Förslag till lagstiftning. [6]  
Säkerhetskontroller vid fullmäktige- och nämndsammanträden. [9]  
Skatt i retur. [12]  
Redovisning av kommunal medfinansiering. [21]  
Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning. [25]  
Skatterabatt på aktieförvärv och vinstutdelningar. [33]  
Bättre och snabbare insättningsgaranti. [41]  
Nytt pensionssystem för den statsunderstödda scenkonsten. [50]  
Skatteförfarandet. [58]

Skatteincitament för gåvor till forskning och ideell verksamhet. [59]  
Skatt på fluorerade växthusgaser. [62]  
Moderniserade skatteregler för ideell sektor. [65]  
Folkbokföringen. [75]

#### **Utbildningsdepartementet**

---

Ta klass. [27]  
Stärkt stöd för studier – tryggt, enkelt och flexibelt. + Bilagor. [28]  
Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården. [43]  
Staten och imamerna. Religion, integration, autonomi. [52]  
Flickor och pojkar i skolan – hur jämställt är det? [64]

#### **Jordbruksdepartementet**

---

Den svenska administrationen av jordbruksstöd. [7]  
Trygg med vad du åter – nya myndigheter för säkra livsmedel och hållbar produktion. [8]  
Det växande vattenbrukslandet. [26]  
Skog utan gräns? [30]  
Fiskevård i enskilt vatten. En översyn av lagen om fiskevårdsområden. [53]  
Uthållig älgförvaltning i samverkan. [54]

#### **Miljödepartementet**

---

Miljöprocessen. [10]  
Vattenverksamhet. [42]  
Områden av riksintresse och Miljökonsekvensbeskrivningar. [45]  
Myndighet för hållbart samhällsbyggande – en granskning av Boverket. [57]  
Miljömålen i nya perspektiv. + Bilagor. [83]

#### **Näringsdepartementet**

---

Nya nät för förnybar el. [2]  
Mer järnväg för pengarna. [20]  
De statliga beställarfunktionerna och anläggningsmarknaden. [24]  
Effektiva transporter och samhällsbyggande – en ny struktur för sjö, luft, väg och järnväg. [31]  
En ny kollektivtrafiklag. + Bilagor. [39]  
Koncessioner för el- och gasnät. [48]  
Höghastighetsbanor.  
Ett samhällsbygge för stärkt utveckling och konkurrenskraft. [74]

Lag om resenärers rättigheter i lokal och regional kollektivtrafik. [81]  
En ny postlag. [82]

#### **Integrations- och jämställdhetsdepartementet**

---

Fritid på egna villkor. [29]  
Främja, Skydda, Övervaka  
– FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. [36]

#### **Kulturdepartementet**

---

Kraftsamling!  
– museisamverkan ger resultat. + Bilagor. [15]  
Betänkande av Kulturutredningen.  
Grundanalys  
Förnyelseprogram  
Kulturpolitikens arkitektur. [16]  
Avskaffande av filmcensuren för vuxna – men förstärkt skydd för barn och unga mot skadlig mediepåverkan. [51]  
Vägval för filmen. [73]  
Några begravningsfrågor. [79]

#### **Arbetsmarknadsdepartementet**

---

En ny modell för arbetsmiljöutlysning. [40]  
Integritetsskydd i arbetslivet. [44]  
God arbetsmiljö - en framgångsfaktor? [47]