

**Socialdepartementet***Enheten för hälso- och sjukvård***Remissammanställning över slutbetänkandet Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)**

Innehållsförteckning

1. Bakgrund.....	2
2. Förteckning över remissinstanserna	3
3. Utredningens förslag i korthet	6
4. En ny etableringsplattform och lag om vårdgivaretablering	7
5. Avveckling av LOL och LOS samt övergångsbestämmelser	36
6. Myndighet fastställer och utvecklar ramar för etablering	40
7. Tillstånd och registrering av verksamheten.....	53
8. Regionalt godkännande och ingående av etableringsavtal.....	59
9. Vårdgivares möjligheter att överklaga landstings- och myndighetsbeslut	71
10. Landstingens möjligheter att kontrollera kostnader.....	74
11. Möjligheter för landstingen att styra och prioritera	79
12. Landstingsanställdas rätt att parallellt arbeta i annan verksamhet	80
13. Öppna vårdens utveckling	83
14. Beräkning av resurser för ny etableringsplattform	84
15. Genomförande.....	85
16. Tillsyn över landstingens ansvar för etableringar och vissa konkurrensfrågor.....	86
17. Konsekvenser av utredningens förslag.....	88
17.1 Allmänna synpunkter	88
17.2 Samhällsekonomiska konsekvenser samt konsekvenser för de offentliga finanserna.....	90
17.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	95
17.4 Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga.....	100
17.5 Konsekvenser för annan lagstiftning	102
17.6 Övriga konsekvenser av utredningens förslag.....	103

1. Bakgrund

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 funktionssätt, 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 *Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård* (SOU 2009:84) 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 idag får ersättning enligt den nationella Taxan.

Den 3 februari 2010 skickades delbetänkandet ut på remiss av Socialdepartementet. Remisstiden gick ut den 11 maj 2010.

2. Förteckning över remissinstanserna

102 remissinstanser har beretts tillfälle att yttra sig, av dessa har 84 instanser inkommit med yttranden. Vidare har ytterligare 4 yttranden inkommit utöver de officiella remissinstanserna.

Remissinstanser

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Förvaltningsrätten i Göteborg
5. Förvaltningsrätten i Umeå
6. Datainspektionen
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Läkemedelsverket
10. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
11. Statens folkhälsoinstitut
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering
13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
14. Barnombudsmannen (BO)
15. Ekonomistyrningsverket (ESV)
16. Kammarkollegiet
17. Statskontoret
18. Konkurrensverket
19. Verket för innovationssystem (Vinnova)
20. Tillväxtverket
21. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser
22. Diskrimineringsombudsmannen
23. Regelrådet
24. Degerfors kommun
25. Fagersta kommun
26. Gotlands kommun
27. Gnosjö kommun
28. Gävle kommun
29. Göteborgs kommun
30. Halmstads kommun
31. Höganäs kommun
32. Karlstads kommun
33. Kalmars kommun
34. Linköping kommun
35. Mariestads kommun
36. Malmö kommun
37. Oxelösunds kommun
38. Skara kommun
39. Solna kommun
40. Stockholms kommun
41. Sundsvalls kommun

42. Umeå kommun
43. Uppsala kommun
44. Vetlanda kommun
45. Vänersborgs kommun
46. Västerviks kommun
47. Västerås kommun
48. Åre kommun
49. Stockholms läns landsting
50. Uppsala läns landsting
51. Södermanlands läns landsting
52. Östergötlands läns landsting
53. Jönköpings läns landsting
54. Kronobergs läns landsting
55. Kalmar läns landsting
56. Blekinge läns landsting
57. Skåne läns landsting
58. Hallands läns landsting
59. Västra Götalands läns landsting
60. Värmlands läns landsting
61. Örebro läns landsting
62. Västmanlands läns landsting
63. Dalarnas läns landsting
64. Gävleborgs läns landsting
65. Västernorrlands läns landsting
66. Jämtlands läns landsting
67. Västerbottens läns landsting
68. Norrbottens läns landsting
69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO)
70. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
71. Akademikerförbundet (SSR)
72. Svenska Kommunalarbetareförbundet
73. Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF)
74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
75. Sveriges läkarförbund
76. Svenska Privatläkarföreningen
77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)
78. Sveriges Psykologförbund
79. Vårdförbundet
80. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
81. Distriktssköterskeföreningen
82. Svensk Barnmorskeförening
83. Föreningen Svensk Företagshälsovård
84. Sjukhusläkarföreningen
85. Cancerfonden – Riksföreningen mot Cancer
86. Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO)
87. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
88. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)

90. Reumatikerförbundet
91. Svenska diabetesförbundet
92. Svenska föreningen för psykisk hälsa (SFPH)
93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
94. Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna)
95. Vårdföretagarna
96. Capio AB
97. Praktikertjänst AB
98. Carema AB
99. Aleris AB
100. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
101. Stiftelsen Den Nya Vården
102. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

Instanser utanför listan som lämnat synpunkter

103. Svensk förening för allmänmedicin
104. Gemensam Vården Stockholm
105. De Handikappades Riksförbund (DHR)
106. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter

Remissinstanser som har svarat men valt att inte lämna synpunkter: *Riksrevisionen, Mariestads kommun, Göteborgs kommun, Halmstads kommun, Kalmar kommun, Västerås kommun, Akademikerförbundet (SSR), Sveriges akademikers centralorganisation (SACO), Statens beredning för medicinsk utvärdering, Barnombudsmannen, Karlstad kommun.*

Remissinstanser som inte inkommit med remissyttranden: *Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum, Carema AB, Catio AB, Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna), Svenska föreningen för psykisk hälsa (SFPH), Handikappförbundets samarbetsorgan (HSO), Cancerfonden – Riksföreningen mot Cancer, Sjukhusläkarföreningen, Föreningen Svensk Företagshälsovård, Distriktsköterskeföreningen, Vetlanda kommun, Umeå kommun, Solna kommun, Oxelösunds kommun, Gnosjö kommun, Degerfors kommun, Fagersta kommun.*

3. 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 inbegriper 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 lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (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.

4. En ny etableringsplattform och lag om vårdgivaretablering

Utredningens förslag: 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). Utredningen bedömer att avtal som regleras i den nya lagen är tjänstekoncessioner. 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

En majoritet av de remissinstanser som tagit ställning till utredningens huvudförslag är övervägande negativa. Bland de 29 remissinstanser som är negativa till förslaget finns exempelvis *Socialstyrelsen*, *Sveriges Kommuner och Landsting* och en stor majoritet av landstingen. 22 remissinstanser är övervägande positiva till förslaget.

Utredningens målbild och förslag

Uppsala läns landsting, *Hallands läns landsting* och ett flertal remissinstanser delar till stora delar utredningens problembeskrivning och målbild. *Västerbottens läns landsting* och *Örebro läns landsting* påpekar att utredningens målbild för hälso- och sjukvården saknar kraven i HSL på att vård ska ges efter behov och på att ledningsorganisationen ska underlätta kostnadseffektivitet. *Sveriges Kommuner och Landsting* och ett flertal remissinstanser menar att det är svårt att se kopplingen mellan formulerade mål och lagda förslag i utredningen. *Uppsala läns landsting*, *Kronobergs läns landsting* och *Stockholms läns landsting* anser att det behövs fler konkreta förslag på utformningen av de verktyg och styrmedel som ska åtgärda de brister i vården som utredningen pekat på. *Vårdförbundet* anser att det krävs fler åtgärder än enbart förändring av ersättningssystemen för att påverka utvecklingen i vården och för att få vårdprocessen för vårdtagaren att fungera. Flera landsting och *Socialstyrelsen* anser att förslaget i alltför hög grad inskränker sjukvårdshuvudmännens möjligheter att planera och styra utbudet av vård.

Negativa konsekvenser av förslaget

Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting och flera landsting menar det finns en risk att förslaget motverkar målet med sammanhållna patientkedjor. Flera av dessa remissinstanser anser också att förslaget riskerar att försämra förutsättningarna för en jämlik vård och att det finns en risk för att vårdgivare framför allt etablerar sig i större tätorter och inom specialiteter. Flera landsting bedömer också att förslaget riskerar att öka fragmenteringen inom vården. *Svenska Privatläkarföreningen* anser att utredningens förslag inte kommer att leda till ökad kreativitet och nytänkande och inte heller till en ökad mångfald inom vården. *Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd* påpekar att de i betänkandet presenterade förslagen inte bidrar på något sätt till att stärka patientens ställning under en vårdprocess.

Positiva konsekvenser av förslaget

Uppsala kommun, Skara kommun och *Vårdföretagarna* anser att det föreslagna systemet ger förutsättningar för innovationskraft och en större mångfald av vårdgivare. *Aleris AB* menar att utredningens förslag är utformade så att det ges bättre förutsättningar för en ökad integration. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* menar att förslaget stimulerar och underlättar för patienternas rätt till en god sammanhållen vård. *Sveriges Pensionärsförbund* menar att förslaget innebär en betydligt utökad möjlighet att erbjuda tillgänglighet, valfrihet och utökad kompetens i vården.

Otydligt förslag

Ett stort antal remissinstanser bl.a. *Justitieombudsmannen, Statskontoret och Tillväxtverket*, anser att förslaget är för otydligt beskrivet och saknar nödvändiga analyser. *Socialstyrelsen* menar att utredningens förslag innebär en omfattande byråkratisk överbyggnad med otydliga gränsdragningar mellan olika myndigheters ansvar för uppföljning, utvärdering och tillsyn av regeltillämpningen. *Konkurrensverket* anser att den tänkta myndighetsstrukturen och gränsdragningen mellan vilka villkor som ska fastställas nationellt respektive lokalt framstår som oklara i betänkandet. *Kalmar läns landsting* påpekar att författningsförslaget inte alltid överensstämmer med formuleringarna i betänkandet i övrigt. *Försäkringskassan* anser att slutbetänkandet saknar en tydlighet kring hur en alternativ vårdgivarmodell ska förhålla sig till socialförsäkringen och sjukskrivningsprocessen.

Patientperspektivet

Flera remissinstanser som *Region Skåne, Dalarnas läns landsting* och *Reumatikerförbundet*, menar att förslaget i för hög grad utgår från vårdproducenterna i stället för medborgarnas och patienternas behov. *TCO, Gemensam Välfärd Stockholm* och flera remissinstanser menar att utred-

ningen saknar ett patientperspektiv. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* menar att Socialstyrelsen bör få ett tydligt uppdrag att följa upp patientperspektivet i samband med införandet av LOVE.

Etableringsplattformens omfattning

Svensk förening för allmänmedicin kan inte acceptera att specialisterna i allmänmedicin ställs utanför LOVE och i praktiken hänvisas till landstingens vårdvalssystem. *Vårdföretagarna* menar att det är oklokt att undanta den öppna specialistvården vid sjukhusen från att verka under konkurrensneutrala villkor. *Statens folkhälsoinstitut* anser att nya etableringar i den öppna hälso- och sjukvården ska omfatta möjligheter för all legitimerad personal. *Östergötlands läns landsting* anser att utredarens förslag i allt för stor utsträckning fokuserar på specialiteter.

Samverkan

Västervik kommun, *Gävle kommun* och *Linköping kommun* menar att det är viktigt att beakta hur samverkan kan ske mellan fler aktörer såsom kommun, landsting och privata utförare, kring vårdvalsprocessen. *Uppsala kommun* anser att det behöver förtydligas hur samverkan genom teamarbete mellan olika professioner ska gå till i det nya systemet.

Tjänstekoncessioner

Kammarkollegiet delar bedömningen att förslaget om etableringsplattform uppfyller villkoren för tjänstekoncession. *Tjänstemännens Centralorganisation* och *Förvaltningsrätten i Umeå* menar att det är oklart om de avtal som regleras i den nya lagen är tjänstekoncessioner

Vägval och ytterligare förslag till åtgärder

Flera remissinstanser bl.a. *Pensionärernas riksorganisation*, *Sveriges Kommuner och Landsting* och *Tillväxtverket* anser att man istället för förslaget bör arbeta vidare med befintliga system, exempelvis LOU/LOV, som kan ge de effekter som utredaren eftersträvar. *Praktikertjänst* och *Vårdföretagarna* menar att det behövs ett nationellt initiativ med enhetliga spelregler framför de 21 olika system som finns idag. *Svensk Barnmorskeförening* anser att en sammanslagning av den öppna vården och primärvården i ett gemensamt system vore en bättre lösning än LOVE. *Stiftelsen Den Nya Välfärden* förordar att den föreslagna regleringen inarbetas i LOV. *Läkemedelsindustriföreningen* anser att ett betydligt starkare lagskydd för patienterna behövs för att ta viktiga steg mot ett reellt stärkt patientinflytande. *Malmö kommun* menar att ytterligare patientstödjande funktioner kan komma behövas för att stödja och underlätta för patienten att välja och sortera i utbudet av vård. *Kronobergs läns landsting* och *Linköpings kommun* påpekar att förslaget innebär ökade krav på vårdens informationssystem. *Linköpings kommun* anser att förslaget bör omfatta tydliga regler för uppföljning, helst med nationellt fastslagna kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav. *De Handikappades*

Riksförbund anser att tydliga krav måste ställas på fysisk tillgänglighet och användbarhet i det nationella regelverket.

Remissinstanserna

1. Riksdagens ombudsmän (JO) anser att förslaget inte kan tillstyrkas på det underlag som har presenterats i betänkandet. JO menar att det förslag som lagts fram i vissa delar är otydligt och saknar erforderliga analyser på en hel del punkter. JO är inte övertygad om att det alternativ som valts kommer att leda till de förbättringar som åsyftas. Det framstår t.ex. som oklart om förslaget verkligen, såsom avsett, stärker patientens ställning och bidrar till ökad patientsäkerhet.

5. Förvaltningsrätten i Umeå ifrågasätter starkt om etableringsavtal verkligen blir tjänstekoncessioner. Förvaltningsrätten noterar att de privata vårdgivarnas ersättning för utförda tjänster i allt väsentligt kommer att erhållas från landstingen. Tariffer för de offentliga ersättningarna ska fastställas av en statlig myndighet.

7. Försäkringskassan har i grunden inga invändningar mot att det skapas system som tillvaratar entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulerar utveckling mot ökad mångfald inom den specialiserade öppenvården. Försäkringskassan anser dock att slutbetänkandet saknar en tydlighet kring hur en alternativ vårdgivarmodell ska förhålla sig till socialförsäkringen i allmänhet och sjukskrivningsprocessen i synnerhet. Slutbetänkandet säkerställer inte hur vårdens aktörer ska förhålla sig till och utkräva ansvar för en effektiv sjukskrivningsprocess, i syfte att uppnå en långsiktigt stabil och låg nivå av frånvaro från arbete på grund av sjukdom utan regionala variationer. Det framgår inte heller hur utredningens förslag kan stimulera till återgång i arbete. Förslagsvis kompletteras betänkandet med en genomgång av sjukskrivningsproblematiken. Försäkringskassans förväntning är att den fortsatta beredningen borde bringa klarhet i ämnet. Försäkringskassan saknar också en effektivitetsaspekt i målbilden, eftersom en organisation alltid måste stödja en effektiv verksamhet.

8. Socialstyrelsen avstyrker utredningens förslag om en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården och därmed också förslaget till en ny lag om vårdgivaretablering. Socialstyrelsen delar till stora delar utredningens problembeskrivning om patientens svaga ställning i hälso- och sjukvården och skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet och välkomnar förslag som bidrar till ökad valfrihet och kvalitetsutveckling. Socialstyrelsen anser dock att det förslag utredningen lämnar sannolikt snarast motverkar sammanhållna vårdkedjor och medför risk för orimliga krav på den enskilde att själv samordna sin egen vård. Ett annat viktigt skäl för Socialstyrelsens ställningstagande är att förslaget bidrar till att en redan ojämlik hälso- och sjukvård förblir fortsatt ojämlik genom att etableringar inom

den öppna specialiserade vården tenderar att ske främst i attraktiva områden på bekostnad av glesbygden och områden med en socioekonomiskt mindre fördelaktig profil. Socialstyrelsen anser att utredningen närmare borde ha övervägt styrmodeller som bidrar till ökad mångfald och större valfrihet för patienterna samtidigt som landstingens möjligheter att planera och styra vården inte begränsades på det sätt som utredningens förslag leder till. Socialstyrelsen anser att utredningens förslag innebär en omfattande byråkratisk överbyggnad med otydliga gränsdragningar mellan olika myndigheters ansvar för uppföljning, utvärdering och tillsyn av regeltillämpningen. Tillförs ytterligare en myndighet i hälso- och sjukvårdssystemet eller ytterligare uppgifter till befintliga myndigheter kommer överblick och styrbarhet över hälso- och sjukvården att bli än svårare. Utredningen har vidare inte analyserat hur dess förslag förhåller sig till hälso- och sjukvårdens samlade regelverk. Vidare anser Socialstyrelsen att de alternativ till den nationella etableringsplattformen, som utredningen föreslår, har behandlats mycket översiktligt.

10. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) konstaterar att den aktuella utredningens förslag handlar om åtgärder som är tänkta att på sikt bidra till att patienter och blivande patienter ska kunna välja den vård han eller hon önskar. Det handlar alltså om att stärka patientens ställning före en vårdprocess. Alla åtgärder som kan bidra till att uppnå detta mål är självklart lovvärda. HSAN vill dock, utifrån myndighetens erfarenheter av patientklagomålen, varna för den övertro som tycks finnas på effekten av sådana åtgärder. De anses av någon anledning, och utan närmare principiella grunddiskussioner, kunna ersätta de få rättsliga krav som patienter än så länge kan ställa på den vård de rent faktiskt får eller har fått. Som bekant har patienter i Sverige väldigt få rättigheter som kan utkrävas genom talan i domstol. Det finns i olika författningar visserligen vissa sådana rättigheter preciserade men de är svåröverskådliga och den rättsliga formen har tagit sig en hel del olika uttryck. I stor utsträckning är det så att patienternas möjligheter att få tillgång till vård och få vård med godtagbart innehåll får utläsas indirekt eller omvänt i de ofta allmänt formulerade bestämmelser som gäller för vårdgivare samt hälso- och sjukvårdspersonal. Rättsligt sett är patienten således inte någon jämställd part i vården utan mera ett objekt för denna. De presenterade förslagen bidrar således inte på något sätt till att stärka patientens ställning under en vårdprocess.

11. Statens folkhälsoinstitut tillstyrker förslaget om den nya lagen LOVE gällande vårdgivaretablering, detta för att det ska råda lika förutsättningar att bedriva öppenvård med offentlig finansiering. Statens folkhälsoinstitut anser att nya etableringar i den öppna hälso- och sjukvården

ska omfatta möjligheter för all legitimerad personal som ett led i att öka mångfald och integration.

13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket delar utredningens uppfattning att nuvarande etableringsformer behöver ses över. Som utredningen anger är det centralt i en sådan översyn att patientens ställning i vården stärks och att nuvarande ansvarsförhållanden består.

15. Ekonomistyrningsverket (ESV) har inga speciella synpunkter på eller invändningar mot utredningens förslag till lag om vårdgivaretablering. ESV förmodar att förslaget kan leda till ett ökat utbud ("mångfald") av behandlingsformer och vårdgivare inom den öppna specialistvården. Men för att åtgärda alla de brister i vården som utredningen pekat på, t.ex. när det gäller patientfokus, integration och innovationsförmåga, torde det behövas ytterligare styrmedel. Dessutom menar ESV att det finns en risk för att utbudet av olika alternativ kan bli svåröverskådligt för patienterna.

16. Kammarkollegiet ifrågasätter om den föreslagna etableringsplattformen bättre än de upphandlingsformer som finns i dag tillgodoser de mål som angivits i utredningens direktiv för utvecklingen av den öppna vården vid sidan av primärvården. Förslaget att den offentliga finansieringen öppnas för verksamhet som kan organiseras med andra kompetenser än de yrkesgrupper som omfattas av LOL och LOS är angeläget, men måste enligt Kammarkollegiet kombineras med en tydlig process som involverar landstingen såväl när det gäller att bedöma vilka vårdbehov som behöver tillgodoseras som kostnadsaspekterna. På denna punkt är enligt kollegiet utredningsförslaget alltför vagt för att helheten ska kunna bedömas. Problemet med vårdkedjor som inte fungerar uppmärksammas i betänkandet, men det framgår inte närmare på vilket sätt den föreslagna etableringsplattformen på ett bättre sätt än LOU och LOV kan bidra till en förändring. Det framgår inte heller på vilket sätt den nya etableringsplattformen skulle minska fragmenteringen i den öppna specialistvården. Även här framstår LOU och LOV som mer effektiva. Möjligheterna att nå målet genom bättre anpassade upphandlingar inom ramen för LOU diskuteras inte i betänkandet. Kammarkollegiet delar bedömningen att förslaget om etableringsplattform uppfyller villkoren för tjänstekoncession.

17. Statskontoret avstyrker av principiella skäl den föreslagna nya lagstiftningen. Statskontoret anser att det nu föreliggande slutbetänkandet inte utan betydande kompletteringar bör ligga till grund för regeringens slutliga ställningstagande. Skälet till detta ställningstagande är att flera för utredningen centrala frågor endera inte utretts alls eller inte analyserats tillräckligt. Statskontorets invändningar avser främst tre olika delar av utredningens förslag. Den första av dessa invändningar gäller förslaget

om att en statlig myndighet ska fastställa riksgiltiga minimitaxor för vården hos specialistvård i öppenvården utanför primärvårdens och vårdcentralernas verksamhet. Utredningen konstaterar utan någon närmare analys av lagenligheten att ett visst intrång i den kommunala självstyrelsen följer av förslagen. Någon närmare analys av betydelsen av detta intrång görs inte, utan utredningen förslår endast att regeringen trots detta intrång bör besluta i enlighet med utredningens förslag. För det andra menar Statskontoret att det något omständiga förslaget om ett dubbelt ansökningsförfarande för att bedriva sådan specialistverksamhet – särskilt i kombination med förslaget att staten ska fastställa taxorna – kan motverka regeringens syfte med utredningsuppdraget att främja etableringen av nya aktörer och öka mångfalden bland vårdgivarna. Detta förslag i sin nuvarande utformningen avstyrks därför av Statskontoret.

För det tredje, slutligen, har utredningen utan närmare analys föreslagit att de nya myndighetsuppgifterna endera ska utföras av en ospecificerad existerande statlig myndighet som får ett icke specificerat resurstillskott eller av en ny myndighet. Enligt Statskontorets mening behöver den statliga organisationens uppgifter och myndighetsorganisation utredas innan beslut kan fattas. Enligt Statskontorets bedömning kan enskilda uppgifter som att utveckla den nya vårdplattformen och fastställa lägsta taxenivå knappast utgöra tillräckliga motiv för att inrätta en ny statlig myndighet. Motiven för att tillskapa en ny myndighet minskar om t.ex. taxesättningen löses genom statens avtal med kommuner och landsting istället för att bli en uppgift för en statlig myndighet.

18. Konkurrensverket välkomnar utredningens intention, att skapa förutsättningar för fri etablering inom den öppna specialiserade vården, men önskar flera förtydliganden i den fortsatta beredningen. Från konkurrenssynpunkt är möjligheten till fri etablering, inom den specialiserade öppenvården, den viktigaste delen i föreliggande betänkande och frågan bör därför utvecklas vidare även om förslaget inte genomförs i sin helhet. Principiellt kan det vara möjligt att bereda frågan om fri etablering vidare även inom ramen för LOV på liknande sätt som skett inom primärvården. Konkurrensverket anser också att den tänkta myndighetsstrukturen och gränsdragningen mellan vilka villkor som ska fastställas nationellt respektive lokalt framstår som oklara i betänkandet.

19. Verket för innovationssystem (Vinnova) stödjer förslaget. Vinnova anser att förslaget är genomarbetat och har inga invändningar och/eller kommentarer till förslaget.

20. Tillväxtverket anser att utredningens ansats är relevant, och delar uppfattningen att det inom vården och omsorgen i ökad utsträckning går att använda näringspolitiska verktyg för att främja socialpolitiska mål.

Likaså instämmer Tillväxtverket i utredningens bakgrundsbeskrivning, och de särskilda förutsättningar och utmaningar som företagare inom vård- och omsorgsområdet möter. Däremot anser Tillväxtverket att det finns betydande problem i den lösning som utredningen presenterar. Den skisserade etableringsplattformen är otydlig, både till sin utformning och uppdrag, och likaså ansvarsförhållanden och relationer mellan nationell och regional nivå. Det är mycket svårt för Tillväxtverket att ta ställning till lösningarna eftersom de i den nuvarande utformningen framstår som ytterst oklara. Ett delat ansvar mellan nationell och regional nivå skulle kunna fungera nyskapande och innovationsfrämjande, men det finns också en stor risk att effekterna skulle bli de motsatta. Tillväxtverket tror också att de verktyg för konkurrensutsättning som finns idag, i första hand LOU och LOV, skulle kunna användas på sätt som i betydligt högre utsträckning främjar innovation och nytänkande. Vården och omsorgen är områden som i hög utsträckning är reglerade och utgör en speciell marknad att verka på för företagen. Därför är det angeläget att nya regler och rutiner utformas på ett sådant sätt att det förenklar och tydliggör de processer som krävs för etablering och verksamhet med offentlig finansiering. Med otydliga och snåriga regler minskar möjligheterna till företagande, inte minst när det gäller små och nystartade företag. På så vis blir det svårt att uppnå den mångfald och nytänkande som utredningen så riktigt påpekar behövs.

21. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser ställer sig positiv till det reformarbete som innebär att specialiserad öppenvård får liknande etableringsmöjligheter som LOV anger för primärvården.

22. Diskrimineringsombudsmannen har inget att invända mot det av utredningen föreslagna systemet för etablering av vårdgivare i sig men vill poängtera att vissa tillägg är nödvändiga för att försäkra medborgares rätt till god vård på lika villkor. DO anser att den nya föreslagna myndigheten, Socialstyrelsen, alternativt landstingen eller annan lämplig aktör, ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om medborgarnas behov av vård och att riktlinjer för etablering av vårdgivare utformas efter detta kunskapsunderlag. Vidare är det nödvändigt att etableringsavtalet utformas med villkor som ställer krav på vårdgivaren att följa riktlinjer och kompetensutveckla sig när det gäller tillgänglig information till, bemötande av och adekvat och tillgänglig vård till patienter oavsett kön, könsidentitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder samt en beskrivning av hur sådana villkor ska följas upp och innebörden av eventuella brister i åtagandet. Mot bakgrund av det allmännas skyldighet enligt grundlag (RF 1:2) att verka för att alla människor skall kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och motverka diskriminering är det

extra viktigt att förtydliga ett sådant ansvar hos alla vårdgivare oavsett driftsform.

23. Regelrådet tillstyrker förslaget.

26. Gotlands kommun avstyrker utredningens förslag om införande av en ny nationell ersättningsmodell. Det framlagda förslaget innebär möjligheter för en ökning av antalet enskilda läkar- och sjukgymnastmottagningar och på sikt även mottagningar som drivs av andra yrkeskompetenser. Gotlands kommun anser emellertid att utredningen inte på ett trovärdigt sätt visar hur dessa resurser kan infogas i vårdprocesser som ger patienten den bästa och mest kostnadseffektiva vården. Den största svagheten är här bristen på konkretisering av hur ersättningssystemen ska utformas. Det framgår inte heller hur systemet ska kunna medge kostnadskontroll annat än genom att landstingen lägger ner verksamhet som idag bedrivs i offentlig regi. Utredningen redovisar endast en modell som, enligt Gotlands kommun, kan ha förutsättningar att kombinera en ökad etableringsmöjlighet med en integrering av de enskilda verksamheterna i det totala sjukvårdsutbudet inom landstinget samtidigt som en kostnadskontroll bibehålls. Denna regionala modell skulle innebära en möjlighet till omreglering av det föråldrade nationella lagstiftade systemet till något mer modernt, som kombinerar landstingens planerings- och finansieringsansvar med en möjlighet för vårdgivare att ansluta sig med rimligt goda villkor. Tyvärr stannar inte utredningen för att föreslå denna modell.

28. Gävle kommun ställer sig bakom utredningens mål med ökad mångfald. Ett problem är dock att utredningen saknar tillräckligt konkreta förslag om hur målen ska uppnås och att de styrmedel som anges framstår som alltför vaga och ofullständiga för att kunna främja målen. I själva verket kan de istället komma att motarbeta dem. Framför allt reagerar kommunen mot att det nya systemet försvårar kontrollen av att vårdresurserna styrs dit där de bäst behövs och att utredningen inte tillräckligt uppmärksammat att också kommunerna är en del av vårdsystemet och måste garanteras möjlighet till samverkan kring vårdtagarna med de nyetablerade verksamheterna.

31. Höganäs kommun instämmer i utredningens förslag. Avsikten är att tillvarata entreprenörskap och nytänkande och ge möjlighet till ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården vilket kommunen anser är intressant. Det skulle kunna innebära en etablering av vårdgivare som vänder sig till kommunens målgrupper och på så sätt gynna dem. Förslaget kan på så sätt påverka kommunens egen verksamhet, men det väsentliga är att förbättra och stärka patientens ställning.

34. Linköpings kommun ser positivt på utredningens förslag om ett nationellt system för regler avseende etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. Linköpings kommun delar även utredningens förslag om att införandet av ny lagstiftning som skall ersätta tidigare regler för etablering. Ur ett patientperspektiv är det också av stor vikt att informationsprocessen kring val av vårdutförare sker på ett tydligt sätt. Hur denna informationsprocess skall genomföras mer konkret beskrivs inte tillräckligt i utredningen. Många kommuner tillämpar idag val av olika vård och omsorgsaktörer inom den kommunala sektorn. Linköpings kommun vill därför även understryka att det är av värde att utredningen tar i beaktande hur samverkan kan ske mellan fler aktörer såsom kommun, landsting och privata utförare kring vårdvalsprocessen för att styrka patientperspektivet. Kommuner anser avslutningsvis att ett system som ger en jämförelsevis fri etablering för vårdgivare bör omfatta tydliga regler för uppföljning, helst med nationellt fastslagna kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav.

36. Malmö kommun avstyrker förslaget då ett ökat antal utförare kommer att innebära ytterligare kontrollfunktioner som kommer att öka administrationskostnaderna. Uppbyggnad av fler granskningsfunktioner kostar både tid och pengar. Nya kontroll- och myndighetsfunktioner behöver inrättas i förhållande till utförd vård. Det är svårt att se tydliga incitament som visar att detta förslag ger en mer jämlik vård för patienten. Därför är det inte försvarbart att öka de offentliga kostnaderna. Malmö stad menar att det är positivt att utvecklingen mot att stärka patientens ställning pågår samt att kunskapsstyrning, granskning och revision av medicinska kvaliteten ska ske på lika villkor för alla vårdgivare. Ett ökat antal vårdgivare kan dock innebära att det blir svårare för patienten att sortera och överblicka utbudet samt en ännu större risk för att samordningen mellan vårdgivare försvåras. Ytterligare patientstödande funktioner kan komma att behövas för att stödja och underlätta för patienten att välja och sortera i utbudet av vård.

38. Skara kommun ser positivt på de ökade förutsättningarna för innovationskraft och en större mångfald som ges genom förslaget. För patienten är fler valmöjligheter av vårdgivare positivt. En risk med utökad etableringsfrihet är dock att vårdgivare etablerar sig i större tätorter och inom specialiteter. För en relativt liten landsortskommun som Skara ser kommunen gärna att etablering utanför storstäderna premieras, så att möjligheten till val av specialistvård finns över hela landet. Kommunen vill också poängtera vikten av möjlighet till stöd i val av vårdgivare för dem som så önskar/behöver. Förslaget ska vidare inte medföra förskjut-

ning av ansvar mellan kommunen och primärvården. Kommunen som vårdgivare av hemsjukvård kan komma att påverkas när den fria etableringsrätten gäller och fler vårdgivare etablerar sig. Det är viktigt att följa denna utveckling noga. Det vore också önskvärt att de hälsofrämjande och förebyggande insatserna kunde premieras i samband med etableringarna.

40. Stockholms kommun anser att en etableringsplattform kan vara bra för en mer sammanhållen vårdprocess och för nytänkande inom sjukvården. Förslaget har, så vitt kommunen kan bedöma, inga konsekvenser för kommunen eller kommunens verksamhet.

41. Sundsvalls kommun anser att förslaget är bra om det nya systemet både leder till mångfald som kan komplettera slutenvård och primärvård samtidigt som de öppna verksamheterna verkligen integreras i samhällets hälso- och sjukvård.

43. Uppsala kommun ställer sig positiv till förslaget. Det föreslagna systemet ger förutsättningar för innovationskraft och en större mångfald av vårdgivare med möjlighet till utveckling, samt förstärker patientens möjligheter till val av vårdgivare. Uppsala kommun påpekar dock att frågan om patienter med sammansatta behov, vilket kräver teamarbete mellan de olika professioner, inte uppmärksammas i utredningen. Hur samverkan genom teamarbete ska gå till behöver förtydligas.

45. Vänersborgs kommun har inga erinringar mot ambitionen att underlätta för etablering av vårdgivare inom öppen specialistvård. Betänkandets uttalade målsättning, att via ersättningar premiera vårdens slutresultat snarare än enskilda vårdinsatser, är lovvärd men vagt beskrivet. Överhuvudtaget ges få konkreta förslag och bilder hur förslaget förväntas påverka vårdkvalitet, eftersträfvade innovativa organisationslösningar, intresse för etablering och kostnader.

Ur ett patientperspektiv är givetvis fler valmöjligheter en positiv faktor för dem som har möjlighet att själv välja vårdleverantör. Frågan är dock hur många nyetableringar som blir följderna av lagändringen, var dessa etableringar sker och inom vilka specialiteter. Några svar lämnar inte betänkandet på dessa frågor. Det är svårt att ha en bestämd uppfattning om nyttan av förslaget. Risken med utökad etableringsfrihet är ju att vårdgivare etablerar sig i större tätorter och inom specialiteter, där patienterna har god kunskap och betalningsförmåga, medan mindre orter och mindre attraktiva specialiteter inte berörs av förslaget.

46. Västerviks kommun förordar ökad mångfald vilket stimulerar till nytänkande och utveckling. Det är viktigt att det ersättningsystem som kommer att finnas möjliggör tid för samarbete mellan vårdgivaren och

t.ex. kommunen. I utredningen premieras en sammanhållen vårdprocess. För att få detta att fungera måste det finnas forum för att träffas så att man kan ta del av varandras nytänkande.

48. Åre kommun menar att förslaget måste vara anpassad till glesbygdsförhållanden.

49. Stockholms läns landsting anser att det är ett angeläget arbete att fortsätta utvecklingen mot att stärka patientens ställning, öka valfriheten samt att förbättra förutsättningarna för innovation och nytänkande. På samma sätt är det också viktigt att arbetet med att utveckla ersättningssystem som kopplas till sammanhållna vårdprocesser och goda resultat kan fortsätta. SLL saknar konkreta förslag från utredningen på utformning av de verktyg och styrmedel som krävs för att målen ska nås. En viktig faktor är ersättningsmodellerna, som också bör ge möjligheter till en god kostnadskontroll. Då styrmedlen inte är utvecklade finns det en risk att effekterna av utredningens förslag blir motsatta mot vad som avses. De problem som nuvarande taxsystem har med fragmentisering av vården, problem för landstingen att planera vården och brister i kostnadskontrollen riskerar, om styrmedlen saknas, att kvarstå. De vägar SLL valt för att öka mångfalden av vårdgivare ger möjligheter till att utveckla vården och öka patienternas påverkan på vården enligt utredningens syfte. Samtidigt har landstinget möjlighet att påverka vårdens innehåll, struktur och lokalisering. De mål utredningen har kan nås på andra sätt än dem utredningen föreslår, inte minst genom en utveckling av befintliga vårdvalsmodeller inom ramen för LOV.

50. Uppsala läns landsting tillstyrker principiellt förslaget om en ny etableringsplattform, även om förslaget delvis, enligt landstinget, inte är tillräckligt genomarbetat i alla delar. Landstinget är positivt till att stimulera mångfald, ökad patientfokus och innovationskraft inom den specialiserade öppenvården. Landstinget instämmer också med utredningens bedömning att det behövs ett styrsystem för framgångsrik samverkan och samordning, även om frågan om hur ett sådant system konkret ska utformas kvarstår. Landstinget delar vidare i allt väsentligt utredningens problembeskrivning och ställer sig positivt till målen med utredningens förslag. Däremot anser landstinget att det behövs fler konkreta förslag på utformningen av de verktyg och styrmedel som krävs för att nå målet om ett integrerat och gemensamt finansierat system. Den föreslagna statliga styrningen måste kombineras med landstingens ansvar för planering och kostnadskontroll.

51. Södermanlands läns landsting instämmer med SKL:s yttrande.

52. Östergötlands läns landsting menar att de problembeskrivningar och målbilder som utgör utredningens utgångspunkter beskriver dagens situation väl. Landstinget ställer sig dock avvisande till den föreslagna lösningen i form av ny etableringsplattform. Landstinget anser, i likhet med utredaren, att patientens valfrihet är viktig och att det även fortsättningsvis finns förutsättningar för att bedriva vård i annan driftsform än offentlig. Landstinget anser dock att utredarens förslag i allt för stor utsträckning fokuserar på specialiteter. Detta riskerar att förstärka en fragmentisering i vårdutbudet, vilket är motsatsen till utredningens syfte och inte ligger i linje med dagens utveckling mot en alltmer processororienterad vård. Landstinget anser också att förslaget innebär en kraftig inskränkning i den kommunala självstyrelsen som är svår att motivera. Eftersom det redan finns lagstiftning som reglerar etablering av privata vårdgivare anser landstinget att det inte finns någon anledning att införa ytterligare lagstiftning och avstyrker förslaget om lag om vårdgivaretablering, LOVE. Oavsett vilken lag som kommer att reglera etableringsmöjligheterna för vårdgivare är det avgörande att landstingen har möjlighet att påverka resursfördelningen och säkerställa en god kvalitet på vården. För att uppnå utredarens syfte utan att inskränka alltför mycket i det kommunala självstyret, föreslår landstinget att istället utveckla och bygga vidare på de möjligheter som finns genom LOU och LOV. T.ex. skulle LOU i större utsträckning kunna anpassas för vårdtjänster genom att höja tröskelvärdena för upphandling eftersom dagens nivåer innebär att det är svårt för mindre företagare att etablera sig vilket missgynnar tillväxten och mångfalden i branschen och således även patientens valfrihet. Staten skulle också med ekonomiska styrmedel kunna stödja landstingens utveckling av ersättningsmodeller som stödjer strävan mot en lägsta effektiva omhändertagande nivå (LEON) och ge förutsättningar för väl fungerande vårdprocesser. Detta skulle gynna patientens ställning samt minska risken för ytterligare fragmentisering. Rimligen borde det också i detta sammanhang ställas krav på beställaren att beakta alla möjliga alternativ till driftsformer för att tillse en effektiv resursfördelning och ett effektivt patientomhändertagande.

53. Jönköpings läns landsting instämmer med yttrandet från Östergötlands läns landsting.

54. Kronobergs läns landsting ställer sig positiva till de mål som föreslås i utredningen. Landstinget saknar dock konkreta förslag på utformningen av de verktyg, ersättningsmodeller och styrmedel som krävs för att målen ska nås. De mål utredningen har kan nås på andra sätt utan att förändra förutsättningarna för landstingen att självständigt ta sitt ansvar att planera och prioritera vården. Vårdval enligt LOV och upphandlingar

enligt LOU är tillräckliga verktyg för att t.ex. öka mångfalden. Om föreslagen etableringsfrihet införs är de ekonomiska konsekvenserna mycket svåra att förutse. Landstingets möjligheter till att styra och påverka strukturen av sjukvården minskar genom förslaget. Det kan också antas att viss överetablering av öppenvård kommer att uppstå i städerna till nackdel för mindre orter. Landstinget anser även att förslaget innebär ökade krav på vårdens informationssystem.

55. Kalmar läns landsting stödjer den målbild som utredningen formulerar men avvisar utredningens förslag. Betänkandet är i många delar otydligt skrivet, författningsförslaget överensstämmer inte alltid med formuleringarna i betänkandet i övrigt och det är svårt att se kopplingen mellan formulerade mål och lagda förslag.

56. Blekinge läns landsting avstyrker utredningens förslag i sin helhet. I en patientsäker, patientfokuserad och kostnadseffektiv vård är det av central betydelse att de olika vårdgivarna samverkar och säkerställer att vårdprocesserna är integrerade. Detta kan innebära att säkerställa att nationella riktlinjer följs, likaså läkemedelsrekommendationer, medicinska indikationer samt prioriteringar. Den modell som utredningen föreslår med ett nytt taxsystem och begränsade möjligheter för sjukvårdshuvudmannen att ta det ansvar som följer bl.a. av HSL § 3 och 7 innebär med stor sannolikhet motsatta effekter. Denna slutsats bygger landstinget på de mångåriga erfarenheter som finns utifrån befintliga system med nationella taxor. Landstinget har arbetat med LOU under flera år och med LOV under 2009/2010 för att – tillsammans med privata vårdgivare – skapa de sammanhållna vårdprocesser som landstinget strävar efter. Det är därför förvånande att utredningen föreslår ytterligare ett taxsystem i stället för att arbeta vidare med befintliga system, som enligt landstingets bedömning kan ge de effekter som utredaren eftersträvar.

57. Region Skåne ställer sig bakom utredarens målbild för svensk hälso- och sjukvård. Region Skåne avvisar samtidigt förslaget om en ny lag om vårdgivaretablering främst av det skälet att förslaget i alltför hög grad inskränker sjukvårdshuvudmännens möjligheter att planera och styra det utbud av specialiserad öppenvård i privat regi som de själva ska finansiera. Region Skåne anser också att stora delar av förslaget är alltför bristfälligt beskrivet och att innebörden av olika förslag är oklart. Föreslagen författningstext lämnar alltför stort utrymme åt tolkningar av vad som avses. Dessutom ser inte Region Skåne någon tillräckligt stark och övertygande koppling mellan förslaget och den målbild som utredaren ställer upp. Region Skåne har svårt att se att de nu aktuella förslaget skulle stärka patientens ställning, jämlikheten i vården eller drivkrafterna för mångfald och innovation. Region Skåne menar att förslaget i för hög

grad utgår från vårdproducenterna i stället för medborgarnas och patienternas behov. Region Skåne anser att LOU och LOV ger helt adekvata möjligheter för sjukvårdshuvudmännen att komplettera vård i egen regi med vård i alternativa driftsformer. Ytterligare en lagstiftning kommer bara att fragmentera och försvåra sammanhållningen av hälso- och sjukvårdens organisation och verksamhet.

58. Hallands läns landsting delar utredningens slutsats att en ökad valfrihet och ytterligare förbättrad tillgänglighet kan uppnås i den nära sjukvården genom en mångfald av vårdgivare med olika driftsformer som därutöver driver sin verksamhet med olika inriktningar. Trots att landstinget är överens med utredningens målbilder och problembeskrivningar avvisar landstinget förslaget om en ny särskild etableringsplattform. Landstinget är av uppfattningen att en utvidgning av valfrihetssystemet att även omfatta den specialiserade öppenvården, redan kan ske inom ramen för LOV. Genom att utvidga vårdvalet till successivt allt fler områden ger befintligt regelverk stöd för den mångfald, som utredaren ser som önskvärd. Att redan nu föreslå en ny etableringsplattform inom öppna specialiserade vården, utan att först utvärderat effekterna och avvägdat formerna för utveckling av valfrihetssystemet, bedömer landstinget som förhastat. Genom att tillämpa LOV, som grund för anslutning och etablering av alternativa driftsformer, bibehåller landstingen planeringsansvaret genom möjligheten att påverka villkor, innehåll och avgränsningar utifrån specifika behov på regional nivå. Likaså bedöms också möjligheten till volym- och kostnadskontroll, som ett led i att upprätthålla ett utbud motsvarande behoven, bättre i befintlig anslutningsform.

59. Västra Götalandsregionen delar utredningens syfte att stärka patientens ställning och öka mångfald samt integration i specialiserad öppenvård. Regionen anser också att den målbild som utredningen tagit fram stämmer väl överens med den viljeinriktning och det pågående arbete som finns inom Västra Götalandsregionen. Västra Götalandsregionen avvisar dock förslaget om en ny lagstiftning för vårdgivaretablering (LOVE). Västra Götalandsregionen anser att den föreslagna lagstiftningen inte behövs för att uppnå de ambitioner som finns i betänkandet. Snarare bedömer regionen att den i vissa delar riskerar att ge motsatt effekt. Förslaget riskerar att öka fragmenteringen inom av den öppna specialistvården och skapa en otrygghet bland befolkningen. Vårdutbudet kommer ständigt att förändras vilket kan leda till ökad frustration bland invånarna. Förslaget motverkar Västra Götalandsregionens arbete för att inom primärvårdens regi integrera fler specialiteter, utöver de inom allmänmedicin, för att samarbeta kring patienten i dess närområde. Förslaget är vidare i många stycken alltför generellt hållet eller ofullständigt, vilket gör det svårt eller till och med omöjligt att bedöma konse-

kvenserna för såväl patienter som verksamhet och finansiering. Förslaget inskränker dessutom på Västra Götalandsregionens ansvar för planering och styrning av den verksamhet som regionen är ålagd att finansiera. Parallella styrsystem medför oklarheter i ansvarsfrågan och bör i möjligaste mån undvikas. Regionen menar även att frågan om styrsystemets utformning belyses i alltför principiella termer vilket är en stor brist i utredningen. Västra Götalandsregionen anser att nuvarande ansvarsfördelning och den lagstiftning som finns inom området; LOU och LOV är tillräckligt för att utveckla hälso- och sjukvården i den riktning som anges i utredningen.

60. Värmlands läns landsting avvisar förslaget om etablering av vårdgivare.

61. Örebro läns landsting avstyrker förslaget om den nya anslutningsformen för privata vårdgivare, eftersom möjligheten försvåras att värna en behovs- och befolkningsinriktad hälso- och sjukvård. Landstinget menar att inslaget och formerna för privat landstingsfinansierad vård måste vara en fråga för landstingen att själva avgöra. Oavsett hur hälso- och sjukvården kommer att utvecklas i framtiden kommer de ekonomiska resurserna för att möta utvecklingen att vara begränsade. För att klara kommande åtaganden är det viktigt att landstingen själva råder över möjligheten till styrning, samverkan och kostnadskontroll. Slutbetänkandets problembeskrivning belyser flera angelägna områden. Men i den målbild som utredningen valt som utgångspunkt saknas viktiga begrepp som hur medborgarnas samlade behov av hälso- och sjukvård ska tillgodoses, hur sjukvårdens resurser kan nyttjas så effektivt som möjligt och hur vården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god kvalitet. De förslag som betänkandet sedan mynnar i är vidare dåligt genomarbetade och det är svårt att se kopplingen mellan redovisade brister och förslag till lösningar. Istället kan de möjligheter som står till buds idag utnyttjas för att utveckla utbud, effektivitet, kompetens kollegor emellan, styrmodeller och ersättningsprinciper samtidigt som landstinget kan behålla sitt totalansvar för befolkningen. Detta kan uppnås genom utvecklade och preciserade vårdöverenskommelser och fortsatt arbete med att omsätta nationella riktlinjer i en kunskapsstyrd vård. Den nuvarande lagstiftningen ger också landstingen de verktyg som behövs för områden där man önskar träffa avtal med privata utförare. Landstingets uppfattning är att inslaget av privat vård utgör ett gott komplement till den landstingsdrivna vården, men att betänkandets huvudalternativ kan äventyra landstingens befolkningsansvar, vårdens kvalitet och patientsäkerhet samt kravet på sammanhållna vårdprocesser.

62. Västmanlands läns landsting delar utredningens målsättning att stärka patientens ställning genom en ökad valfrihet samt att förutsättningarna

för nytänkande, samordning, mångfald och entreprenörskap förstärks. Landstinget menar dock att förslaget är otydligt och att det saknas konsekvensbeskrivningar. Landstinget anser inte att det lagda förslaget på ett övertygande sätt kan lösa de problem med dagens system som utredningen beskriver. Tvärtom anser landstinget att befintliga regelverk, LOU och LOV, väl räcker för att uppnå samordning, mångfald och nytänkande samt för att tillvarata och stärka patientens ställning. Förslaget innebär en risk för ökad fragmentering samt att en etablering låser för ytterligare innovationer inom samma och närliggande områden. Utredningens förslag kan vidare innebära en ojämlig vård eftersom viljan att etablera sig i olika geografiska områden respektive inom olika delspecialiteter kan variera utan att landstinget kan påverka förhållandet.

63. Dalarnas läns landsting avstyrker förslaget om ny vårdgivaretablering. Landstinget menar ett etableringssystem inom den öppna vården utanför primärvården i vissa avseenden kan stärka den individuella patientens ställning. Landstinget bedömer dock att utredningens förslag är ogenomtänkt, ofärdigt och olämpligt. Kopplingen är svag mellan redovisade brister i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och förslag till lösningar. Förslaget innebär ökad styrning utifrån efterfrågan och konsumtion och det har alltför stort producentfokus. Landstingens möjligheter att värna en behovs- och befolkningsinriktad hälso- och sjukvård minskar med förslaget. Likaså minskar möjligheten till sammanhållna vårdprocesser. Förslaget innebär en uppenbar risk för ökad fragmentering. Förslaget är kostnadsdrivande, försvårar för landstingen att kunna kontrollera den totala kostnaden och är negativt för den kommunala självstyrelsen. Konsekvenserna för landsting i glesbygd blir också mer negativa än för storstadslandsting. Erfarenheten tyder på att utbudet styr konsumtion och att många vill etablera sig i storstadsregionerna. Landstinget Dalarna ser hellre en utveckling av systemen med LOU och LOV än det föreslagna systemet.

64. Gävleborgs läns landsting avstyrker förslaget om ny form för vårdgivaretablering. Landstinget ser positivt på och instämmer i huvudsak med de mål som utredningen vill uppnå med sitt arbete, men bedömer att de förslag som utredningen lämnar inte skapar förutsättningar för att uppfylla dessa mål. Bristen på effektiva styrmedel skapar en uppenbar risk för att de problem som nuvarande taxsystem har med fragmentisering av vården, problemen för landstingen att planera vården samt brister i kostnadskontrollen kommer att kvarstå om styrmedel saknas. Landstinget anser att inslag av privat vård är ett värdefullt komplement till den landstingsdrivna verksamheten, men menar att det regelverk som huvudbetänkandet föreslår kan komma att äventyra förmågan att planera för den samlade hälso- och sjukvården och att ha kostnadskontroll. De

verktyg som redan finns i form av vårdval enligt LOV och upphandling enligt LOU ger landstingen möjlighet att skapa den mångfald och det utvecklingsklimat som efterfrågas. Detta kombinerat med en högre grad av frihet att utforma styrmodeller anpassade för de regionala förutsättningarna och möjlighet till kostnadskontroll.

65. Västernorrlands läns landsting avvisar helt utredarens förslag om regler för etablering av vårdgivare. Landstinget anser att landstingen ska ha kvar det fulla ansvaret att planera omfattning och inriktning av hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov och resurser. Landstinget instämmer i utredarens utgångsläge att patientens ställning och möjlighet att påverka är viktig att säkerställa i en allt mer komplex hälso- och sjukvård som också är i ständig utveckling genom ny medicinsk teknologi. Att utredaren utifrån detta föreslår att införa en friare etableringsrätt som leder till ytterligare fragmentering av vårdutbudet anser inte landstinget vara till gagn för patienten. Det totala behovet av öppen specialistvård är även i utredarens förslag volymmässigt detsamma varför en ökad splittring bör bli den enda effekten. De behandlingslinjer som nu utvecklas för primärvården, sjukhusens kliniker samt enheterna för medicinsk service för att säkerställa vårdkedjorna mot en samlad behandling för den enskilde patienten och dess behov leder till en ökad tillgänglighet och ökad effektivitet. Dessa behandlingslinjer blir svårare att klara av med en mer fragmenterad öppenvårdsmottagningsverksamhet. För att klara denna utveckling är inte minst en nära samverkan med de medicinska serviceenheterna inom sjukhuset mycket betydelsefull. Landstinget ser hellre en lösning som innebär en koncentration av den lagstiftning som reglerar hälso- och sjukvårdens upphandlingar.

66. Jämtlands läns landsting avvisar utredningsförslaget som har konsekvenser för landstingets självbestämmande – såväl finansiellt som planeringsmässigt. Landstinget är i grunden positivt till mångfald i hälso- och sjukvården och till patienternas inflytande över vården. Någon möjlighet för landstinget att påverka verksamheten efter att etablering skett finns dock inte. Landstinget råder då endast över den egna verksamheten och det är den som måste anpassas även om det därigenom leder till att hälso- och sjukvården inte tillgodoser befolkningens behov optimalt utifrån befintliga resurser. Vidare finns inte möjlighet att minska eller avveckla sådan verksamhet. Förslaget är mer inriktat på att öppna upp för en mångfald av vårdgivare än för att tillgodose patienternas behov.

67. Västerbottens läns landsting avvisar utredningsförslaget. Detta i första hand med hänvisning till huvudmännens finansierings- och planeringsansvar. I andra hand därför att förslaget inte i några väsentliga delar är ägnat att lösa de problem utredningen själv ställt upp. Utredningens målbild

för hälso- och sjukvården saknar väsentliga beståndsdelar. Den återspeglar exempelvis inte vare sig kraven i HSL på att vård ska ges efter behov och på att ledningsorganisationen ska underlätta kostnadseffektivitet eller Socialstyrelsens kriterier för God Vård.

68. Norrbottens läns landsting avvisar kategoriskt förslaget om regler för etablering av vårdgivare. Den allvarligaste invändningen är att förslagen kommer att leda till en ökad fragmentisering av vården, tvärtemot vad utredningen har som ambition att uppnå. Förslagen kommer att leda till ökade svårigheter att utveckla sammanhållna vårdprocesser och riskerar även att påverka patientsäkerheten negativt. Landstinget anser också att förslaget inskränker den kommunala självstyrelsen. Införandet av en ny lag avseende etablering av offentligt finansierade privata vårdgivare (LOVE) för att ersätta det nuvarande taxsystemet är omotiverat när upphandlingsformerna enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och lagen om valfrihetssystem (LOV) redan finns. Utredningen är dock, enligt landstingets mening, otydligt skriven, de enskilda förslagen och den föreslagna författningstexten överensstämmer inte helt varför landstinget finner det svårt att yttra sig om enskilda delar av förslaget.

69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) avstyrker utredningens förslag. I den mån beslutsfattarna trots detta vill fortsätta förändra vården i enlighet med utredningens grundidéer förordar TCO att utredningen får i uppdrag att komplettera sitt arbete och ta fram analyser som visar konsekvenserna - för vården, för kostnadsutvecklingen och för olika patientgrupper - av de olika förslagen. TCO föreslår att ett sådant förslag då också tydligt ska omfatta andra yrkesgrupper inom vården, exempelvis sjuksköterskor, barnmorskor och biomedicinska analytiker. TCO tycker också det är anmärkningsvärt att patienterna är fullständigt frånvarande i en utredning som ändå ingår som en del i arbetet med att stärka patientens rätt. Patientperspektivet saknas både när det gäller beskrivningen av förslagen, och av dess tänkbara konsekvenser. TCO konstaterar att gällande tjänstekoncessioner så hänvisar utredningen till EG-domstolens dom C-300/07 och redogör ytterst kortfattat för domstolens överväganden. Utredningen menar att domstolen anser att klassificeringen av ett kontrakt beror på omständigheterna i det enskilda fallet. Centralt är dock att leverantören ska stå för den övervägande risken. Om detta krav kan anses vara uppfyllt med utredningens förslag är oklart.

72. Svenska Kommunalarbetsförbundet avstyrker utredningens förslag.

73. Sveriges Kommunaltjänstemannaförbundet (SKTF) ställer sig bakom den målbild som utredningen har formulerat. Förbundet vill också sär-

skilt understryka betydelsen av att nya verksamhetsidéer stimuleras för att bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården. I detta sammanhang vill SKTF särskilt påpeka vikten av att vårdgivarna tar till vara de anställdas initiativkraft genom en öppenhet för förslag från enskilda och en fungerande samverkan med de fackliga organisationerna.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) avstyrker förslaget i sin helhet. SKL håller med om att det är viktigt att fortsätta utvecklingen mot att stärka patientens ställning, öka valfriheten samt att förbättra förutsättningarna för innovation och nytänkande. Det är också angeläget att fortsätta arbetet med att utveckla ersättningssystem som kopplas till sammanhållna vårdprocesser och goda resultat. SKL anser inte att förslaget, som är otydligt och saknar nödvändiga analyser, tillräckligt visar på att det kan bidra till att lösa de problem som utredningen lyfter fram. Tvärtom riskerar det att försämra förutsättningarna för sammanhållna processer, patientfokuserad, jämlik, säker och effektiv vård. Även totalkostnadskontrollen äventyras i det fall förslaget genomförs. SKL anser dessutom att förslaget innebär att landstingens möjligheter att planera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov och utifrån lokala förhållanden begränsas väsentligt. En stor del av planeringen förs över till statliga myndigheter och till enskilda vårdgivare, vilket innebär en fragmentering även i styrningen av hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund menar SKL att det finns behov av vidare utredning innan ett nytt system införs. SKL anser att ökad samordning, mångfald och nytänkande istället kan uppnås inom ramen för befintliga regelverk såsom lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV). Det finns sannolikt ytterligare potential i användningen av LOV, då denna lagstiftning är relativt ny. Det finns även åtgärder som inte är av lagteknisk karaktär och som kan bidra till att lösa vissa av de problem som utredningen beskriver. Förbundet anser exempelvis att det är nödvändigt att fortsätta stärka patientens ställning och att utveckla valfrihet, informationsförsörjning, tillgänglighet, öppna jämförelser, beskrivnings- och ersättningssystem, samt beställarkompetens inom hälso- och sjukvården.

75. Sveriges läkarförbund tillstyrker förslaget om en nationell etableringsplattform och att denna ska regleras i en ny lag. Sveriges läkarförbund anser att utredningens ambition är lovvärd och att förslagen innehåller spännande och innovativa inslag. Samtidigt anser förbundet att den föreslagna modellen är felbalanserad och ofärdig. Sjukvårdshuvudmännen ges ett för stort utrymme att forma regelverk kring etablering och att till och med säga nej. Den expansion av öppenvården och mångfald i vårdutbudet som åsyftas kommer därmed aldrig att förverkligas. Samma gäller för utredningens strävan att med LOVE ge patienten vård inom

samma regelverk över hela landet. Reglerna för öppenvården lär komma att se helt olika ut i olika landsting och regioner. Därutöver finns en rad oklarheter i förslagen och det saknas många gånger en analys av de praktiska konsekvenserna. Läkarförbundet saknar också tydliga skrivningar kring primärvård kontra övrig specialiserad öppenvård. Ur ett patientperspektiv är det viktigt att gränsdragningarna i de medicinska och organisatoriska åtagandena i den öppna vården beskrivs tydligare. Därutöver saknar förbundet skrivningar om hur utbildningen av läkare på olika nivåer ska säkras när allt fler verksamheter drivs i privat regi.

Enligt förbundet bör Socialdepartementet snarast tillsätta en mindre arbetsgrupp med representanter för relevanta yrkesgrupper, patienter, vårdföretagare och huvudmän. Uppdraget ska vara att med betänkandet som grund lösa de återstående knutarna med sikte på en fungerande ersättningsmodell som kan träda ikraft tidigast 2013. Tills ett ordentligt och väl genomarbetat system finns på plats ska nuvarande ersättningssystem gälla.

76. Svenska Privatläkarföreningen stödjer en nationell reglering med regional dimensionering och en lokal anpassning, men systemet måste för att vara trovärdigt och funktionellt, ha regler, mål och ersättningar som är rimliga, stabila och konkurrensneutrala. Det går dessvärre inte att utläsa ur nuvarande förslag. Det är för vagt och ger delvis motstridiga budskap. Utredningen uttalar en förhoppning om att det föreslagna ersättningsystemet ska befrämja innovation och idékraft, stimulera till nya verksamhetsidéer och förändrad organisation till nytta för patienterna. Här bortser man helt ifrån den potentiella makt man givit till landstingen att ensidigt utarbeta villkor för olika vårdverksamheter. Vår uppfattning är dessvärre att utredningens förslag trots sitt uppdrag inte kommer att leda till ökad kreativitet och nytänkande och inte heller till nya etableringar med en ökad mångfald inom vården.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) delar i huvudsak utredningens problembild och kan i stora delar ställa sig bakom den modell som lyfts fram i betänkandet. Förslaget stimulerar och underlättar för patienternas rätt till en god sammanhållen vård.

Staten har ett samordningsansvar att garantera att specialiserad öppenvård är tillgänglig på lika villkor i hela landet. Det förslag som regeringen väljer att gå vidare med utifrån betänkandet, måste ha en bred förankring hos alla berörda parter. I annat fall kommer enskilda företagare att få försvårade förutsättningar att planera vilket i förlängningen drabbar redan utsatta patienter. Det är även viktigt att understryka att det entreprenöriella aldrig får inverka menligt på vårdkvaliteten. Enligt LSR kommer varken detta betänkande eller tidigare förslag från utredningen att leda till att patienters rätt ställs i fokus för svensk hälso- och sjukvård.

För det krävs ett betydligt mer omfattande och fortlöpande arbete, i stort och smått och på alla samhällsnivåer. Grundläggande är dock att de uppföljningssystem som finns, och är under uppbyggnad, mäter verksamheten inom hälso- och sjukvårdens alla områden samt är väl förankrade i kunskapsutvecklingen.

78. Sveriges Psykologförbund välkomnar utredningens förslag till nationell etableringsplattform för verksamhet med offentlig ersättning inom den öppna hälso- och sjukvården och att de enskilda vårdgivarna ges samma möjlighet till etablering, som idag är förbehållet läkare och sjukgymnaster. Psykologförbundet hyser stora förhoppningar till att utredningens förslag om ny lag om vårdgivaretablering kommer att göra det möjligt för privata psykologer att i större utsträckning kunna ge patienter psykologisk behandling inom ramen för den offentligt finansierade vården. Idag är möjligheterna till etablering för andra yrkesgrupper än läkare och sjukgymnaster olika beroende på var i landet man är verksam. Det saknas gemensamma riktlinjer för hur landstingen ska upphandla och teckna vårdavtal med enskilda vårdgivare. Detta har fått till följd att det skapats ett stort antal sinsemellan olika system vilket i sin tur medfört skilda förutsättningar för befolkningens tillgång till vård i olika delar av landet. Detta är inte tillfredsställande, framförallt inte i ett patientperspektiv, men inte heller för de enskilda vårdgivarna.

79. Vårdförbundet anser att utredningens grundläggande intentioner är bra. Vården ska kunna erbjuda en mångfald av vårdgivare och vård att välja mellan. Det är först då som vårdragaren får den stärkta ställning som eftersträvs. De som har ansvaret att beställa vård måste också kunna ställa krav på samverkan mellan olika vårdgivare. Vårdförbundet avstyrker dock förslaget med motiveringen att LOVE snarare bidrar till ett konserverande av ett traditionellt system. Den önskade innovations- och utvecklingskraften uteblir. Förslaget kommer inte heller att förbättra de samverkansformer som efterlysts mellan primärvården och de som etablerar verksamhet enligt LOVE. Vårdförbundet anser att en utvecklad tillämpning av LOV skulle kunna medföra fler möjligheter till mångfald och småföretagande jämfört med utredningens förslag. Det skulle också sannolikt vara enklare för landstingen att successivt bredda vårdvalet till att omfatta mer av den specialiserade öppna vården. Det skulle troligen väsentligen också förenkla kostnadskontrollen. Vårdförbundet tycker även att det är anmärkningsvärt att patientperspektivet är så frånvarande i en utredning som ingår som en del i arbetet med att stärka patientens rätt. Patientperspektivet saknas både när det gäller beskrivningen av förslagen och av dess tänkbara konsekvenser. I den mån beslutsfattarna trots detta vill fortsätta att förändra vården i enlighet med utredningens grundläggande idéer anser Vårdförbundet att utredningen bör få i upp-

drag att komplettera sitt arbete. Vårdförbundet tycker att ett sådant arbete tydligare måste omfatta andra yrkesgrupper inom vården, exempelvis barnmorskor, biomedicinska analytiker, röntgensjuksköterskor och sjuksköterskor.

Vårdförbundet menar vidare att den av utredningen beskrivna innovationscykeln som avser samspillet mellan hälso- och sjukvårdens olika aktörer och en nationell plattform är bra. Vårdförbundet anser dock att den sannolikt inte kommer att fungera i praktiken i kombination med det nu föreslagna regelverket. En av vårdens största utmaningar är att få vårdprocessen för vårddagarna att fungera. Vårdförbundet anser att vårdens styrsystem måste utformas utifrån befolkningens behov. Detta kräver att samtliga discipliner i vården samverkar och bidrar till kunskaps-spridning. Dagens styrsystem motverkar en helhetssyn och stödjer en verksamhet som bygger på uppdelning, sektorisering och fragmentisering. Vårdförbundet anser att en av de största utmaningarna i vården står inför är att få vårdprocessen för vårddagarna att fungera. För detta krävs fler åtgärder än enbart en förändring av ersättningssystemen för att påverka utvecklingen i vården.

80. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) avstyrker utredningens förslag. SSF menar att utredningens antaganden, att förslaget skapar bättre förutsättningar för ökad integration mellan olika privata och offentliga vårdgivare, möjliggör en kvalitets- och kostnadskontroll samt främjar en jämlik vård, inte beläggs i utredningen. Förslagen är också ofullständigt utvecklade. Förslaget innebär att landstingens rätt att besluta om var den specialiserade öppenvården ska lokaliseras och vilken vård som ska bedrivas kraftigt begränsas. Förslaget kommer även att försvåra landstingens möjlighet att styra akutsjukhusens utbud av vård. Utredningen saknar vidare analyser ur ett patientperspektiv. Förslaget utgår från ett förstärkt producentperspektiv där risken är att den vård som produceras styr vilken vård som erbjuds och konsumeras istället för en behovsstyrd vård. En lagstiftning om fri etableringsrätt av privata specialister i öppenvården riskerar att gynna en utveckling mot efterfrågestyrd vård istället för en vård som styrs av behov. Personer med stora vårdbehov men med en svag ställning kan missgynnas i en vård styrd av efterfrågan och detta kan leda till att vård på olika villkor ökar. Dagens skattefinansierade privata specialistetableringar visar att intresset för att etablera sig i städer, och i väletablerade områden, är större än i glesbygd och förorter med sociala och ekonomiska problem. Dessa erfarenheter talar för att utredningens förslag om rätt till fri etablering av den specialiserade öppenvården kommer att öka problemen med ojämlik vård och tillgången till vård.

82. Svensk Barnmorskeförening anser att förslaget sannolikt inte kommer leda till den mångfald, utveckling och förnyelse som eftersträvas. I de vårdvalssystem där hälsa och preventivt arbete ingår finns begränsade möjligheter att etablera verksamhet utanför primärvården. Föreningen anser inte heller att det är troligt att förslaget kommer att förbättra brister i de samverkansformer mellan primärvården och de som bedrivit verksamheter enligt LOL och LOS. Det krävs fler åtgärder än enbart förändring av ersättningssystemet för att påverka utvecklingen i vården. Svensk Barnmorskeförening anser att en sammanslagning av den öppna vården och primärvården i ett gemensamt system vore en bättre lösning än LOVE. Utredningen har föreslagit att LOVE i ett första steg ska gälla för sjukgymnaster och läkare som i dag bedriver verksamhet enligt LOS och LOL. Föreningen anser dock att om förslaget genomförs bör det gälla för alla tilltänkta yrkesgrupper med omedelbar verkan.

87. Pensionärernas Riksorganisation (PRO) avstyrker utredningens förslag i sin helhet. PRO ser det som föga troligt att utredningens förslag i nämnvärd omfattning skulle leda till bättre information och bättre kommunikation mellan vårdgivarna. PRO menar också att risken med utredningens förslag är att det leder till fragmentisering av såväl vården som dokumentationen kring vårddagaren, tvärtemot det man i utredningen vill eftersträva. Förslagen känns som konstruerade lösningar till försvar för just fri etableringsrätt utan större påverkansmöjlighet från samhällets sida. PRO anser vidare att en fri etableringsrätt med ekonomisk garanti från samhället leder till urgröpning av ekonomin för den samlade vården. PRO delar dock utredningens uppfattning om nödvändigheten att fortsätta stärka patientens ställning, genom att ge möjlighet till enskilda att välja utifrån egna behov och förutsättningar. Det är också viktigt att utveckling och innovativa lösningar, byggda på vetenskap och beprövad erfarenhet, får utrymme inom vårdens ansvarsområden till gagn för såväl den enskilde patienten som sjukvården i stort. PRO anser att de förslagen till utveckling av verksamhet och mångfald av vårdgivare väl ryms inom LOU och LOV. Låt oss se vad dessa lagar kan utvecklas till, istället för att tillföra ytterligare lagar i samma anda men med en ny byråkrati. Att dagens lagar om etablering för öppen specialistvård är begränsande delar PRO, men det innebär inte per automatik att det blir bättre med LOVE och ny administration.

88. Sveriges Pensionärsförbund (SPF) tillstyrker förslaget. Enligt SPF innebär förslaget en betydligt utökad möjlighet att erbjuda tillgänglighet, valfrihet och utökad kompetens, faktorer som för närvarande utgör ett problem på många håll för stora patientgrupper inte minst för de grupper som SPF företräder. SPF går inte in i detaljer på förslaget som synes väl genomarbetat men betonar här vikten av att samordningen mellan de

olika vårdgivarna och landstingen ständigt följs upp liksom att kompetensen hos de olika vårdgivarna kontinuerligt överses.

89. Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF) tillstyrker att en ny lag om vårdgivaretablering (LOVE) införs till 1 januari 2011 under förutsättning att lagen tillämpas på lika villkor oavsett var i landet verksamheten ska bedrivas.

90. Reumatikerförbundet tycker att utgångspunkten i utredningen om en jämlik, säker och patientfokuserad vård, och att få till stånd sammanhållna vårdprocesser, är bra. Huvudfokus måste vara en starkare ställning för patienten och en ökad tillgänglighet. Reumatikerförbundet har i stort ansett att vårdval kan vara en bra väg att gå för att ge patienterna större inflytande och tillgänglighet. Det förbundet har påpekat när det gäller vårdval är behovet av ett fungerande ersättningsystem som understödjer vård efter behov. Mångfald i vården är positivt men det innebär inte bara ett val av olika driftsformer utan innehållet mellan olika verksamhetsutövare måste också kunna variera. Reumatikerförbundet beklagar dock att slutbetänkandet, men även övriga delar i utredningen "Patientens rätt" haft för mycket fokus på producenternas villkor och deras möjligheter att kunna etablera sig med en offentlig finansiering. Utredningen borde ha tagit avstamp i hur man skapar ett sjukvårdssystem som ökar patientens ställning, ger en säker och effektiv vård som fördelas efter patienternas behov.

91. Svenska Diabetesförbundet anser att förslaget ger en möjlighet till att stimulera nya verksamhetsidéer vilket för förbundets medlemmar är en viktig aspekt på hur man kan förändra den öppna vården så den i framtiden kan ge en vård med patienten i fokus. Man kommer att inom den öppna vården ha möjlighet att söka en specialiserad vård med alla de olika kompetenser som behövs för att kunna ge en diabetesvård med hög kvalitet. Förbundet ser det som mycket positivt att man genom den nya anslutningsformen kan tillvarata entreprenörskap och nytänkande vilket kommer att stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom den öppna vården. Svenska Diabetesförbundet anser också att förslagen är utformade så att de ger förutsättningar för att, i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem, ge en ökad integration med olika vårdgivare. Förbundet anser vidare att genom att olika verksamheter inom vårdområdet kommer att finnas inom den nya nationella etableringsplattformen och att sammanhållna vårdprocesser premieras skapas möjlighet till en mer patientfokuserad och lättillgänglig vård för personer med diabetes.

93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) anser att utredningen tar upp viktiga frågor. RSMH har dock svårt att se hur förslaget

ska kunna bidra till en utveckling mot en bättre ställning för patienten, ökad valfrihet, tillgänglighet och mångfald av vårdgivare samt sammanhängande vårdprocesser med bättre samverkan mellan vårdgivare. RSMH:s erfarenheter av de konsekvenser andra valfrihetsreformer (LOU och LOV) hittills har haft på deras intressegrupper tyder tvärt om på att de fått försämringar. Den enkla parollen att patienter ska ”rösta med fötterna” har inte fungerat som en kvalitetsutvecklande och effektiviserande mekanism. En bidragande faktor till detta är att man, enligt RSMH, som vårdkonsument har små möjligheter att bedöma och jämföra olika vårdgivares utbud av insatser och dess kvalitet. Än mindre är konsumentens möjlighet att bedöma om det man får är prisvärt. Patienten som konsument har en svagare och mer utsatt ställning inom vården än konsumenter på sedvanliga marknader och medicinska ställningstaganden och effekten av erbjuden vård är svår att bedöma ur ett patientperspektiv. Detta gäller all hälso- och sjukvård men i synnerhet inom det psykiatriska vårdområdet. RSMH ställer sig också tveksamma till att privat etablering kommer att gagna tanken om vård på lika villkor då det finns en uppenbar risk att nya etableringar centreras till befolkningstäta områden. Etableringar kommer att ske där det är lönsammast inte där de största behoven finns. När man inför valfrihetssystem inom hälso- och sjukvården behövs därför en betydligt mer omfattande reglering, tillsyn och uppföljning än att de sedvanliga marknadsmekanismerna. RSMH finner det anmärkningsvärt att utredningen föreslår ytterligare en reform utan att ha bättre på fötterna. När det gäller vård och omsorg talas det ofta om att alla insatser måste vara evidensbaserade – det vill säga visat sig ha fungerat och vila på vetenskaplig grund. Samma krav borde gälla för genomgripande organisationsförändringar.

95. Vårdföretagarna är i stora delar positiva till inriktningen i utredningens förslag. Vårdföretagarna anser att ett system motsvarande det som föreslås skulle kunna stimulera mångfald och utveckling och därmed kvalitet och effektivitet inom den öppna specialistvården, och på sikt även inom andra områden. Förslaget är ett steg i rätt riktning för att stärka patientens ställning och möjligheter att påverka den egna vården genom ökade möjligheter att välja vårdgivare. Därmed ökar också allmänhetens förtroende för den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det är vidare ur privata vårdgivares perspektiv viktigt med tydliga förutsättningar för kontinuitet i vårdkontakten och goda villkor för företagande genom stabila och förutsägbara spelregler. Därför är ett nationellt initiativ med enhetliga spelregler framför 21 olika system positivt. Vårdföretagarna ser dock inga fördelar i att förslaget begränsas till att omfatta endast 10 miljarder av sjukvårdens kostnad på drygt 300 miljarder kronor per år. Tvärtom finns goda förutsättningar till att dra fördelar av att flytta ut öppenvårdsverksamhet från Sveriges sjukhus till entrepre-

nörer inom den öppna specialistvården. Det är oklokt att undanta den öppna specialistvården vid våra sjukhus från att verka under konkurrensneutrala villkor.

97. Praktikertjänst AB är övervägande positiva till förslaget med en nationell reglering och enhetlighet för etablering av en mångfald av specialistverksamheter i öppenvård. Det är utmärkt att etablering enligt denna lag ska verka på samma villkor och konkurrensneutralt med landstingets verksamheter, men Praktikertjänst menar att detta måste omfatta även den öppna specialistvården vid sjukhus. Det är viktigt med tydliga förutsättningar för kontinuitet i vårdkontakten och goda villkor för företagande genom stabila och förutsägbara spelregler. Därför är ett nationellt initiativ med enhetliga spelregler framför 21 olika system, ett för varje ny specialitet i varje landsting nödvändigt. Framtidens interaktiva samhälle ställer krav på samordnad kommunikation med gemensam IT standard över hela landet.

99. Aleris AB delar utredningens grundläggande synsätt och förslag. Efter att ha verkat i denna del av vården under många år är Aleris erfarenhet att om mångfalden i vården stimuleras, skapas ett omvandlings- och utvecklingstryck till gagn för patienterna, finansierarna och vårdgivarna. Utredningens förslag är också utformade så att det ges bättre förutsättningar för en ökad integration så att olika vårdgivare, oavsett driftform, kan verka i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem, vilket Aleris också anser vara mycket angeläget.

100. Läkemedelsindustriföreningen (LIF) stödjer utredningens intentioner att genom införandet av LOVE underlätta för vårdgivare med offentlig finansiering. Lagreglering skapar en stadga i arbetet och i relationerna i och med att det ålägger både vårdgivare och landsting tydligare roller och ansvar, t.ex. när det gäller systematiskt förbättringsarbete för att säkerställa hög kvalitet och kontinuerlig utveckling av vården. LIF välkomnar också förslaget till målbild för vårdens organisering och anser att det kan tjäna som utgångspunkt för en fördjupad analys av hur sjukvården i framtiden ska se ut och vilka komponenter som behövs för att vården ska kunna leverera den goda kvalitet som krävs och förväntas. LIF ser, liksom utredningen, tydliga fördelar med ett nationellt sammanhållet system för verksamheter som ersätts med offentliga medel, såväl inom den öppna specialistsjukvården som inom andra delar av hälso- och sjukvården. Det skapar ökad tydlighet och är därigenom till fördel för såväl medborgarna/patienterna som vårdgivarna. Det är dessutom en viktig pusselbit i att försöka säkerställa att alla i Sverige erbjuds likvärdig vård oavsett var i landet hon eller han bor. LIF ser också detta som ett steg på vägen mot att alla insatser inom hälso- och sjukvården ska bedö-

mas på likartat sätt och utifrån deras effekter på hälsan i samhället. LIF ifrågasätter emellertid om förslagen är tillräckliga för att tillförsäkra patienterna en god hälso- och sjukvård på lika villkor. Sverige kommer, även efter det att utredningens förslag genomförts, att utmärka sig som ett land i vilket medborgarna/patienterna har en svagare ställning inom hälso- och sjukvården än i de flesta andra jämförbara länder. LIF anser att ett betydligt starkare lagskydd för patienterna behövs för att ta viktiga steg mot ett reellt stärkt patientinflytande. LIF anser också att det krävs omedelbara och kraftfulla åtgärder för att säkerställa att information som beskriver tidigare patienters upplevelser av vården (t.ex. baserat på patientenkäter om bemötande, nöjdhet etc.) och – inte minst – vårdenheternas medicinska resultat, snarast görs tillgänglig för att möjliggöra patienternas informerade val av vårdgivare.

101. Stiftelsen Den Nya Valfärden tillstyrker i väsentliga delar utredarens förslag. Stiftelsen Den Nya Valfärden delar utredarens analys att regelverket kring etablering inom den specialiserade öppenvården bör reformeras och vill särskilt understryka att nuvarande system med de s.k. ersättningslagarna, LOL och LOS, riskerar att allvarligt snedvrída konkurrensen samt att nuvarande tillämpning av dessa förmodligen strider mot central EU-rätt. För att undvika fragmentisering av lagstiftning förordar stiftelsen att den föreslagna regleringen inarbetas i LOV.

103. Svensk förening för allmänmedicin kan inte tillstyrka förslaget som det är utformat. SFAM är i grunden positivt inställd till etablering av organspecialister i den öppna närsjukvården. SFAM anser även att förslaget och regler för etablering av vårdgivare, så väl läkare som andra legitimerade yrkesutövare inom hälso- och sjukvården, har fördelar gentemot nuvarande modell och gentemot de två alternativ som diskuteras i utredningen. Förslaget om reglering är dock alltför otydligt formulerat för att åstadkomma det som utredningen tänker sig och det saknas konsekvensanalyser både ur ekonomiska och strukturella perspektiv. SFAM ifrågasätter också om förslaget stärker alla patienters rätt. De patienter som har försämrade autonomi, främst äldre och multisjuka, behöver i första hand en läkare med generalistkompetens som kan tillgodose patientens alla medicinska behov, om än med assistans av övriga specialister. Risken är att patienter med mindre medicinska behov, men med en högre grad av autonomi och egen kunskap, får en ökad tillgång till sjukvård. Detta riskerar antingen leda till väsentlig ökade kostnader eller till att prioriteringsreglerna åsidosätts. SFAM anser dessutom att en alltför fri etablering riskerar att göra sjukvården än mer ojämlig i form av en överetablering i förhållande till medicinska behov i tillväxtregioner, medan etableringar inte kommer att tillföras i samma grad i glesbygd och avfolkningsregioner. SFAM konstaterar vidare att utredningens förslag inte ger

möjlighet för specialister i allmänmedicin att etablera sig enligt den nya lagen. SFAM kan inte acceptera att den största specialiteten ställs utanför och i praktiken hänvisas till landstingens vårdvalssystem. Det är viktigt att en etablering för läkare oavsett specialitet harmonierar med vårdvalsmodellen i de olika landstingen. Det är med övertygande evidens klarlagt att allmänläkarkompetens i första linjens sjukvård ger en bättre, billigare och mer jämlik vård. Många studier som har utförts inom både industriländer och utvecklingsländer, visar att områden med bättre primärvård har bättre resultat på hälsoområdet.

104. Gemensam Velfärd Stockholm anser att utredningens förslag är otydliga, ofullständiga och saknar konsekvensanalys. Utredningen hävdar att dess förslag kommer att ge bättre förutsättningar för en ökad integration mellan olika privata och offentliga vårdgivare, möjliggöra en kvalitets- och kostnadskontroll samt främja en mer jämlik vård. Utredningen påstår även att dess förslag understryker landstingens ansvar för att planera vården från befolkningens behov och att prioritera så att resurserna används så effektivt som möjligt. Inga av dessa påstående be-läggs i utredningen enligt *Gemensam Velfärd Stockholm*. Utredningens förslag stärker inte patientens ställning i vården och det saknas analyser från ett patientperspektiv. Utredningens förslag är mycket otydliga, ofullständigt utvecklade och saknar analyser. På ett mycket bristfälligt underlag föreslås att privata vårdgivare får en lagstadgad rätt att med offentlig finansiering etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. Redan den 1 januari 2011 ska den nya lagen LOVE införas. Brådskan och avsaknaden av analys kan enligt *Gemensam Velfärd Stockholm* endast förklaras av att det är etablering av privata vårdgivare som står i centrum för utredningen. *Gemensam Velfärd Stockholm* anser också att utredningen saknar analyser av hur en kommersialisering av den offentligt finansierade specialiserade öppenvården påverkar patientens rätt till god geografisk och ekonomisk tillgänglighet. Utredningen undviker också att ta upp de frågor om ökade sociala skillnader i vårdens tillgänglighet och kvalitet som dominerat den offentliga debatten kring kommersiellt driven sjukvård.

105. De Handikappades Riksförbund (DHR) tar inte ställning till lagen som sådan, men ser positivt på en av utredningens motiveringar till skapandet av en särskild lag, nämligen, att ”all vård bedriven med offentlig finansiering ska omgärdas av samma regler och krav och på lika villkor oavsett var i landet den bedrivs. DHR ser också positivt på att den nya lagen vill underlätta för en mer sammanhållen vård genom införandet av ett ersättningssystem baserat på sammantagna vårdbehov oavsett var patienten befinner sig i vårdkedjan och oavsett huvudmannaskap. Ett stort problem för personer med nedsatt rörelseförmåga är de ”stuprörseffek-

ter” som olika huvudmannaskapsgränser medför. DHR tror därför att utredningens förslag kan leda till en bättre samordning.

106. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter tillstyrker utredningens förslag och anser att det är viktigt med ett nationellt ersättningsystem som har enhetliga regler och myndighetskontroll för att garantera rättssäkerhet, lika behandling över landet och lika behandling mellan olika professioner.

5 Avveckling av LOL och LOS samt övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: 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 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter: En stor majoritet av de remissinstanser som tagit ställning till förslaget att avveckla LOL och LOS är övervägande positiva. *Sveriges läkarförbund*, *Vårdföretagarna* och *Svenska Privatläkarföreningen* är negativa till att LOL och LOS avvecklas när LOVE träder i kraft och menar att de båda systemen skulle kunna komplettera varandra under några år. *Svenska Privarläkarföreningen*, *Praktikertjänst*, *Sveriges läkarförbund* och *Vårdföretagarna* anser att övergångsregler bör tillföras skrivningen gällande minst 3-5 år. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* menar att en avveckling av LOS kräver ett annat ändamålsenligt system och övergångsregler, utformade så att enskilda näringsidkare med nationell taxa inte råkar illa ut i övergången.

Remissinstanserna

13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket menar att nuvarande etableringssystem uppvisar stora brister när det gäller kopplingen till den landstingsstyrda vården. Det är därför positivt att utredningen anlagt ett brett perspektiv och vinnlagt sig om att skapa en lösning som förenar de olika system som bidrar till kunskapsstyrning i vården.

16. Kammarkollegiet tillstyrker förslaget om att avveckla LOL och LOS. Det bör inte finnas en särskild etableringsform som bara är öppen för vissa branscher.

17. Kammarkollegiet är tveksam till om en övergångstid på fyra månader kommer att räcka.

49. Stockholms läns landsting menar att det idag gällande systemet med LOL och LOS har kommit till vägs ände och skapar fler problem än det löser.

50. Uppsala läns landsting är positivt till utredningens förslag om att avveckla lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik och delar utredningens beskrivning av nuvarande taxesystemets nackdelar.

52. Östergötlands läns landsting ställer sig bakom förslaget att avskaffa lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning samt lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik.

53. Jönköpings läns landsting ser positivt på förslaget att avskaffa LOL och LOS.

55. Kalmar läns landsting anser i likhet med utredningen att systemet med ersättning enligt LOL och LOS bör avvecklas.

57. Region Skåne delar uppfattningen av dagens system med lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för sjukgymnastik är otidsenligt, alltför statiskt och motverkar målsättningen om hälso- och sjukvården som en integrerad och sammanhållen verksamhet.

59. Västra Götalandsregionen stödjer förslaget att nuvarande lagstiftning för läkarvårdsersättning (LOL) och ersättningen för sjukgymnastik (LOS) bör avvecklas.

60. Värmlands läns landsting tillstyrker att LOL och LOS avvecklas.

62. Västmanlands läns landsting stödjer förslaget om att avveckla LOL och LOS.

63. Dalarnas läns landsting tycker det är positivt att nuvarande system för etablering och ersättning för läkare och sjukgymnaster föreslås att avvecklas. Systemet innebär alltför lite integration av dessa verksamheter med sjukvården i övrigt och en alltför liten möjlighet för landstingen som finansiärer och övergripande planerare att ställa krav och följa upp.

65. Västernorrlands läns landsting tillstyrker förslaget att avveckla LOL och LOS med fortsatt etablering enligt LOU. Landstinget konstaterar att det även fanns stöd för detta förslag i de remissvar landstingen lämnade när frågan om ersättningsetablering var på remiss. Landstinget anser

att denna etableringsform är ”omodern” och bör snarast ersättas med att respektive landsting själva har att upphandla dessa tjänster efter behov enligt LOU.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) håller med om att dagens system med lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik är statiskt, konserverande och att det inte bidrar till integration.

75. Sveriges läkarförbund avstyrker att LOL och LOS ska avvecklas när LOVE träder i kraft. Förbundet menar att de båda systemen skulle kunna komplettera varandra under några år. Väljer man ändå att genomföra avvecklingen av LOL och LOS är det väsentligt med långa övergångstider. Helst upp till fem år. Dessvärre saknas reella övergångsbestämmelser bland förslagen. Läkare som idag ersätts enligt LOL överlämnas därmed helt till huvudmännens godtycke. För allmänläkarna på taxan och utan möjlighet att med sin mottagning uppfylla villkoren i de breda vårdvalssystemen inom primärvården stängs dörren den dag LOVE träder ikraft och LOL upphör. För övriga specialister kan konsekvensen bli att de varken har dagens taxa, vårdval eller LOVE. Dörren stängs direkt och patienterna står plötsligt utan behandlande läkare med bristande kontinuitet i vård och behandling som följd. De privatpraktiserande läkarna kan å sin sida sitta på långa hyresavtal och dyra investeringar eller ha anställd personal med långa uppsägningstider. Att försätta patienten och läkaren i sådan situation är naturligtvis inte anständigt.

76. Svenska Privatläkarföreningen anser att övergångsregler bör tillföras skrivningen. Förslagsvis gällande minst fem år. Föreningen beklagar att en utgångspunkt för utredningen var att de s.k. ersättningslagarna ska upphöra. Det hade varit bättre om man som målbild haft att utredningsförslaget på sikt skulle kunna ersätta befintligt system men att systemen tills vidare kunnat komplettera varandra. När denna möjlighet saknas så är det rimligt med långa övergångsregler. Med tanke på åldersstrukturen hos vårdgivare inom befintligt system så riskerar man genom ett tvärt slut på detta system ett stort och onödigt bortfall av vård inom både primärvård och öppen specialistvård. Erfarenheter från vårdval visar att mycket få allmänläkare verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättningen (LOL) valt övergång till verksamhet inom vårdvalssystemen. Detta har utredningen helt missat i sin beskrivning och analys.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) ser positivt på intentionen till ett helhetsgrepp över den specialiserade öppenvården och accepterar att LOS får en annan form i den framtida primärvården. Under det senaste decenniet har utvecklingen av det nationella taxesystemet och

hälso- och sjukvården inte följts åt. t.ex. gällande villkor och utveckling, utifrån patienteffektivitet, samordning och teammöjligheter. Systemet är därför idag inte fullt ut funktionellt. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund anser att övergångsperioden måste utformas på ett sådant sätt att enskilda näringsidkare har rimliga tidsramar till anpassning. Många LOS- sjukgymnaster sitter med långa uppsägningstider på sina avtal. På till exempel en gruppomtagning med 12 sjukgymnaster är uppsägningstiden 9 månader på andrahandshyreskontraktet. Den sjukgymnast som har förstahandskontraktet på fastigheten har tioårskontrakt. Utöver detta kan enskilda näringsidkare befinna sig i en livssituation, t.ex. sjukdom eller föräldraledighet, som innebär att den föreslagna avvecklingstiden är alltför snävt tilltagen. En avveckling av LOS kräver ett annat ändamålsenligt system och övergångsregler, utformade så att enskilda näringsidkare med nationell taxa, inte råkar illa ut i övergången

78. Sveriges Psykologförbund tillstyrker utredningens förslag att nuvarande etablerings- och ersättningssystem för läkare och sjukgymnaster i öppenvård avvecklas och ersätts med en ny etableringsplattform som gäller för alla yrkeskategorier inom vården.

93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) menar att det befintliga taxesystemet för läkare och sjukgymnaster, LOL och LOS, är ett exempel på hur etableringsrätten för privata specialister inom sjukvårdens leder till ojämlik fördelning av vård.

95. Vårdföretagarna anser att det gamla systemet med nationell läkarvård- respektive sjukgymnastersättning har vidmakthållit ett system med ensampraktiker. Ett regelverk som avser att bygga framtidens vård borde i sin utformning stimulera till samverkan genom samarbete men även gynna samlokalisering av de professioner som idag är verksamma enligt LOL och LOS. Vårdföretagarna menar dock att det är orimligt att från ett visst datum upphäva LOL och LOS. En stor andel av läkare och sjukgymnaster som verkar enligt nationella taxan närmar sig pensionering, men utgör fortfarande en viktig del av den öppna specialistvården med sitt höga kunnande och genom etablerad kontinuitet i vården. Att tvärt tvinga dem att ändra system utan övergångsregler riskerar att omkullkasta väl fungerande vårdkedjor och patientrelationer. All privat verksamhet behöver för sin utveckling tydliga, förutsägbara och långsiktiga regler. Nyckfulla tvära kast i förutsättningarna för (i många fall) små entreprenörer är destruktivt både ur ett patient- och skattebetalarperspektiv. Övergångsregler borde vidare ta höjd för att nya uppdrag kan skilja sig väsentligt från de som gäller enligt LOL och LOS. Dessutom förefaller det osannolikt att landstingen och inte minst den myndighet som ska skapas ska ha allt på plats på den korta tid som står till buds. Det

behövs övergångsregler från nuvarande system med nationella taxan om minst 3-5 år, gärna längre.

97. Praktikertjänst AB anser att det gamla systemet med nationell läkarvård- respektive sjukgymnastersättning har vidmakthållit ett system med ensampraktiker. Ett regelverk som avser att bygga framtidens vård borde i sin utformning stimulera till samverkan genom samarbete men även gynna samlokalisering av de professioner som idag är verksamma. Praktikertjänst påpekar att det saknas övergångsregler för de som verkar inom lagen om läkarvårdsersättning och sjukgymnastersättning. Det är orimligt att inte ha övergångsregler på minst 3 och helst 5 år. En stor andel av läkare och sjukgymnaster som verkar enligt nationella taxan närmar sig pensionering, men utgör fortfarande en viktig del av den öppna specialistvården med sitt höga kunnande och genom etablerad kontinuitet i vården. Att tvärt tvinga dem att ändra system utan övergångsregler riskerar att omkullkasta väl fungerande vårdkedjor och patientrelationer. All privat verksamhet behöver för sin utveckling tydliga, förutsägbara och långsiktiga regler. Övergångsregler borde vidare ta höjd för att nya uppdrag kan skilja sig väsentligt från de som gäller enligt LOL och LOS. Dessutom förefaller det osannolikt att landstingen och inte minst den myndighet som ska tillskapas ska ha allt på plats på den korta tid som står till buds.

101. Stiftelsen Den Nya Valfärden vill särskilt understryka att nuvarande system med de s.k. ersättningslagarna, LOL och LOS, riskerar att allvarligt snedvrider konkurrensen samt att nuvarande tillämpning av dessa förmodligen strider mot central EU-rätt.

103. Svensk förening för allmänmedicin menar att dagens nationella modell för etablering av läkare (LOL) och sjukgymnaster (LOS) är en modell som försvårar samverkan mellan olika vårdgivare och försvårar införandet av funktionella vårdvalsmodeller i landstingen. SFAM välkomnar därför förslag om förändring.

6 Myndighet fastställer och utvecklar ramar för etablering

Utredningens förslag: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

En majoritet av remissinstanserna är övervägande negativa till förslaget. 21 remissinstanser framstår som negativa till förslaget och 11 som positiva.

Myndighetens roll, ansvar och befogenheter

Ekonomistyrningsverket, Statens Folkhälsoinstitut och Statskontoret anser att uppgiften att bestämma vilka åtgärder som ska kunna ersättas respektive den lägsta nivån för ersättningen kan läggas på en befintlig myndighet. *Statens Folkhälsoinstitut* föreslår att frågan integreras i Socialstyrelsen. *Socialstyrelsen* anser att den myndighet som får uppdraget att bedöma och värdera vilka verksamheter som ska få ekonomisk ersättning måste ges tydliga och klara förutsättningar för att kunna utföra dessa uppgifter. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* frågar sig hur den föreslagna myndighetens roll, ansvar och befogenheter ska avgränsas i förhållande till landstingen. *Kammarkollegiet* efterlyser en djupare analys av om inte fastställandet av vårdinnehåll och ersättningsnivåer bör inordnas i landstingens övergripande ansvar för vården. *Diskrimineringsombudsmannen* anser att den nya föreslagna myndigheten eller annan lämplig aktör bör ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om medborgarnas behov av vård och att riktlinjer för etablering av vårdgivare utformas efter underlaget. *De Handikappades Riksförbund* anser att kravet på samråd vid utformningen av regelverket ska införas i den tilltänkta myndighetens regleringsbrev.

Negativa konsekvenser av förslaget

Uppsala läns landsting anser att en ökad statlig styrning av etableringsfrihet kommer att komplicera landstingens ansvar att planera, prioritera och finansiera hälso- och sjukvården. *Sveriges Kommuner och Landsting* och flera landsting menar att ett åtgärdsbaserat ersättningssystem inte stimulerar till innovation, ökad samordning och inte heller ger möjlighet till kostnadskontroll. Flera av dessa remissinstanser påpekar också att det utifrån erfarenheterna av nationella taxor inte finns något som tyder på att det är en ändamålsenlig väg för att nå ökad integration. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att förslaget innebär ett system som snarare blir mer statiskt än flexibelt där ett nationellt ersättningssystem och nationella anslutningsregler innebär en likriktning snarare än olikheter/innovationer. SKL menar också att det kan finnas risk för att de vårdgivare som kommer in tidigt i systemet hindrar innovativa idéer som presenteras i ett senare skede. *Dalarnas läns landsting, Sveriges Kommuner och Landsting* och *Svenska Kommunalarbetsareförbundet* anser att förslaget riskerar att leda till en ökad fragmentisering av vården. *Örebro läns landsting* påpekar att marknaden riskerar att stagnera inom de områden där myndigheten i förväg har preciserat de åtgärder som kan ersättas. *Kalmar läns landsting* anser att förslaget kan leda till att antalet vårdgi-

vare kommer att variera kraftigt utifrån lokala förutsättningar. Landstinget menar också att förslaget om statligt fastställda nationella ersättningsnivåer kommer minska motivationen hos vårdgivare att lämna anbud genom ett förfarande enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), som ofta innebär att priserna pressas. *Dalarnas läns landsting* anser att det finns en uppenbar risk att förslaget innebär en gigantisk katalog av olika ersättningar, vilket blir otympligt. *Västerbottens läns landsting* anser att upphandlings- och avtalsformen är en betydligt klokare och mindre administrativt resurskrävande lösning än utredningens förslag.

Positiva konsekvenser av förslaget

Reumatikerförbundet och *Vårdföretagarna* anser att ett nationellt utformat ersättningssystem som utredaren föreslår kan vara ett verktyg som leder till minskade geografiska orättvisor, stimulerar till en hög produktion och en ökad tillgänglighet för patienterna. *Svenska Diabetesförbundet* ser den nationella ersättningsformen som en möjlig utveckling för att få en mer tillgänglig och god vård för personer med diabetes. *Vårdföretagarna* tror att en gemensam nationell etableringsplattform och en ny myndighet med det föreslagna ansvaret skulle kunna motverka den nuvarande fragmentiseringen inom hälso- och sjukvården. *Läkemedelsindustriföreningen* understryker det stora behovet av att ett samlat grepp tas om frågan om vårdens ersättningssystem.

Ersättningssystemets utformning

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket anser att det krävs ytterligare klargöranden gällande processen kring ersättningsfrågorna innan förslaget kan förverkligas. *Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser* och *Sveriges läkarförbund* anser att frågan om hur ersättningssystemet ska utformas bör belysas särskilt i den fortsatta beredningen. *Svenska Privatläkarföreningen* menar att ersättningssystemet bör kopplas till enskild yrkesutövare och även omfatta de delar av den öppna vård som bedrivs på sjukhus. Föreningen ifrågasätter också om det är realistiskt att inkorporera alla tänkbara vårdgivarkategorier i systemet. *Sveriges Psykologförbund* understryker vikten av en anpassning av ersättningssystemet för olika verksamheter. *Praktikertjänst* anser att det bör införas en förhandlingsordning där ersättningen med fördel omförhandlas till en del med återkommande intervall. *Stockholms läns landsting* menar att landstingen bör ha möjlighet att differentiera ersättningen på olika sätt för att ha uppnå den styrning varje landsting önskar. Landstinget anser också att en nationell miniminivå inte bör sättas högre än att den ger en skälig ersättning i de mest attraktiva områdena i landet, en ersättning som kan vara väsentligt lägre än vad som behövs i andra områden. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att det är positivt att betänkandet diskuterar att ersättningarna ska knytas till mål och resultat för behandlingen. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* påpekar att det

idag saknas ersättningsmodeller som stödjer innovationer, en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess, samt ersätter efter resultat. *Svenska Privatläkarförbundet* menar att utredarens önskemål att ”ersättningen så långt som möjligt knyts till mål för behandlingen och de resultat vården åstadkommer” rimligen är möjlig att realisera endast inom en mycket begränsad del av vården.

Kontroll och granskning

Sveriges Pensionärers Riksförbund utgår ifrån att det i det nya system som utredningen föreslår läggs in kontroller för att vårdgivaren inte ska kunna ta ut högre avgifter från det offentliga än det som verksamheten har utfört. *Reumatikerförbundet* påpekar att ett genomförande av utredningens intentioner förutsätter att översyn, granskning och kvalitetssäkring är självklara delar av ersättningsystemet.

Remissinstanserna

8. Socialstyrelsen anser att den myndighet som får detta uppdrag måste ges tydliga och klara förutsättningar för att kunna utföra dem. Detta gäller inte minst kompetens att definiera vilka olika verksamheter som ska ingå i systemet och hur sammanhållna vårdprocesser ska kunna stimuleras. Utredningen har inte beaktat hur den nationella informationsstrukturen och andra nationella riktlinjer för olika sjukdomsgruppers diagnostik och behandling påverkar möjligheten till sammanhållna vårdkedjor. Socialstyrelsen påpekar också att det inte framgår vilken myndighet som är tänkt att få till uppgift att bedöma och värdera vilka verksamheter som ska få ekonomisk ersättning eller om en ny myndighet ska etableras i detta syfte.

11. Statens folkhälsoinstitut avvisar förslaget att inrätta en ny myndighet. Istället för detta föreslås att frågan integreras i Socialstyrelsen till exempel genom en nyinrättad enhet. Socialstyrelsen som myndighet utövar redan tillsyn när det gäller hälso- och sjukvård. Tillsynsuppgiften omfattar granskning av att lagar, förordningar och föreskrifter följs och beslut om åtgärd om de inte följs. Statens folkhälsoinstitut anser att Socialstyrelsen kan fastställa innehåll, ersättningsnivåer, granska, följa upp och utöva tillsyn av etableringar i den öppna hälso- och sjukvården utanför den offentliga vården. Statens folkhälsoinstitut menar att en särskild inriktning i ny etablering bör vara att skapa ersättningar som stimulerar och underlättar ett nytänkande i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Om den nya etableringsenheten finns inom Socialstyrelsen kan synergieffekter uppnås avseende kvalitetskontroll, patientsäkerhet, processutveckling m.m. De administrativa processerna kan också bli mer effektiva om etableringsenheten samordnas inom befintlig verksamhet i Socialstyrelsen.

13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket anser att det krävs ytterligare klargöranden gällande processen kring ersättningsfrågorna innan förslaget kan förverkligas. TLV konstaterar också att utredningen betonar vikten av samordning med de bedömningar som görs inom läkemedelsförmåner och inom tandvårdsförmånen. En central fråga blir då tillgången till registerdata. Bristande tillgång till data gör det omöjligt att följa upp om besluten leder till det avsedda resultatet, nämligen en god hälso- och sjukvård i ett integrerat system som bygger på fortsatt offentlig finansiering. Som TLV framhållit i remissvaret över förslagen i departementspromemorian (Ds 2010:3) Institutet för uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst är det angeläget att detta åtgärdas innan en ny verksamhet kommer till stånd.

15. Ekonomistyrningsverket (ESV) konstaterar att utredningen pekar på betydelsen av ett ersättningssystem som främjar kostnadskontroll, samordning, vård med hög kvalitet etc. Här lämnar utredningen emellertid inget förslag, utan konstaterar att det finns ”ett betydande behov av kunskapsutveckling, såväl principiellt som praktiskt”. ESV instämmer i den bedömningen. Frågan är på vilken sikt man kan förvänta sig att ett sådant ersättningssystem ska kunna tas i bruk. Innan dess torde det bli svårt att förverkliga utredningens ambitioner med den nya ”etableringsplattformen”. Allt går som sagt inte att åstadkomma med enbart mångfald. ESV anser vidare att man i första hand bör pröva om uppgiften att bestämma vilka åtgärder som ska kunna ersättas resp. den lägsta nivån för ersättningen kan läggas på en befintlig myndighet.

16. Kammarkollegiet ifrågasätter om förslaget är den bästa lösningen. Kollegiet efterlyser en djupare analys av om inte fastställandet av vårdinnehåll och ersättningsnivåer bör inordnas i landstingens övergripande ansvar för vården, dvs. bör hanteras utan statlig beslutsbehörighet.

17. Statskontoret påpekar att enstaka uppgifter som att utveckla den nya vårdplattformen och fastställa lägsta taxenivå knappast utgör tillräckliga motiv för att införa en ny statlig myndighet. Statskontoret kan konstatera att förslagen i detta hänseende inte är tillräckligt underbyggda för att kunna ligga till grund för regeringens beslut.

18. Konkurrensverket anser att den tänkta myndighetsstrukturen och gränsdragningen mellan vilka villkor som ska fastställas nationellt respektive lokalt framstår som oklara i betänkandet.

21. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser är tveksam till den ofullständighet som finns i utredningen gällande förslag på hur ersättningssystem kan utformas som tillgodoser de olika krav som ställs.

Utredningen redogör för krav på kostnadskontroll, behov av incitament till samordning med vårdgivare utanför den egna organisationen för att tillgodose patientintresset etc. Befintliga ersättningssystem har konstaterat brister därvidlag. Tillväxtanalys menar att det är rimligt att förvänta sig att en utökad etablering och därmed den ökade tillgängligheten delvis betingas på hur ersättningssystemet utformas. Utredningen föreslår endast i allmänna termer hur man skall hantera detta. I den fortsatta beredningen av utredningen bör denna fråga belysas särskilt.

22. Diskrimineringsombudsmannen anser att den nya föreslagna myndigheten, Socialstyrelsen, alternativt landstingen eller annan lämplig aktör, ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om medborgarnas behov av vård och att riktlinjer för etablering av vårdgivare utformas efter detta kunskapsunderlag.

28. Gävle kommun ifrågasätter om det verkligen behövs en nationell styrning och en ny myndighet för att förbättra mångfald osv. inom vården om detta ska ske på bekostnad av minskade möjligheter att styra vårdens resurser efter de lokala behoven. Förbättringar borde gå att åstadkomma även inom nuvarande system och lagstiftning.

34. Linköpings kommun menar att det krävs att man tydligare utvecklar de föreslagna ersättningsmodellerna för att stimulera nyetablering av aktörer inom den öppna specialiserade vården, då varje specialitet utgår från specifika förutsättningar.

38. Skara kommun anser att målsättningen att via ersättningar belöna vårdens slutresultat snarare än enskilda vårdinsatser är lovvärd.

41. Sundsvalls kommun instämmer med förslaget om en ny nationell ersättningsmodell.

49. Stockholms läns landsting anser att det bör prövas om den nationella samordningen kan ske på annat sätt än att en ny myndighet inrättas. Utredningen redovisar inte konsekvenserna av en nationell minimiersättning, inte heller alternativ där landstingen själva kan sätta ersättningsnivåerna fritt. Landstingen kan enligt utredningen besluta att ge en högre ersättning. Samma ersättningsnivå ska enligt förslaget gälla i hela landstinget. En nationell miniminivå bör inte sättas högre än att den ger en skälig ersättning i de mest attraktiva områdena i landet, en ersättning som kan vara väsentligt lägre än vad som behövs i andra områden. Om miniminivå sätts högre riskeras en överetablering av vårdgivare i de mest attraktiva områdena. Intresset för vårdgivare att etablera sig i olika delar av landet och i olika delar av landstinget varierar. Erfarenheterna från

tidigare etablering av sjukgymnaster och läkare i Stockholms län visar på en kraftig överrepresentation av etableringar i de centrala delarna av Stockholm. Detta medför onödigt höga kostnader för SLL. Landstingen bör själva ha möjlighet att differentiera ersättningen på olika sätt för att ha uppnå den styrning varje landsting önskar.

50. Uppsala läns landsting är tveksam till förslaget om att en statlig myndighet ska besluta när etableringsfrihet gäller för viss öppenvård samt vilken ersättning som ska utgå. En ökad statlig styrning av etableringsfrihet kommer att komplicera landstingens ansvar att planera, prioritera och finansiera hälso- och sjukvården. Landstinget är dock positivt till utredningens avsikt att stärka patientens ställning i den öppna hälso- och sjukvården genom ett ersättningssystem som premierar sammanhållna vårdprocesser och vårdresultat. Förslaget ger större fokus på patientgrupper med sammansatta vårdbehov, t ex multisjuka äldre.

52. Östergötlands läns landsting ifrågasätter värdet av inrättandet av en ny myndighet som fastställer ersättningsnivåer och ramar för etablering. Landstingen fräntas härmed stora möjligheter att prioritera och styra utbudet samt ges begränsade möjligheter till kostnadskontroll. Även om utredaren försöker motivera en så kraftig inskränkning i det kommunala självstyret och i teorin ge landstingen en viss självständighet är det svårt att se hur landstingens praktiska inflytande över resursanvändning och möjligheten att tillgodose befolkningens lokala behov skulle se ut med föreliggande förslag.

53. Jönköpings läns landsting ifrågasätter värden av en ny myndighet som fastställer ersättningsnivåer och ramar för etablering. Landstinget fräntas härmed stora möjligheter att prioritera och styra utbudet samt ges begränsade möjligheter till kostnadskontroll.

54. Kronobergs läns landsting anser att det bör utredas ytterligare om en ny statlig myndighet behöver inrättas.

55. Kalmar läns landsting bedömer att förslaget kan leda till att antalet vårdgivare kommer att variera kraftigt utifrån lokala förutsättningar, dvs. beroende på hur attraktivt verksamhetsområdet eller det geografiska området är för vårdgivarna. Förslaget försvårar också för landstingen att fördela resurser mellan och inom olika delar av hälso- och sjukvården. Genom förslaget om statligt fastställda nationella ersättningsnivåer kommer det också att saknas motivation hos vårdgivare att lämna anbud genom ett förfarande enligt lagen om offentlig upphandling (LOU), som ofta innebär att priserna pressas.

57. Region Skåne vill av egen mångårig erfarenhet understryka hur svårt det är att ersätta för vårdprocesser. Att skapa en utformning för detta på nationell nivå – långt från den konkreta vården och de regionala förutsättningar som råder – torde vara ännu svårare. Farhågan är därför att ett ersättningssystem måste förbli åtgärdsbaserat, vilket då motverkar styrningen mot sammanhållna processer eller innovationer. Det är därför viktigt att sjukvårdshuvudmännen själva fortsätter att utveckla sina avtal med privata vårdgivare, men även sina ersättningar till den egna produktionen, mot mera av ersättningar för vårdprocesser, resultat och insatser som kan förebygga behovet av vård. Region Skåne påpekar också att det föreslagna samrådsförfarandet med ”landsting och parter som kan komma att omfattas av denna lag” inte är närmare beskrivet. Det står inte klart vilken reell inverkan eller tyngd som olika andra aktörer ska tillmätas genom dessa samråd. Det föreligger dessutom en uppenbar risk för starka och delvis oförenliga partsintressen när så många olika aktörer som berörs ska komma till tals, vilket måste anses försvåra myndighetens uppgift.

58. Hallands läns landsting delar inte den föreslagna ordningen, där en ny nationell myndighet blir ansvarig för en kontinuerlig översyn av etableringsplattformen för den öppna specialiserade vården. Landstinget anser istället att befintliga organ kan brukas.

59. Västra Götalandsregionen konstaterar att vitala delar av styrsystemet kommer att ligga utanför sjukvårdshuvudmannens direkta kontroll vilket inskränker regionens möjligheter att leva upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagen.

60. Värmlands läns landsting anser att förslaget om att en statlig myndighet ska besluta om förutsättningarna för att bedriva öppenvård över hela landet inkräktar på landstingens planeringsskyldighet och kostnadskontroll. Förslaget ligger inte i linje med landstingets ansvar enligt HSL. Förslaget är ett lika oacceptabelt system som nuvarande nationella taxa.

61. Örebro läns landsting delar betänkandets uppfattning att vårdens inriktning ska vara hälsofrämjande och att nytänkande i vården ska uppmuntras. Det finns effektiviseringsvinster som ännu inte tagits tillvara i den specialiserade öppenvården. Men landstinget tror inte att en statlig myndighet klarar att definiera och värdera vilka vårdområden som ska prioriteras i en sådan utveckling. Det är inte trovärdigt att det föreslagna nationella systemet skulle ge de dynamiska effekter som eftersträvas. Snarare riskerar marknaden att stagnera inom de områden där myndigheten i förväg har preciserat de åtgärder som kan ersättas.

62. Västmanlands läns landsting menar att ett åtgärdsbaserat ersättnings-system, så som utredningen föreslår, inte bidrar till ökad samordning och riskerar att landstinget helt förlorar kostnadskontrollen vilket kan få påtaglig effekt på annan landstingsfinansierad verksamhet.

63. Dalarnas läns landsting anser att det finns en uppenbar risk att förslaget innebär en gigantisk katalog av olika ersättningar, vilket blir otympligt. Att ersätta enskilda åtgärder stimulerar knappast vårdprocesser utan leder snarare till ökad fragmentering.

65. Västernorrlands läns landsting tillstyrker inte utredningens förslag att en myndighet ska fastsätta och utveckla ramar för etablering. Detta måste vara en lokal fråga för respektive sjukvårdshuvudman.

66. Jämtlands läns landsting anser att intentionen om att utveckla ersättningsystem som stödjer sammanhållna processer och ersätter utifrån resultat är positiv men att det är en utmaning hur det ska kunna uppfyllas. Ett åtgärdsbaserat ersättningsystem, i likhet med nuvarande system för nationella taxorna, leder inte till ökad samordning och nytänkande. Erfarenheterna av nationella taxor är mångårig och det finns inget som tyder på att det är en ändamålsenlig väg för att nå ökad integration. Möjlighet till kostnadskontroll begränsas till de ekonomiska ersättningstaken.

67. Västerbottens läns landsting anser att förslaget att samtliga verksamhetsfält inom den öppna, specialiserade hälso- och sjukvården ska regleras på samma detaljerade sätt som med dagens reglering av tandvårdstödet är orimligt. Oerhört stora administrativa resurser skulle behövas för uppdraget. Utredningens uppfattning att ersättningarna bör baseras på total kvalitet och medicinskt resultat är i och för sig sympatiskt, men med tanke på existerande data realistiskt inom överskådlig framtid. Upphandlings- och avtalsformen ter sig i det perspektivet betydligt klokare och mindre administrativt resurskrävande.

72. Svenska Kommunalarbetsförbundet är tveksam till förslaget. Det finns lång erfarenhet av nationella taxor och det finns inte något som tyder på att det är rätt väg att gå om syftet är att nå ökad sammanhållning mellan vårdens olika delar. Förslaget kan i stället att leda till ökad fragmentisering.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att förslaget inte löser de problem som utredningen lyfter fram. Ett åtgärdsbaserat ersättnings-system där staten definierar vilka åtgärder som får ersättas inom den specialiserade öppna vården stimulerar inte till innovation, ökad samordning

och ger heller inte möjlighet till kostnadskontroll. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården ges på lika villkor och utifrån behov. SKL anser att förslaget istället riskerar att leda till ett suboptimerat, statiskt och fragmenterat system som inte ger förutsättningar att leva upp till lagens krav. Erfarenheterna av nationella taxor är mångårig och det finns inget som tyder på att det är en ändamålsenlig väg för att nå ökad integration. SKL delar inte heller utredningens uppfattning om att förslaget skulle bidra till att förbättra förutsättningarna för entreprenörskap och nytänkande. Förslaget innebär ett system som snarare blir mer statiskt än flexibelt där ett nationellt ersättningssystem och nationella anslutningsregler innebär en likriktning snarare än olikheter/innovationer. Det råder olika förutsättningar för utformning av ersättningssystem även inom ett landsting beroende av befolkningsstruktur, hälsoläge och infrastruktur m.m. Det kan även finnas risk för att de vårdgivare som kommer in tidigt i systemet hindrar innovativa idéer som presenteras i ett senare skede samt möjligheterna att införa valfrihetssystem.

75. Sveriges läkarförbund tillstyrker att en myndighet får i uppdrag att fastställa vilka verksamheter som ska ersättas enligt LOVE. Det är också utmärkt att samma myndighet ska fastställa tariffer som ska utgöra lägsta nivå för ersättning från landstinget. Enligt utredningen bör utgångsläget vara de ersättningar som i dag gäller för LOL och LOS. På sikt ser utredningen att andra verksamheter och kompetenser ska kunna inordnas i LOVE samt att ersättningarna successivt ska utvärderas och förändras. Målet är att utveckla ersättningar som premierar vårdprocesser, nytänkande och bygger på evidens. Förbundet anser att detta är spännande tankar som ligger nära Sveriges läkarförbunds eget förslag om en så kallad behandlingsförmånsnämnd. Utredningens förslag om hur och på vilka grunder myndigheten ska utveckla ersättningarna är dock alldeles för outvecklat för att kunna tas ställning till. Förbundet menar att detta måste utredas ytterligare.

76. Svenska Privatläkarföreningen menar att ersättningssystemet bör kopplas till enskild yrkesutövare. Således bör vårdbolag åläggas att ange vilka (fysiska personer) som skall utföra arbetet, och dessa måste godkännas av myndigheten. Ersättningssystemet måste också omfatta delar av den öppna vård som bedrivs på sjukhus. Öppenvårdsverksamheten kan med fördel skiljas från slutenvården organisatoriskt. Sjukhusets ägare bör därför omorganisera, alternativt överlåta, sina öppenvårdsmottagningar som nu är förlagda till sjukhuset. När det gäller den nya myndigheten ställer sig föreningen försiktigt positiv. Föreningen konstaterar dock att det inte är ett litet arbete att inkorporera alla tänkbara vårdgivarkategorier i systemet och frågar sig om det kanske t.o.m. är realistiskt. När det gäller fastställandet av ”nya nationella tariffer” för lä-

karvård bör dessa ske med en bättre förankring i evidens om metoders effektivitet. Det kan uppnås genom att specialistföreningarna får en aktivaroll än för närvarande. En förutsättning är naturligtvis att professionen får ett inflytande i myndigheten och inte bara är en samverkanspart. Helst ser föreningen att en förhandlingsordning avseende ersättningar kan behållas även med en ytterst ansvarig myndighet. Utredarens önskemål att ”ersättningen så långt som möjligt knyts till mål för behandlingen och de resultat vården åstadkommer” är intressant men rimligen möjlig att realisera endast inom en mycket begränsad del av vården.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) anser att det är positivt att betänkandet diskuterar att ersättningarna ska knytas till mål och resultat för behandlingen, detta är ett nytänkande, likväl som det är positivt med nationellt bestämda ersättningsnivåer. En nationell myndighet som bestämmer en enhetlig taxa, borgar för att övergripande företag villkor vägs in i bedömningen av taxenivån. LSR välkomnar förslaget om trepartsamråd, vilket är en förutsättning för att villkoren ska få adekvat innehåll. LSR:s egenföretagare är i huvudsak enskilda näringsidkare. Reella och stabila ersättningssystem är en fundamental utgångspunkt för denna företagarform. Med tanke på de omfattande satsningar som gjorts på t.ex. kvinnligt företagande under de senaste åren, skulle det vara att betrakta som direkt kontraproduktivt att utforma villkor för vårdgivar-etableringar som i realiteten inte går att livnära sig på. Vårdvalet ger idag inte affärsmissiga förutsättningar för underleverantörsavtal, på grund av undermåliga regelverk avseende sjukgymnastiska insatser, såväl vid primärkontakt som vid sekundärkontakt.

78. Sveriges Psykologförbund delar utredningens uppfattning att det är viktigt att de råder lika förutsättningar för att bedriva öppenvård med offentlig finansiering över hela landet. Förbundet instämmer också i utredningens beskrivning att de nationella riktlinjer som utarbetas av Socialstyrelsen och de utvärderingar som genomförs av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) ska utgöra underlag till bedömning av vilka verksamheter som ska berättiga till offentlig ersättning. Förbundet vill särskilt understryka vikten av en anpassning av ersättningssystemet för olika verksamheter. När det gäller t.ex. psykologisk behandling måste hänsyn tas till att tidsåtgången för ett patientbesök är betydligt längre än ett normalt läkarbesök. Varje behandlingstillfälle kan också variera kraftigt beroende på typ av åtgärd och dessutom krävs ofta ett omfattande för- och efterarbete. Ersättningsnivåerna måste därför kunna anpassas för olika verksamheter och för olika typer av åtgärder.

87. Pensionärernas Riksorganisation (PRO) menar att en ny myndighet skulle tillföra mer kontroll och mer byråkrati till ökade samhällskostnader, utan att stärka värden för den enskilde vårdtagaren.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) delar utredningens förslag att det är myndigheten som ska fastställa vad som utgör lägsta nivå för ersättning från landstinget. SPRF anser också att det är självklart att målet med ersättningar måste knytas till mål för behandling och de resultat som vården åstadkommer. SPRF utgår ifrån att i det nya system som utredningen föreslår läggs in kontroller för att vårdgivaren inte ska kunna ta ut högre avgifter från det offentliga än det som verksamheten har utfört. SPRF delar utredningens uppfattning om att myndigheten i det första ledet anger ersättningar samt ger landstinget rätt att ange den volym inom vilken vårdgivare kan bedriva verksamheter.

90. Reumatikerförbundet anser att ett nationellt utformat ersättningsystem som utredaren föreslår kan vara ett verktyg som leder till minskade geografiska orättvisor, stimulerar till en hög produktion och en ökad tillgänglighet för patienterna. Förbundet påpekar också att kvaliteten och följsamheten till ersättningsystemen är ett problem idag. Om utredningens intentioner ska vara möjliga att genomföra måste översyn, granskning och kvalitetssäkring vara självklara delar som garanterar medborgarnas och patienternas rätt till en säker, tillgänglig och kvalitativ vård.

91. Svenska Diabetesförbundet anser att den nationella ersättningsformen är en mycket viktig del i det nya sättet att organisera öppenvården i framtiden. Förbundet ser modellen som en möjlig utveckling för att få en mer tillgänglig och god vård för personer med diabetes. Det är därför viktigt att det ges förutsättningar för att ett samarbete ska kunna ske mellan olika specialister.

93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) påpekar att formerna för hur insatser ersätts är ett viktigt styrinstrument och att det idag saknas ersättningsmodeller som stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess. De befintliga modellerna motverkar snarare samverkan, helhetstänkande och arbete enligt nätverksprinciper. Det finns vidare idag i mycket liten utsträckning några fungerande system för att stödja olika former av innovationer eller för att ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården eller för att ersätta vård utifrån erhållna resultat. Det beror bland annat på att verksamheten är komplex, mångfacetterad, svår att beskriva, dokumentera och mäta samt dels på att kunskaperna på detta område fortfarande är mycket begränsade. Ett annat problem med ersättningsystemen är att olika verksamheter inom vård och omsorg är kommunicerande kärl. Det vill säga att

om insatser utförs mindre väl inom ett område så ökar behovet av insatser inom ett annat område. En uppenbar risk med det rådande ersättningsystemet är att förebyggande vård prioriteras ned. Andra verksamhetsområden där nya metoder och förhållningssätt håller på att utvecklas – men som ger dålig ersättning enligt prislistan – till exempel utvecklande av patientens inflytande och delaktighet i vården eller samverkan med patient-, brukar- och anhörigorganisationer – riskerar att rinna ut i sanden. Ett annat problem med de befintliga ersättnings- och uppföljningssystemen är att de premierar kvantitet på bekostnad av kvalitet. Det vill säga att det finns ekonomiska incitament för att satsa på enkla, billiga eller mindre tidskrävande insatser medan incitament är svagare eller saknas för att satsa på komplicerade, dyrbara eller mer tidskrävande insatser. RSMH frågar sig hur den föreslagna myndighetens roll, ansvar och befogenheter avgränsas i förhållande till landstingen.

95. Vårdföretagarna är positiva till ett nytt nationellt ersättningsystem. Det minskar risken för geografiska orättvisor, stimulerar en hög produktion och ökar därmed tillgängligheten för patienterna. Vårdföretagarna tror även att en gemensam nationell etableringsplattform och en ny myndighet med det föreslagna ansvaret skulle kunna motverka den nuvarande fragmentiseringen inom hälso- och sjukvården, bland annat genom ett enhetligare, konkurrensneutralt ersättningsystem. För att detta ska lyckas krävs väl utarbetade styrmedel inom ramarna för en nationell samordning.

Vårdföretagarna anser det vara av stor vikt att det nya ersättningsystemet är konkurrensneutralt och följer EU:s direktiv om transparens och icke-diskriminering. Vårdföretagarna är också positiva till utredarens utgångspunkt att ersättningsmodellen bör stödja samverkan mellan olika verksamheter som är delaktiga inom samma vårdprocess, olika former av innovationer och strävan att ersätta på basis av resultat.

97. Praktikertjänst AB påpekar att långa avtalsperioder med stabilitet utgör en god grund för investeringar och långsiktigt företagande. Företaget anser att det bör införas en förhandlingsordning där ersättningen med fördel omförhandlas till en del med återkommande intervall. Praktikertjänst föreslår vidare att en viss del (kanske 25 procent) av ersättningen omförhandlas vart fjärde år för att anpassa avtal till förändringar av metoder och behov.

99. Aleris AB menar att utvecklandet av ersättningskonstruktioner som fungerar som incitament till förändring och utveckling är en av den föreslagna myndighetens viktigaste uppgifter liksom att lägga fast de lägsta ersättningsnivåer som kan komma i fråga. Att successivt expandera etableringsplattformen är också en angelägen uppgift för myndigheten.

Dessa uppgifter bör tydligare framgå av lagtexten. Uppföljningen av lagens efterlevnad bör ske fortlöpande av vårdens tillsynsmyndighet.

100. Läkemedelsindustriföreningen (LIF) välkomnar ett ökat fokus på behovet av att hitta ersättningssystem som premierar goda vårdresultat samtidigt som de stimulerar en helhetssyn på patientens samlade vårdbehov (sammanhållna vårdkedjor m.m.) och beaktar behovet av att stimulera innovation och nytänkande. LIF anser också att det är glädjande att utredningen väljer en modell där det ankommer på staten (i form av en myndighet) att besluta om de grundläggande premisserna för etablering inom hälso- och sjukvården. LIF vill understryka det stora behovet av att ett samlat grepp tas om frågan om vårdens ersättningssystem. Det är viktigt att ersättningssystemen konstrueras så att de premierar rätt sorts insatser och agerande från vårdens aktörer. LIF delar därför utredningens uppfattning om att myndigheten i sitt arbete med att utveckla innehållet i och ersättningsmodellerna för de verksamheter som ska ingå i etableringsramen bör sikta på att åstadkomma en styrning mot vårdens mål och resultat samt mot att premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna.

105. De Handikappades Riksförbund (DHR) noterar med tillfredsställelse utredningens krav på samråd med bland annat handikapp- och patientorganisationer inför utformningen av regelverket. DHR anser att kravet på samråd ska införas i den tilltänkta myndighetens regleringsbrev. DHR anser vidare att tydliga krav måste ställas på fysisk tillgänglighet och användbarhet i det nationella regelverket.

106. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter förordar, liksom utredningen, ett hälso- och sjukvårdssystem som är integrerat och präglad av patientfokus. Därför tillstyrker FSA utredningens alternativ med en ny nationell ersättningsmodell som tar tillvara entreprenörskap och nytänkande, som stimulerar till verksamhetsutveckling, utveckling av nya och bättre behandlings- och diagnosmetoder och tar tillvara innovationspotentialer.

7 Tillstånd och registrering av verksamheten

Utredningens förslag: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

En majoritet av remissinstanserna är övervägande negativa till förslaget. 8 remissinstanser framstår som negativa till förslaget och 5 som positiva.

Tillståndsgivning

Statskontoret och Kalmar läns landsting är tveksamma till utredningens förslag om dubbelt ansökningsförfarande för nya vårdgivare. *Värmlands läns landsting* ser inget behov av nya register eller tillstånd för att bedriva öppenvård. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att det inte är realistiskt att tillsynsmyndigheten ska kunna bedöma kompetens och ge ett nationellt tillstånd innan en regional ansökan formulerats. *Kalmar läns landsting* anser att det torde vara förenat med stora svårigheter att bedöma kompetensen innan vårdgivaren har specificerat sin ansökan. *Region Skåne* menar att förslaget att registreringen ska innefatta ett definierat verksamhetsområde riskerar att permanenta sjukvården i den gamla traditionella specialitetsindelningen. Regionen anser också att förslaget innebär att det inte kommer vara samma noggranna kontroll för juridiska personer som när det gäller enskilda individer. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* påpekar att tillståndsgivning för etablering i vårdsektorn är en bra kvalitetskontroll och ytterst en fråga om patientsäkerhet. *Sveriges Psykologförbund* understryker vikten av att endast vårdgivare som innehar kompetensbevis i form av legitimation kan erhålla etableringsrätt inom den offentligt finansierade vården.

Vårdgivare som omfattas av kravet på tillstånd

Socialstyrelsen är tveksam till det ojämlika förhållningssättet att endast privata aktörers verksamhet inom hälso- och sjukvård föreslås bli tillståndspliktig och inte landstingsdriven verksamhet. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv torde det inte ha någon betydelse om det är en privat eller offentlig aktör som är vårdgivare. *Kammarkollegiet* ifrågasätter varför bara vårdgivare som etablerar sig enligt LOVE ska dubbelkontrolleras av en statlig myndighet, vilket inte görs av de vårdgivare som upphandlas enligt LOV och LOU.

Behov av regelbundna kontroller av vårdgivare

Dalarnas läns landsting påpekar att en bedömning av kompetensen hos de juridiska personer som vill bli godkända som vårdgivare är en färskvara och att bedömningar av vårdgivarnas kvalifikationer bör göras regelbundet. *Sveriges Kommuner och Landsting* påpekar att det inte finns något i förslaget som tyder på att tillsynsmyndigheten skulle ansvara för att följa upp och kontrollera vårdgivare under avtalstiden. *Kalmar läns landsting* saknar förslag om hur man ska försäkra sig om att vårdgivaren bibehåller den kompetens som krävs.

Tillsynsmyndigheten och dess befogenheter

Staten folkhälsoinstitut föreslår att tillstånd och registrering av ny etablering samt andra förekommande uppgifter beslutas på Socialstyrelsen. *Socialstyrelsen* anser att man bör överväga möjligheten att utveckla Socialstyrelsens befintliga vårdgivarregister istället för att skapa ytterligare ett nytt register med likartat innehåll. *Kammarkollegiet* påpekar att det inte framkommer i utredningen vad den statliga myndigheten ska bedöma hos vårdgivaren när det gäller om vårdgivaren har tillräcklig medicinsk kompetens, utöver krav på legitimation och specialistkompetens. *Konkurrensverket*, *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* och *Socialstyrelsen* påpekar att det är oklart huruvida myndigheten när det finns anledning kan återkalla utfärdade tillstånd. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket* menar att det är angeläget att den bristande tillgången på registerdata åtgärdas innan en ny verksamhet kommer till stånd.

Remissinstanserna

8. Socialstyrelsen konstaterar att det av lagförslagets 3 kap 1 § framgår att tillstånd får meddelas endast om den privata vårdgivaren har tillräcklig kompetens för att bedriva verksamhet. I utredningen anges inte närmare om inriktning, omfattning eller kriterier för den utredning som ska göras av tillståndsmyndigheten. Förslaget innehåller inte heller någon materiell bestämmelse om ev. möjlighet att återkalla tillstånd. Av lagförslaget 3 kap 3 § framgår vidare att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, med hjälp av automatiserad databehandling ska föra ett register över de privata vårdgivare som har tillstånd att bedriva verksamhet. Socialstyrelsen vill i sammanhanget erinra om att myndigheten redan har till uppgift att föra ett s.k. *vårdgivarregister* enligt 6 kap. 20 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Med beaktande av detta befintliga register och ändamålen med det föreslagna registret torde det finnas skäl att överväga möjligheten att utveckla befintligt register istället för att skapa ytterligare ett nytt register med likartat innehåll. Socialstyrelsen ställer sig dessutom tveksam till det ojämlika förhållningssättet att privata aktörers verksamhet inom hälso- och sjukvård föreslås bli tillståndspliktig, vilket inte gäller för landstingsdriven verksamhet. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv torde det inte ha någon betydelse om det är en privat eller offentlig aktör som är vårdgivare. Socialstyrelsen konstaterar också att den bedömning som ska göras inför tillstånd och registrering blir en delvis ny och en väsentligt utökad uppgift, särskilt om tillståndsgivningen ska bli mer än ett rent ”proforma-” förfarande. Uppgiften kommer att medföra behov av att utveckla nya system och verksamheter för tillståndsgivning och registerhållning.

11. Statens folkhälsoinstitut föreslår att tillstånd och registrering av ny etablering samt andra förekommande uppgifter beslutas på Socialstyrelsen, eventuellt på en ny enhet.

16. Kammarkollegiet påpekar att det inte framkommer i utredningen vad den statliga myndigheten ska bedöma hos vårdgivaren när det gäller om vårdgivaren har tillräcklig medicinsk kompetens, utöver krav på legitimation och specialistkompetens. Motsvarande kontroller görs redan idag av landstingen i samband med övriga upphandlingar. Det framgår inte heller vad bedömning av ”annan kompetens” innebär. Enligt förslaget ska det fortfarande ligga på landstingen att utvärdera om vårdgivaren uppfyller de krav som specificeras i förslaget till lagtexten under 5 kap. 1§. Kollegiet ifrågasätter också varför just dessa vårdgivare ska dubbelkontrolleras av en statlig myndighet, vilket inte görs av de vårdgivare som upphandlas enligt LOV och LOU.

17. Statskontoret avstyrker utredningens förslag om dubbelt ansökningsförfarande för nya vårdgivare. En ökad mångfald i den specialiserade öppenvården främjas inte genom ett krångligt byråkratiskt system såsom förslaget nu är utformat. Självfallet krävs att den statliga tillsynsmyndigheten godkänner en ny presumtiv vårdgivare vad gäller kompetens. Det finns dock en rad olika möjligheter att underlätta det tekniska förfarandet för att minimera det administrativa arbetet för den sökande. Exempelvis kunde ansökan enbart ställas till det landsting det gäller och att det blir en uppgift för landstinget att underställa ansökan Socialstyrelsens prövning.

18. Konkurrensverket förordar att den myndighet som beviljar tillstånd för etablering bereds möjlighet, att på förekommen anledning, utesluta leverantörer och återta tillstånd. Vid mindre allvarliga avsteg från villkor för etablering anser Konkurrensverket vidare att vite eller annan form av sanktion bör övervägas som ett första alternativ tillsammans med begäran om rättelse.

55. Kalmar läns landsting ställer sig frågande till förfarandet att en vårdgivares kompetens först bedöms av en statlig myndighet varefter vårdgivaren ansöker om etablering regionalt. Det torde vara förenat med stora svårigheter att bedöma kompetensen innan vårdgivaren har specificerat sin ansökan. Det är dessutom troligt att rekrytering av vårdpersonal inte är klar redan vid tidpunkten för myndighetens bedömning av kompetens. Vidare saknas förslag om hur man ska försäkra sig om att vårdgivaren bibehåller den kompetens som krävs.

57. Region Skåne anser att förslaget innebär att det inte kommer vara samma noggranna kontroll för juridiska personer som när det gäller enskilda individer. Förslaget att registreringen också ska innefatta ett definierat verksamhetsområde riskerar vidare att permanenta sjukvården i den gamla traditionella specialitetsindelningen. Ingångna icke tidsbegränsade avtal inom sådana områden försvårar nytänkande och möjligheten att lansera och etablera nya idéer, t ex utifrån ett mera patientprocessorienterat arbetssätt.

60. Värmlands läns landsting påpekar att krav som ska vara uppfyllda för att bedriva vård regleras i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Landstinget ser inget behov av nya register eller tillstånd för att bedriva öppenvård.

63. Dalarnas läns landsting påpekar att en bedömning av kompetensen hos de juridiska personer som vill bli godkända som vårdgivare är en färskvara. Som en följd av exempelvis förändrad personalsammansättning så skapas nya kompetenssituationer. Ska man bedöma vårdgivarnas kvalifikationer så behöver det göras regelbundet och inte bara vid ansökningstillfället.

65. Västernorrlands läns landsting anser att utredarens förslag inte är kvalitativt säkert då den lokala kompetensen sannolikt kommer att variera utifrån de i registret kända data.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att det inte är realistiskt att tillsynsmyndigheten ska kunna bedöma kompetens (även juridiska personer) och ge ett nationellt tillstånd innan en regional ansökan formulerats. Det finns heller inget i förslaget som tyder på att tillsynsmyndigheten skulle ansvara för att följa upp och kontrollera under avtalstiden, vilken dessutom löper tillsvidare.

75. Sveriges läkarförbund tillstyrker att ett första steg till etablering sker genom tillstånd och registrering hos tillsynsmyndigheten (Socialstyrelsen).

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) menar att tillståndsgivning för etablering i vårdsektorn är en bra kvalitetskontroll och ytterst en fråga om patientsäkerhet.

78. Sveriges Psykologförbund tillstyrker utredningens förslag att det ska krävas tillstånd för den som önskar etablera sig med offentlig ersättning inom den öppna vården. Utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv är det enligt förbundet oerhört viktigt att privata vårdgivare som etablerar sig med offentlig ersättning har såväl formell som reell kompetens inom sitt

verksamhetsområde. Inom hälso- och sjukvården utgör legitimationen det mest framträdande beviset på en yrkesutövares kompetens och är ett uttryck för att en yrkesutövare står under samhällets tillsyn och har godkänts för yrkesverksamhet inom det område legitimationen avser. Legitimationens huvudfunktion är att vara en garanti för att yrkesutövaren har en viss kunskapsnivå och vissa personliga egenskaper. Förbundet vill understryka vikten av att endast vårdgivare som innehar kompetensbevis i form av legitimation kan erhålla etableringsrätt inom den offentligt finansierade vården. Med en statlig kompetens- och kvalitetskontroll av yrkesutövare tillförsäkras patienterna en bättre möjlighet att kunna avgöra vilka som har kompetens för att utöva yrket. Psykologförbundet ser denna kvalitetskontroll som en möjlighet att lösa problemet med en ständigt växande marknad av mer eller mindre oseriösa utövare inom det psykologiska området.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) tillstyrker att tillstånd och registrering sker när vårdgivare vill erhålla offentlig ersättning. SPRF tillstyrker också att registret ska administreras av tillsynsmyndigheten Socialstyrelsen. Det är mycket angeläget att vårdgivaren ska kunna ansöka om godkännande i det landsting där verksamheten ska bedrivas när vårdgivarens registrering är godkänd. SPRF anser att i detta skede är det viktigt att alla landstingen har samma regler och tillämpning av LOVE.

93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) påpekar att det är oklart huruvida myndigheten, när det finns anledning, kan återkalla utfärdade tillstånd.

100. Läkemedelsindustriföreningen (LIF) anser att förslaget är balanserat och att det är rimligt att i ett första steg låta Socialstyrelsen göra en sådan basal "certifiering" av samtliga vårdgivare som ska verka inom det offentligt finansierade systemet. LIF:s generella uppfattning är att staten bör formulera nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav som ska gälla för samtliga landsting och för samtliga vårdgivare (dvs. även utanför det nu aktuella området öppen specialistvård). Givet registreringen är det enligt LIF:s uppfattning viktigt att staten och sjukvårdshuvudmännen gemensamt överväger hur man på bästa tänkbara sätt i förlängningen kan använda den information som genom detta förfarande samlas in hos myndigheten. Kan informationen och registret spela en framtida roll när det gäller att t.ex. följa vårdgivarnas, och professionernas, kompetensmässiga utveckling över tid? Kan det vara en pusselbit för att säkra ett kontinuerligt lärande i den kunskapsintensiva hälso- och sjukvårdsapparaten?

8. Regionalt godkännande och ingående av etableringsavtal

Utredningens förslag: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

En stor majoritet av remissinstanserna framstår som övervägande negativa till utredningens förslag. Få remissinstanser tar ställning för förslaget.

Förslagets otydlighet och behovet av ytterligare analyser

Region Skåne, Sveriges läkarförbund och *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att förslaget präglas av otydlighet. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)* anser att förslaget inte är utrett på ett tillfredställande sätt eller analyserade nog för att kunna ligga till grund för lagändring. *Västra Götalandsregionen* påpekar att den föreslagna processen från godkännande till avtal genererar många obesvarade frågor och att det är svårt att bedöma om regelverket skapar reella förutsättningar till en ökad innovationskraft. *Vårdförbundet* anser att det är svårt att förutse vad förslaget kommer att innebära i praktiken och att effekterna av utredningens förslag blir mycket svåra att bedöma. *Konkurrensverket* ser administrativa svårigheter att hantera flera parallella system för etablering, där verksamheters ansvarsområden tillåts att delvis löpa in i varandra.

Landstingens möjligheter att planera verksamheten

Flera landsting och *Svenska Kommunalarbetsareförbundet* anser att landstingens möjligheter att planera hälso- och sjukvården skulle försämrats om det inte går att avslå en ansökan om etablering.

Socialstyrelsen anser att författningsförslaget saknar väsentliga delar av betydelse för den regionala aktörens möjlighet att agera avseende patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Regionala villkor

Konkurrensverket menar att förutsättningarna för landstingens regionala villkor behöver ytterligare övervägas och förtydligas med särskilt beaktande av konkurrensneutralitet och EU-rättens proportionalitetsprincip. *Försäkringskassan, Sveriges läkarförbund, Svenska Privatläkarföreningen* med flera remissinstanser, anser att det tydligare skulle ha redovisats i

utredningen vilken typ av villkor som landstingen kan ställa vid etablering. *Dalarnas läns landsting* påpekar att utredningen anger motstridiga uppgifter om när i processen landstingen ska upprätta de villkor som ska gälla för en verksamhet. *Svensk förening för allmänmedicin*, *Konkurrensverket* och *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* anser att kriterierna för landstingens möjligheter att begränsa etableringar är oklara. *Konkurrensverket*, *Svenska Privatläkareföreningen* och flera remissinstanser, anser att föreslagets struktur för fastställande av villkor på olika nivåer riskerar att påverka möjligheten för etablering negativt. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* och *Sveriges Psykologförbund* påpekar att de små enskilda vårdgivarnas villkor skiljer från stora privata vårdbolags villkor och att kraven för etablering måste vara rimliga för de enskilda yrkesutövarna. *Vårdföretagarna* och *Praktikertjänst AB* anser att eventuella regler om gemensam kommunikationsplattform i etableringsavtalen inte får tolkas så att de privata vårdgivarna tvingas in i olika landstingssystem. *Svenska Diabetesförbundet* anser att speciella remissregler för besök hos specialist i öppenvård skulle kunna försvåra för patienten att söka den specialist man anser att man behöver. *Svenska Diabetesförbundet* ser det som positivt att landstingen ska kunna ge villkor för etablering med till exempel deltagande i kvalitetsregisterarbete. *Sveriges Pensionärs Riksförbund* kräver att landstingens avtal med vårdgivare om vårdinnehållet ska vara detsamma som inom landstingets verksamhet. *Svenska Privatläkareföreningen* föreslår en nationell kravspecifikation för specialistmottagningarna i öppenvården, med i förväg kända förutsättningar för vårdproducenterna. *Sveriges läkarförbund* menar att kriterierna kring regionalt godkännande måste återfinnas i lagtexten. *Stiftelsen Den Nya välfärden* anser att en bestämmelse med angivande av ramarna för vad som kan krävas respektive inte krävas i fråga om villkor för godkännande vid regional etablering bör införas i lagen. Enligt stiftelsen har de av EU-rätten grundade principerna om likabehandling och icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande samt proportionalitet, hittills i nationell praxis ansetts så pass vaga och tolkningsbara att de som regel inte kan läggas till grund för prövning eller dom utan stöd av anslutande bestämmelser i lag.

Förslag på villkor som bör ingå i etableringsavtalet

De Handikappades Riksförbund (DHR) anser att fysisk tillgänglighet och användbarhet ska vara ett ovillkorligt krav för att få regionalt godkännande och att detta villkor ska skrivas in i etableringsavtalet.

Diskrimineringsombudsmannen menar att en antidiskrimineringsklausul bör övervägas i etableringsavtalet. *Vårdförbundet* anser att etableringskraven förutom krav på kvalitet och öppenhet bör inkludera krav på samverkan.

Landstingens möjligheter att hänvisa begärd etablering till befintliga vårdvalsystem

Sveriges Psykologförbund och *Konkurrensverket* menar att det är oklart vid vilka situationer landstingen får hänvisa begärd etablering till befintligt vårdvalsystem enligt LOV. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* påpekar att landstingen i stort sett kan avslå alla ansökningar med hänvisning till LOV eftersom primärvårdens uppdrag är så brett att LOV kan omfatta princip all specialiserad öppenvård.

Landstingens möjligheter att neka vårdgivare och upphäva verksamhet

Konkurrensverket, *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* med flera remissinstanser, anser att ett förtydligande är nödvändigt om vilka sakskalet som kan medföra att etablerad verksamhet enligt LOVE upphävs. *Förvaltningsrätten i Umeå* anser att det saknas stöd i LOVE för landstinget att neka etablering med hänvisning till exempelvis problem för vårdstrukturen. *Konkurrensverket* anser att ett förtydligande om reglering av eventuella sanktioner och villkor för uteslutning i avtal mellan landsting och leverantör bör övervägas. *Svenska Privatläkarföreningen* menar att grunderna för när en verksamhet ska kunna upphöra bör anges i lagtexten. *Svenska Privatläkareföreningen* menar att landstingens veto-rätt att neka etablering på godtyckliga grunder ska strykas. *Sveriges Pensionärers Riksförbund* och flera remissinstanser delar utredningens förslag att landstinget ska ha rätt att neka etablering om det kommer att motverka eller försvåra en effektiv vård. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* menar att landstingens rätt att ”föranstalta” om att etablerad verksamhet ska upphöra, måste preciseras med en omställningsperiod på minst tre år.

Remissinstanserna

5. Förvaltningsrätten i Umeå anser att det saknas stöd i förslaget till lag om vårdgivaretablering (LOVE) för landstinget att neka etablering med hänvisning till exempelvis problem för vårdstrukturen. Frågan om i vilken utsträckning ett landsting ska kunna vägra etablering bör övervägas ytterligare och en eventuell möjlighet att neka etablering, utöver vad som följer av 5 kap. LOVE, måste klargöras i lagen. Förvaltningsrätten anmärker också att prövning av om en verksamhet ska upphöra måste ske inom ramen för etableringsavtalet. När utredningen berör frågan om hänvisning av vårdgivare till vårdvalsystem används två uttryck, ”i huvudsak” och ”endast marginellt”, som inte har samma innebörd, vilket kan medföra osäkerhet i rättstillämpningen. Det vore värdefullt om i det fortsatta arbetet även behandlas hur en befintlig etablering av privat vårdgivare förhåller sig till ett framtida vårdvalsystem. Förvaltningsrätten anser vidare att det är önskvärt att omfattningen av och djupet i domstolsprövningen enligt 8 kap. 2 § LOVE utvecklas något i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Det bör också ifrågasättas om 8 kap. 3 § LOVE övervägas

eller beröras i vilka situationer en vårdgivare inte lidit skada, men ”kan komma att lida skada”.

7. Försäkringskassan anser att det tydligare skulle ha redovisats i utredningen vilken typ av krav som landstingen kan ställa. Försäkringskassan frågar sig om kraven kan ställas endast på en mycket övergripande nivå, eller om de kan omfatta krav på en effektiv sjukskrivningsprocess, på användning av det försäkringsmedicinska beslutsstödet, på elektronisk överföring av medicinska underlag m.m. Det är vidare viktigt att det framgår tydligt om de som verkar inom den föreslagna etableringsplattformen är att anse som annan än sjukvårdshuvudman eller inte. Detta för att det ska vara tydligt för alla inblandade ifall Försäkringskassan kan ersätta vårdgivaren för de intyg han eller hon utfärdar. I de fall Försäkringskassan inte kan ersätta utfärdade intyg bör det tydigt framgå att den ersättning som landstinget ger vårdgivaren även ska omfatta utfärdandet av intyg.

8. Socialstyrelsen anser att författningsförslaget saknar väsentliga delar av betydelse för den regionala aktörens möjlighet att agera avseende patientsäkerhet och vårdkvalitet. T.ex. bör den föreslagna bestämmelsen i 5 kap. 1 § (de omständigheter som får medföra uteslutning av en sökande) kompletteras med skrivningar som motsvarar förslagen i propositionen 2009/10:210 Patientsäkerhet och tillsyn, avsnitt 8.3 avseende allvarlig brottslighet. Dessa brott, som avses i nämnda proposition, får anses ha större betydelse för patientsäkerheten, och för allmänhetens förtroende för yrkesutövaren, än om den sökande är försatt i konkurs eller har lämnat felaktiga skatteuppgifter.

16. Kammarkollegiet konstaterar att utredningen inte diskuterar några modeller för kontroll av verksamhetens utveckling och omfattning och inte heller föreslår några konkreta, normstyrda kontrollmekanismer. Enligt kollegiet bör landstingens grundläggande möjligheter att styra verksamheten vara reglerad i lag.

18. Konkurrensverket anser att förutsättningarna för landstingens regionala villkor behöver ytterligare övervägas och förtydligas med särskilt beaktande av konkurrensneutralitet och EU-rättens proportionalitetsprincip. Alltför högt ställda krav riskerar att stänga ute leverantörer från marknaden samtidigt som lågt ställda krav riskerar äventyra patientsäkerheten. En utvärdering av de vårdvalsområden som under senare tid inrättats inom vårdområdet somatisk specialistvård kan ge ytterligare vägledning om hur villkoren på bästa sätt kan formuleras för att säkerställa god vård för patienten och samtidigt stimulera företagandet. Vidare anser Konkurrensverket att den tänkta myndighetsstrukturen och gränsdragningen mellan vilka villkor som ska fastställas nationellt respektive

lokalt framstår som oklara i betänkandet. Föreslagen struktur för fastställande av villkor på olika nivåer riskerar dessutom att påverka möjligheten för etablering negativt. Villkor för etablering ska enligt förslaget fastställas både från ett nationellt och ett regionalt perspektiv och ersättningsnivån endast utifrån ett nationellt perspektiv. Det finns en uppenbar risk att villkor och ersättning inte korresponderar.

I utredningen framgår också att landstinget i etableringsavtalet får föranstalta om att en etablerad verksamhet ska upphöra. Konkurrensverket anser att ett förtydligande är nödvändigt om vilka sakskalet som kan medföra att etablerad verksamhet enligt LOVE upphävs. Konkurrensverket konstaterar vidare att förslaget är formulerat så att landstinget får hänvisa begärd etablering till inrättade vårdvalssystem om verksamheten stämmer överens med, eller endast marginellt avviker från uppsatta regler för vårdval. Konkurrensverket anser att ett förtydligande är nödvändigt gällande vad som hänsyftas med en ”marginell avvikelse” från uppsatta regler för vårdval. Konkurrensverket ser vidare administrativa svårigheter att hantera flera parallella system för etablering, där verksamheters ansvarsområden tillåts att delvis löpa in i varandra, i enlighet med skrivningen ovan. Att hantera flera system som kan verka i förhållande till varandra, i matrissystem, är komplicerat att administrera samt ger begränsade möjligheter till transparens. Stor komplexitet försvårar marknadsanalyser och kan därigenom upplevas som ett etableringshinder. Konkurrensverket anser att denna risk bör övervägas i arbetet med att förtydliga förutsättningarna vid vilka ett landsting kan hindra en etablering.

Konkurrensverket anser att ett förtydligande om reglering av eventuella sanktioner och villkor för uteslutning i avtal mellan landsting och leverantör bör övervägas. Konkurrensverket ifrågasätter vidare den föreslagna skrivningen i 6 kap. 2 § tredje stycket LOVE (motsvarar 19 § tredje stycket i LOL och LOS). ”Om vårdgivare trots påminnelser vid upprepade tillfällen eller i annars väsentlig utsträckning begär vårdgivarersättning med för högt belopp eller på annat felaktigt sätt, får landstinget sätta ned den samlade vårdersättning som begärs för viss tid till skäligt belopp.” Konkurrensverket anser inte att skrivningen främjar en effektiv konkurrens.

22. Diskrimineringsombudsmannen anser att det är nödvändigt att etableringsavtalet utformas med villkor som ställer krav på vårdgivaren att följa riktlinjer och kompetensutveckla sig när det gäller tillgänglig information till, bemötande av och adekvat och tillgänglig vård till patienter oavsett kön, könsidentitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionshinder, sexuell läggning eller ålder samt

en beskrivning av hur sådana villkor ska följas upp och innebörden av eventuella brister i åtagandet. Mot bakgrund av det allmännas skyldighet enligt grundlagen att verka för att alla människor skall kunna uppnå delaktighet och jämlikhet i samhället och motverka diskriminering är det extra viktigt att förtydliga ett sådant ansvar hos alla vårdgivare oavsett driftsform. Därmed anser DO att även en antidiskrimineringsklausul bör övervägas i etableringsavtalet. Med tanke på tyngden på frågan om medborgares rätt till hälsa och god vård på lika villkor samt att vårdgivare redan omfattas av diskrimineringsförbudet anser DO inte att det innebär någon ytterligare börda för vårdgivaren.

34. Linköping kommun menar att det inte är tydligt framskrivet i utredningen hur landstingens auktorisationsvillkor skall formuleras.

49. Stockholms läns landsting delar utredningens förslag om förbättrade möjligheter för landstingen att kräva in uppgifter och registrering från de vårdgivare landstingen finansierar, inklusive de som är anslutna via nationella taxan. Det är viktigt att det finns möjligheter att ställa krav på att vården ska dokumenteras i syfte att möjliggöra jämförelser mellan olika vårdgivare. I förlängningen är detta en nödvändighet för att patienterna ska kunna få en verklig kunskap och ett verkligt inflytande över den egna vården.

55. Kalmar läns landsting anser att landstingens möjligheter att fullt ut kunna planera hälso- och sjukvården skulle försämrats om det inte går att avslå en ansökan om etablering. Ansvaret för hälso- och sjukvården förutsätter att vårdprocesserna kan synkroniseras på ett effektivt sätt, vilket skulle försvåras om landstingen inte kan påverka antalet vårdgivare. Förslaget får bland annat konsekvenser för den slutna vården inom landstingen. Om alltmer av specialistsjukvården vid sjukhusen flyttas ut till öppen specialistvård kan landstingen få svårt att upprätthålla en god kvalitet på slutenvården.

57. Region Skåne anser att denna del av förslaget präglas av otydlighet och att det i viktiga delar är knapphändigt beskrivet. I författningsförslaget kommer ansökan in först och därefter utarbetas villkor som ska vara uppfyllda inom det verksamhetsområde som ansökan avser. I utredningen (sid 214) står dock att dessa villkor ska uppställas i förväg och publiceras av landstingen. Att uppställa villkoren i förväg kan vara svårt, t ex om det gäller krav på medverkan i jourverksamhet och en inkommen ansökan sedan visar sig gälla en mycket smal verksamhet som dessutom inte behöver bygga på läkarkompetens. Landstingen ska vidare enligt förslaget ha rätt att neka etablering om den ”uppenbart” kommer att motverka eller försvåra upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur inom

landstingsområdet. Vad som är uppenbart för landstinget behöver inte vara det för en enskild vårdgivare som önskar etableringsavtal, och en avvisning ska därför kunna överklagas. Det riskerar att leda till utdragna och för landstingen dyrbara och beslutsförslamande processer. Det innebär också att domstolar i slutändan kan komma att ha inverkan på vilken struktur som folkvalda demokratiska församlingar har att besluta om, helt i strid med intentionerna med det kommunala självstyret.

59. Västra Götalandsregionen påpekar att den föreslagna processen från godkännande till avtal genererar många obesvarade frågor. Bland annat är det svårt att bedöma om regelverket skapar reella förutsättningar till en ökad innovationskraft. Regionen uppfattar att nya idéer inte kan bli unika utan att den investering som en enskild vårdgivare gör i detta sammanhang kommer att bli en allmän egendom genom offentlig annonsering.

60. Värmlands läns landsting avvisar förslaget och anser att det är bristfälligt presenterat särskilt när det gäller nekande av en etablering. Förslaget om regionalt godkännande kommer inte att vara ett reellt godkännande baserat på landstingets plan- och budgetprocess utan i realiteten vara en effektivering av statligt beslut. Genom att inte kunna säga nej till en etablering fråntas landstinget möjligheten att fullt ut planera hälso- och sjukvården utifrån sin lagstadgade skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård i länet. Landstinget vill fästa uppmärksamheten på den grannliga uppgiften att som huvudansvarig vårdgivare synkronisera vårdprocesserna för att lyckas med hälso- och sjukvårdsuppdraget. Ett ökat antal vårdgivare är inte enbart positivt utan kan leda till effektivitetsproblem. Landstinget anser vidare att utredarens övervägande om regeringsbeslut om särskilda bestämmelser för att hindra landsting att ställa andra villkor för andra vårdproducenter än sina egna, uppfattas som ett onödigt uttryck för bristande respekt för landstingets integritet.

63. Dalarnas läns landsting påpekar att utredningen anger motstridiga uppgifter om när i processen landstingen ska upprätta de villkor som ska gälla för en verksamhet. Självklart är, såsom föreslås, att landsting ska ha rätt att neka etablering om det kommer att motverka eller försvåra upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur. Vitt tolkat får landstingen härigenom en viss möjlighet till kostnadskontroll och upprätthållet självstyrelse – men utredningen går inte närmare in på hur detta ska tolkas, vilket innebär en avsevärd osäkerhet.

65. Västernorrlands läns landsting anser att den fria etableringen gör att landstingen inte kan beräkna hur omfattande utbudet av annonserad vårdtjänst blir. Detta är enligt landstinget inte i överensstämmande med

den kvalitets- och kostnadskontroll som utredaren menar att förslaget ska ge landstingen. Det ställer också mycket stora krav på planering av den verksamhet som sker i "egen regi". Landstinget frågar sig om den egna verksamheten ska ändras så fort en ny ansökan inkommer.

72. Svenska Kommunalarbetsförbundet anser att utredningens förslag innebär att landstingen/regionen får vissa i praktiken marginella möjligheter att påverka vilka vårdetableringar som kommer att ske. Initiativet till etablering ligger i princip helt på den privata vårdgivaren medan finansieringsansvaret vilar på det offentliga. Att landstingen/regionerna i så hög grad frångår möjligheterna att prioritera och/eller styra utbudet av vård innebär en påtaglig risk för att sjukvårdshuvudmännen undandras möjligheterna till kostnadskontroll. Att etableringsavtalen dessutom föreslås formis som tillsvidareavtal utan föregående upphandling i öppen konkurrens på lika villkor stärker inte utredningens förslag.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att förslaget är otydligt eftersom man beskriver det regionala godkännandet på olika sätt i olika delar av betänkandet.

75. Sveriges läkarförbund anser att förslagen i denna del är modellens stora akilleshäla. Dels förs en del resonemang som både är dunkla och aldrig preciseras i lagtext. Dels ges huvudmännen stort utrymme att bestämma om etableringar och dess villkor. Enligt förbundet måste det till en rad förtydliganden innan ett nytt regelverk kan träda i kraft. Landstingens/regionernas befogenhet att ensidigt utarbeta villkor och hinder av nya verksamheter måste också avgränsas till en möjlighet att göra regionala anpassningar (till IT, lokal samverkan och jourverksamhet etc.). Kriterierna kring regionalt godkännande måste vidare självklart återfinnas i lagtexten. Förbundet frågar sig vad som menas. Kan huvudmannen avböja verksamheten för att man anser att syfte och mål inte uppnås? I vilket skede ska huvudmannens krav på syfte och mål tydliggöras? När landstinget sedan fått in en ansökan om godkännande ska villkor utarbetas. Det är dock oklart vilken typ av villkor som utredaren avser. I texten anges att vissa grundläggande villkor ska utformas lika för all verksamhet inom landstinget – men vad gäller för respektive specialitet? Lika oklart är inom vilken tid som landstinget ska ge besked.

Förbundet konstaterar också att det anges i förslaget att landstinget får hänvisa begärd etablering till befintligt vårdvalssystem enligt LOV om vårdvalssystemet omfattar de områden som etableringen är avsedd att verka inom. Frågetecknen här är flera. Kan huvudmannen hänvisa till vårdval inom primärvården om det inte är närmare preciserat vilka specialiteter som kan ingå? Vad händer med verksamheter inom LOV om landstinget senare väljer att införa vårdval inom LOV? Måste det finnas

vårdvalssystem enligt LOV för att LOVE inte ska bli tillämplig – eller kan landstingen i stället utveckla villkor enligt LOV när de får in en ansökan? Grunderna för när en verksamhet ska kunna upphöra bör naturligtvis också anges i lagtexten. På samma sida anges att landstinget har rätt att neka etablering om den uppenbart kommer att motverka eller försvåra upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur inom landstingsområdet. Här uppstår en möjlighet att undvika LOVE som landsting och regioner kommer att referera flitigt till på många håll.

76. Svenska Privatläkarföreningen konstaterar att landstingen ges rätt att utarbeta ett mycket omfattande regelverk för att bevilja etablering. Förutsättningarna för små mottagningar att kunna fullfölja sin verksamhet undergrävs. Man bör då betänka att ca 95 % av privata vårdgivare är så kallade mikroföretag med 1-10 anställda. De kommer att ha mycket svårt att uppfylla alla dessa kriterier och krav. Dessa krav läggs således utanpå själva patientarbetet. Det finns en risk att de administrativa kraven endast kan hanteras av större vårdbolag. Det skulle då gå stick i stäv med uppdraget. Avsikten med förslaget är att ”tillvarata entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården”. Resultatet riskerar således att bli det motsatta. Patienterna kommer att få färre vårdaktörer att välja emellan. Föreningen anser att utredningen generellt överlämnar många avgöranden om etablering till landstingen. Föreningens erfarenhet är att intresset för privat driven öppenvård kraftigt varierar mellan olika landsting, delvis beroende på den politiska styrningen i respektive landsting. Av den anledningen föreslår föreningen att regelverken måste förtydligas, gärna i en kompletterande utredning med deltagande av professionen. Tillämpningen av regelverken bör därefter överlåtas till den nya myndigheten.

Föreningen menar också att landstingens vetorätt att neka etablering på godtyckliga grunder, liksom landstingens rätt att föranstalta om att verksamhet skall upphöra i de fall landstingen ensidigt finner passande, ska strykas. Föreningen anser dessutom att det är förvånande att de kriterier som skall gälla inte framgår av lagtexten. Det råder en stor otydlighet och landstingen kan här anpassa sina krav på syfte och mål för att undvika att starta utarbetandet av villkor och därigenom undvika konkurrens. Att den största vårdproducenten själv fritt ska kunna skapa regelverk med vilka de kan undvika konkurrens förefaller vara varken mångfaldsstimulerande eller konkurrensneutralt. Privatläkarföreningen föreslår istället en nationell kravspecifikation för specialistmottagningarna i öppenvården, med i förväg kända förutsättningar för vårdproducenterna. Föreningen anser att förslaget ger en närmast gränslös möjlighet för landstingen att undvika etableringar enligt den föreslagna lagen. Privatlä-

karföreningen menar avslutningsvis att grunderna för när en verksamhet ska kunna upphöra bör anges i lagtexten.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) anser att förslaget inte är utrett på ett tillfredställande sätt eller tillräckligt analyserade för att kunna ligga till grund för lagändring. Den avgörande frågan är enligt LSR under vilka former ett landsting ska kunna neka en etablering. Grunden måste vara att patienter ska få de insatser de är i behov av samt att enskilda näringsidkare inte ska kunna hamna i utsatta positioner. Villkor angående kompetenskrav och specialisering måste baseras på en behovsanalys som landstingen är skyldiga utföra regelbundet enligt hälso- och sjukvårdslagen. Då tydliggörs vilka specialiseringar som behövs inom den specialiserade öppenvården. Primärvårdens uppdrag är, och ska vara, så brett att LOV kan omfatta princip all specialiserad öppenvård. Det är grunden för utredningen om patientens rätt. Det innebär dock att alla ansökningar om etablering kan avslås med hänvisning till LOV. Här går logiken i utredningsförslaget inte ihop. Historien ger goda skäl att befara att landstingen konsekvent kommer att neka alla rätt till etablering eftersom sjukgymnastik ryms inom vårdvalssystem. Det ligger stora ekonomiska drivkrafter inbyggda i systemet och huvudmännen tjänar på att hänvisa önskemål om etablering till LOV. Därmed riskerar LOVE att bli en verkningslös lagstiftning.

LSR anser att förslaget om att landsting ska ha rätt att neka etablering då det ”uppenbart motverkar” en effektiv vårdstruktur etc., är förstäligt. Dock är problematiken långt mer mångbottnat än vad utredningen ger uttryck för. Det är milsvidd skillnad mellan enskilda näringsidkare och multinationella vårdbolag/ riskkapitalistbolag. Likväl belastar båda den offentliga budgeten och kan avfärdas med samma regelverk. Avveckling av LOS, som inte ersätts av annat möjligt ersättningsystem för egna företagare, kommer leda till att mycket kompetens går förlorad inom offentligt finansierad svensk hälso- och sjukvård. Egna företagande sjukgymnaster, är i många fall inte lockade av att bli anställda. Istället riskerar dessa välutbildade och erfarna sjukgymnaster söka sig till andra verksamhetsområden, där de kan fortsätta sitt egenföretagande. Rätten att överklaga är grundläggande, men kan utgöra en stor påfrestning för en småföretagare, i vissa fall även en påtaglig ekonomisk risk. För att undvika att enskilda företagare vanemässigt hamnar i kläm bör förslaget förtydligas. Landstingens rätt att ”föranstalta” om att etablerad verksamhet ska upphöra, måste preciseras med en omställningsperiod på minst tre år. Beslut om eventuella investeringar förutsätter långa planeringsperioder. Sjukgymnaster har ingen avyttringsskälla för sin näringsverksamhet, alternativet är nedläggning eller konkurs.

78. Sveriges Psykologförbund menar att det är viktigt att kraven för etablering blir rimliga även för de enskilda yrkesutövarna för att värna mångfalden av olika vårdgivare. De små enskilda vårdgivarnas villkor skiljer sig avsevärt från stora privata vårdbolags villkor. Enligt utredningens förslag får landstingen hänvisa begärd etablering till befintligt vårdvalsystem enligt LOV om vårdvalsystemet i huvudsak omfattar de områden som etableringen är avsedd att verka inom. Vilka situationer som avses anser förbundet är något oklart och önskar ett förtydligande i förarbetena.

79. Vårdförbundet konstaterar att landstingen kan neka till etablering om det ”motverkar eller försvårar upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur”, en överklagansmöjlighet skall dock finnas. Det är svårt att förutse vad detta kommer att innebära i praktiken och effekterna av utredningens förslag blir alltså mycket svåra att bedöma. I etableringskraven bör enligt Vårdförbundet förutom krav på kvalitet och öppenhet även krav på samverkan finnas med.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) kräver att landstingens avtal med vårdgivare om vårdinnehållet ska vara detsamma som inom landstingets verksamhet. SPRF kräver också att samma regler och krav tillämpas som inom landstingets verksamhet när vård ska bedrivas med offentlig finansiering av andra vårdgivare. Varje vårdgivare ska ha lika ansvar att delta i hälso- och sjukvårdens förbättringsarbete oavsett i vilken ägarform som vård produceras. SPRF delar utredningens förslag att landstinget ska ha rätt att neka etablering om det kommer att motverka eller försvåra en effektiv vård. SPRF menar vidare att den enskilde vårdgivaren inte ska kunna ge lägre kvalitet på vård genom att inte skriva ut läkemedel som är dyrare. Har ett dyrare läkemedel genom forskning visat sig ge bättre behandlingsresultat ska den vårdsökande erhålla detta. Landstinget ska också kunna kräva att vårdgivarens anställda har samma kompetens som finns inom landstinget samt ha den personalbemanning som behövs utifrån verksamhetens innehåll. Vårdgarantin ska utan undantag tillämpas av samtliga vårdgivare.

91. Svenska Diabetesförbundet ser det som positivt att landstingen ska kunna ge villkor för etablering, exempel deltagande i kvalitetsregisterarbete. Förbundet anser dock att speciella remissregler för besök hos specialist i öppenvård skulle kunna försvåra möjligheten för patienten att själv söka den specialist man anser att man behöver och att det måste uppmärksammas så att detta inte motverkar den möjlighet till patientfokuserad vård.

93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) påpekar att det är oklart när ett landsting kan hindra en etablering eller utforma produktionsbegränsningar för en verksamhet samt vad som kan utgöra grund för uteslutning av leverantör efter etablering.

95. Vårdföretagarna anser att eventuella regler om en gemensam kommunikationsplattform i etableringsavtalen inte får tolkas så att de privata vårdgivarna tvingas in i olika landstingssystem, vilket behöver förtydligas. De olika landstingssystemen har stor variation över riket vilket försvårar och ibland omöjliggör för en nationellt verksam vårdgivare att uppfylla sitt ansvar enligt Patientdatalagen, och det har också visat sig att flera av systemen är bristfälliga och inte uppfyller dagens ställda lagkrav.

97. Praktikertjänst AB konstaterar att utredningen anser att etableringsavtalen kan innehålla regler om gemensam kommunikationsplattform. Detta får inte tolkas så att de privata vårdgivarna tvingas in i olika landstingssystem, vilket behöver förtydligas. De olika landstingssystemen har stor variation över riket vilket försvårar och ibland omöjliggör för en nationellt verksam vårdgivare att uppfylla sitt ansvar enligt Patientdatalagen, och det har också visat sig att flera av systemen är bristfälliga och inte uppfyller dagens ställda lagkrav. Praktikertjänst har också uppmärksammat att landstinget enligt utredningens förslag kan föranstalta om att en verksamhet som finns etablerad ska upphöra, vilket skapar en osäkerhet som försvårar för privata mindre företag att etablera sig.

101. Stiftelsen Den Nya Välfärden avstyrker förslaget om regionalt godkännande, i dess nuvarande utformning. Någon bestämmelse om på vilket sätt de regionala villkoren ska utformas föreligger inte. Visserligen följer av förslagets 1 kap. 4 § ett allmänt stadgande att de på EU-rätten grundade principerna om likabehandling och icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande samt proportionalitet ska iakttas. Dessa principer har dock hittills i nationell praxis ansetts så pass vaga och tolkningsbara att de som regel inte utan stöd av anslutande bestämmelser i lag eller författning kan läggas till grund för prövning och dom eller beslut. Den privata vårdgivare som av något skäl anser att visst eller vissa villkor för regional etablering inom ett verksamhetsområde innefattar konkurrensbegränsande hinder eller på annat sätt medför en otillbörlig begränsning av hans möjlighet till etablering riskerar därmed, vid avsaknaden av en tydlig reglering, att få betydande problem med att i domstol eller på annat sätt tillvarata sin rätt.

Vidare medför den föreslagna regleringen betydande tolkningsproblem. Hur ska till exempel villkor avseende ”tillgänglighet” (motiveringen s. 215) vara utformade? Enligt EU-rätten gäller som allmän princip att re-

gleringar som riskerar att hämma handeln mellan medlemsstaterna inte ska förekomma. Skulle exempelvis ett landsting som villkor för att erhålla regionalt godkännande ange att verksamheten ska bedrivas inom ett visst (begränsat) geografiskt område (exempelvis en kommun eller en stadsdel) riskerar detta att strida mot central EU-rätt eftersom andra vårdgivares möjligheter inom unionen, att erbjuda vård med offentlig finansiering från landstinget därmed utesluts. En bestämmelse med angivande av ramarna för vad som kan krävas respektive inte krävas i fråga om villkor för godkännande vid regional etablering bör därför införas i lagen.

103. Svensk förening för allmänmedicin anser att kriterierna för landstingens möjligheter att begränsa etableringar är alltför luddigt formulerade och det är därför omöjligt att förutse konsekvenserna av förslaget. Landstingen ges fria händer att utforma egna kriterier vilket riskerar att ge en fortsatt ojämlig vård med en mångfald av vårdgivare i storstadsregionerna och en utarmning i landsbygden, precis som idag. Det kommer sannolikt också att se väldigt olika ut i olika landsting och vi riskerar att få se en bristande kontinuitet beroende på maktskiften i landstingen i samband med val.

105. De Handikappades Riksförbund (DHR) anser att fysisk tillgänglighet och användbarhet ska vara ett ovillkorligt krav för att få regionalt godkännande och att detta villkor ska skrivas in i etableringsavtalet. God tillgänglighet måste garanteras för såväl patienter som presumtiva arbetstagare. Vid tillsyn anser DHR att även tillgängligheten och användbarheten hos vårdgivaren ska granskas och uppfyllas för att tillstånd skall ges.

9. Vårdgivares möjligheter att överklaga landstings- och myndighetsbeslut

Utredningens bedömning: Landstingens beslut att neka etablering ska kunna överklagas. Ett myndighetsbeslut enligt LOVE gällande tillstånd får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Kammarrätten i Stockholm och *Förvaltningsrätten i Umeå* efterlyser en närmare analys av de föreslagna rättsmedlen i LOVE. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* menar att förslaget om vårdgivarnas rätt att överklaga landstingens beslut bör förtydligas. *Vårdföretagarna* och *Praktikertjänst* menar det är en brist att förslaget saknar regler för hur en tvist ska avgöras i det fall en verksamhet tvingas upphöra, hur överprövning

sker samt vilken ersättning som i sådant fall skall utges till vårdgivaren. Remissinstanserna föreslår att det inrättas en oberoende myndighet och tydliga regler. *Förvaltningsrätten i Göteborg* påpekar att det i LOVE anges felaktigt att en ansökan om rättelse ska göras hos den länsrätt i vars domkrets landstinget har sin hemvist. *Region Skåne* och *Dalarnas läns landsting* påpekar att rätten till en rättslig överprövning av en nekad etablering kan innebära att rättsväsendet tar över bedömningen av hur vårdstrukturen ska se ut från de folkvalda demokratiska församlingarna. *Sveriges läkarförbund* frågar sig hur en förvaltningsdomstol ska kunna besluta om att landstinget ska erbjuda verksamhet enligt LOVE utan att trampa på landstingets självbestämmanderätt.

Remissinstanserna

3. Kammarrätten i Stockholm konstaterar att det i LOVE anges i 8 kap. 1 § att ett myndighetsbeslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol, om beslutet gäller tillstånd enligt 3 kap. 1 §. Om avsikten med förslaget är att endast beslut om tillstånd enligt 3 kap. 1 § ska kunna överklagas föreslår kammarrätten följande lydelse av 8 kap. 1 §: beslut enligt 3 kap. 1 § får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten. I betänkandet anförts det vidare att ”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 enligt kammarrätten kunna överklagas. Kammarrätten konstaterar att en sådan nekad etablering inte tycks träffas av den föreslagna lydelsen av 8 kap. 1 §.

I utredningens förslag till lag om vårdgivaretablering regleras i 8 kap. 2 och 3 §§ möjligheten till rättelse. De föreslagna lydelsena är hämtade från 10 kap. 1 och 2 §§ lagen (2008:962) om valfrihetssystem och någon närmare analys av möjligheten till rättelse saknas i betänkandet. Fråga kan t.ex. uppkomma om ett landstings återkrav av vårdgivarersättning ska omfattas av möjligheten att söka rättelse i allmän förvaltningsdomstol eller om ett tvistigt återkrav ska hanteras i allmän domstol. Av förslaget framgår också att landsting ska godkänna samtliga privata vårdgivare som uppfyller de villkor som landstinget har ställt upp och därefter teckna etableringsavtal med dessa. Det kan inte uteslutas att en privat vårdgivare anser att etableringsavtalens villkor strider t.ex. mot kravet på likvärdig behandling i 1 kap. 4 §. Det vore önskvärt med ett förtydligande om i fall etableringsavtalen omfattas av möjligheten att begära rättelse.

4. Förvaltningsrätten i Göteborg påpekar att det i LOVE anges felaktigt att en ansökan om rättelse ska göras hos den länsrätt i vars domkrets landstinget har sin hemvist. Där ska stå förvaltningsrätt.

5. Förvaltningsrätten i Umeå anser att det vore önskvärt att omfattningen av och djupet i domstolsprövningen enligt 8 kap. 2 § LOVE utvecklas något i det fortsatta lagstiftningsarbetet. Det bör också ifrågasätta om 8 kap. 3 § LOVE övervägas eller berörs i vilka situationer en vårdgivare inte lidit skada, men ”kan komma att lida skada”.

57. Region Skåne menar att vårdgivarnas rätt att överklaga riskerar att leda till utdragna och för landstingen dyrbara och beslutsförlamande processer. Det innebär också att domstolar i slutändan kan komma att ha inverkan på vilken struktur som folkvalda demokratiska församlingar har att besluta om, helt i strid med intentionerna med det kommunala självstyret.

63. Dalarnas läns landsting anser att en rättslig överprövning av en nekad etablering kan innebära att rättsväsendet tar över bedömningen av hur vårdstrukturen ska se ut. Landstinget Dalarna motsätter sig detta.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund anser att rätten att överklaga är grundläggande, men kan utgöra en stor påfrestning för en småföretagare, i vissa fall även en påtaglig ekonomisk risk. För att undvika att enskilda företagare vanemässigt hamnar i kläm bör förslaget förtydligas.

78. Sveriges läkarförbund frågar sig hur en förvaltningsdomstol ska kunna besluta om att landstinget ska erbjuda verksamhet enligt LOVE utan att trampa på landstingets självbestämmanderätt.

95. Vårdföretagarna anser att det är en stor brist i förslaget att det saknas regler för hur en tvist ska avgöras i det fall en verksamhet tvingas upphöra. Det bör inrättas en oberoende myndighet och tydliga regler att förhålla sig till. Förslaget att föra skadeståndstalan via allmän domstol är en alltför långsam och omständlig process.

97. Praktikertjänst AB anser att det i lag bör ges klara regler som reglerar hur överprövning sker samt vilken ersättning som i sådant fall skall utges till vårdgivaren. Praktikertjänst anser också att det bör inrättas en oberoende myndighet som utövar tillsyn och utifrån tydliga regler följer upp och har rätt att agera rättsligt i förhållande till fattade landstingskommunala beslut. Förslaget att föra skadeståndstalan via allmän domstol är en alltför långsam och omständlig process. Den tidsfrist

om ett år som anges i 8 kap 6 § är alltför begränsad med hänsyn till att denna talan normalt föregås av prövning vid allmän förvaltningsdomstol vilken inte med säkerhet är avslutad vid fristens utgång.

10. Landstingens möjligheter att kontrollera kostnader

Utredningens bedömning: Landstingens kostnadskontroll kan utföras i tre led. Det första ledet formuleras genom de ersättningar som fastställs av myndigheten. Det andra ledet formuleras av att utredningen anser att landstingen ska ha rätt att hänvisa begärd etablering till inrättade vårdvalssystem om verksamheten stämmer överens med, eller endast marginellt avviker från, det som formuleras i vårdvalssystem. Som ett tredje led har utredningen diskuterat möjligheten till att ge landsting rätt att ange den totala volym inom vilka vårdgivare kan bedriva verksamhet. Utredningen förordar att löpande utvärdering sker av hur verksamheterna i den öppna vården utvecklas.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Landstingens möjligheter att kontrollera kostnader

Sveriges Kommunal tjänstemannaförbund, Sveriges Kommuner och landsting och flera landsting menar att förslaget som helhet riskerar att minska landstingens möjligheter att kontrollera kostnaderna.

Värmlands läns landsting anser inte att utredaren tillräckligt noga har belyst direktivet att särskilt beakta landstingens möjligheter att upprätthålla kostnadskontroll. *Region Skåne* konstaterar att förslaget endast innebär medel för myndigheten att kunna kontrollera kostnaderna och inte för landstingen. *Uppsala läns landsting* anser att utredningens föreslagna verktyg till kostnadskontroll är alltför begränsade och otydliga. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att kostnadskontroll är nödvändig men behöver ske utifrån ett patientperspektiv. *Vårdförbundet* anser att en successiv utvidgning av vårdvalet till att omfatta mer av den specialiserade öppna vården väsentligt skulle förenkla kostnadskontrollen för landstingen. *Vårdföretagarna* anser att utredningens förslag behöver förtydligas i denna del i syfte att söka uppnå ett konkurrensneutralt ersättningssystem.

Kostnadskontroll genom det nationella ersättningssystemet

Region Skåne menar att den föreslagna lägsta nivån för den ekonomiska ersättningen som beslutas av myndigheten riskerar att driva upp kostnaderna i förhållande till vad som följer av LOU, där regionens erfarenheter är att priser i stället ofta kan pressas. *Sveriges Kommuner och Landsting* påpekar att det är möjligt att åstadkomma kostnadskontroll inom ramen för vårdvalssystemen där en stor del av ersättningen knyts till en individ men att det är svårare inom områden där det är åtgärder som sätts.

Kostnadskontroll genom att landstingen anger totalvolymen inom olika verksamhetsområden

Sveriges Kommuner och landsting och *Västra Götalandsregionen* menar att alternativet med takkonstruktioner för varje enskild blir svårt att hantera i ett system där antalet utförare ökar kontinuerligt. *Hallands läns landsting* påpekar att den föreslagna totalvolymen inom ett verksamhetsområde som landstinget har rätt att ange ställer mycket stora krav på anpassningsbarhet och skalbarhet för landstingets egenregiverksamheter. *Sveriges läkarförbund* anser att det är väsentligt att ersättningsbegränsningarna är tydliga och förutsägbara för vårdgivaren innan verksamheten påbörjas.

Uppföljning av verksamheten i den öppna vården

Sveriges läkarförbund och *Konkurrensverket* tillstyrker att löpande uppföljning ska ske över hur verksamheterna i den öppna vården utvecklas. *Riksförbundet för Social och Mental Hälsa* menar att det är nödvändigt att tillsynsmyndigheten och landstingen får tillgång till såväl erforderliga resurser som effektiva sanktionsmedel för att uppföljning av vårdgivarnas verksamhet ska fungera effektivt. *Datainspektionen* anser att frågan om landstingens uppföljning kräver ytterligare överväganden för att se till att skyddet för patientens integritet tillgodoses. *Kammarkollegiet* konstaterar att utredningen inte diskuterar några modeller för kontroll av verksamhetens utveckling och omfattning och inte heller föreslår några konkreta, normstyrda kontrollmekanismer. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att en nationell övergripande myndighet i samverkan med professionsföreträdare ska kunna ge riktlinjer över hur uppföljning av kvalitet och resultat hos vårdgivare ska ske.

Remissinstanserna

6. Datainspektionen anser att frågan om landstingens uppföljning, i den mån den är tänkt att innefatta tillgång till andra vårdgivares patientuppgifter, kräver ytterligare överväganden för att se till att skyddet för patientens integritet tillgodoses. Övervägandena bör i så fall omfatta det rättsliga stödet för uppföljningen, patientsekretess, förutsättningarna i övrigt för landstingens uppföljning samt eventuellt behov av författningsreglering. Utredningen skriver att Nationell Patientöversikt kommer att innebära ytterligare möjligheter till förbättrad uppföljning, utvärdering och forskning. Datainspektionen vill här framhålla att av bestämmelserna om sammanhållen journalföring i 6 kap. patientdatalagen framgår att direktåtkomst vid sammanhållen journalföring bara får användas för syftena vård och intygsutfärdande. När det har bestämts vem som ska föra registret bör man i författning även peka ut vem som ska vara personuppgiftsansvarig enligt personuppgiftslagen.

8. Socialstyrelsen anser att det är oklart hur landstingens kostnadskontroll av hälso- och sjukvården kan vidmakthållas.

16. Kammarkollegiet konstaterar att utredningen inte diskuterar några modeller för kontroll av verksamhetens utveckling och omfattning och inte heller föreslår några konkreta, normstyrda kontrollmekanismer.

18. Konkurrensverket anser att det är angeläget att verksamheten följs upp och utvärderas.

50. Uppsala läns landsting anser att utredningens föreslagna verktyg till kostnadskontroll är alltför begränsade och otydliga. Landstinget saknar exempelvis förslag om totalt kostnadstak för respektive verksamhetsområde. Enligt förslaget har landstingen rätt att säga nej till verksamhet som kommer att motverka eller försvåra en effektiv vårdstruktur i landstinget. Innebörden i detta behöver förtydligas.

55. Kalmar läns landsting konstaterar att förslaget inte innehåller något kostnadstak för olika verksamhetsområden. Den totala volymen och därmed kostnaderna kan inte hållas under kontroll eftersom landstingen i princip inte kan påverka antalet privata vårdgivare.

57. Region Skåne konstaterar att förslaget endast innebär medel för myndigheten att kunna kontrollera kostnaderna och inte för landstingen. Det är endast myndigheten som ska fastställa vilka ersättningar som ska gälla. Utredningen överväger också möjligheten att ge landstingen rätt att ange den totala volymen inom vilka vårdgivare kan bedriva verksamhet. Eftersom en sådan begränsning kommer att gälla per vårdgivare och inte totalt för hela vårdproduktionen, så kvarstår risken att den totala volymen inte kan hållas under kontroll eftersom landstingen i princip inte kan påverka antalet privata vårdgivare. Den föreslagna lägsta nivån för den ekonomiska ersättningen (golvet) som beslutas av myndigheten riskerar också att driva upp kostnaderna i förhållande till vad som följer av LOU, där Region Skånes erfarenheter är att priser i stället ofta kan pressas. Färre privata vårdgivare än idag kommer därför sannolikt att vilja gå in med anbud vid en upphandling för att istället satsa på en etablering med stöd av den föreslagna lagen om vårdgivaretablering.

58. Hallands läns landsting är kritisk till att landstingen i så hög grad fräntas möjligheterna att prioritera och styra utbudet av vård, vilket försämrar landstingets möjligheter till kostnadskontroll. Landstinget är också av uppfattningen att den föreslagna totalvolymen inom ett verksamhetsområde som landstinget har rätt att ange ställer mycket stora

krav på anpassningsbarhet och skalbarhet för landstingets egenregiverksamheter, i takt med att utbudet privata vårdaktörer etableras inom området.

59. Västra Götalandsregionen menar att det i realiteten kommer att bli mycket svårt för landstingen att utöva kostnadskontroll eftersom volymbegränsningar ska relateras till den enskilde vårdgivaren. Att avgöra denna nivå kommer att vara svårt eftersom landstingen i förväg inte vet hur många aktörer som ska dela på den totala volymen. Det motverkar dessutom valfriheten eftersom vårdgivare som nått ersättningstaket inte får lönsamhet i "överproduktion" och sannolikt kommer att bromsa upp sin verksamhet. Lagen om offentlig upphandling (LOU) kommer enligt Västra Götalandsregionen inte längre att vara ett hjälpmedel för att hålla kostnaderna nere inom den öppna specialiserade vården om den föreslagna lagstiftningen träder i kraft. Detta beroende på att det sannolikt inte föreligger något incitament att konkurrera om pris i och med att ersättningsnivån är förutbestämd på nationell nivå.

60. Värmlands läns landsting anser inte att utredaren tillräckligt noga har belyst direktivet att särskilt beakta landstingens möjligheter att upprätthålla kostnadskontroll.

61. Örebro läns landsting menar att det föreslagna systemet frånhänder landstingen möjligheten att kontrollera den totala kostnaden genom att landstingen inte får rätt att säga nej till ett etableringsavtal.

62. Västmanlands läns landsting menar att det åtgärdsbaserade ersättningsystemet som föreslås av utredningen inte bidrar till ökad samordning och riskerar att landstinget helt förlorar kostnadskontrollen vilket kan få påtaglig effekt på annan landstingsfinansierad verksamhet.

64. Gävleborgs läns landsting saknar förslag om en ersättningsmodell som ger möjlighet till god kostnadskontroll.

68. Norrbottens läns landsting konstaterar att förslaget inte innehåller något kostnadstak för respektive verksamhetsområde. Därmed finns ingen möjlighet för landstinget att kontrollera kostnaderna och landstingets kostnader riskerar därmed att öka okontrollerat.

72. Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) anser att det finns en risk att huvudmännens möjligheter att kontrollera kostnaderna minskas vilket bör belysas ytterligare i den fortsatta beredningen av utredningens förslag.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att landstingens totalkostnadskontroll äventyras i det fall förslaget genomförs. SKL påpekar att det är möjligt att åstadkomma kostnadskontroll inom ramen för vårdvalssystemen där en stor del av ersättningen knyts till en individ. Inom områden där det är åtgärder som ersätts är det däremot betydligt svårare. Alternativet med takkonstruktioner för varje enskild vårdgivare eller andra volymbegränsningar som anges i förslaget blir svåra att hantera i ett system där antalet utförare ökar kontinuerligt.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) anser att kostnadskontroll är nödvändig men behöver ske utifrån ett patientperspektiv. Den måste utformas så hela hälso- och sjukvårdens insatser rättvisegörs. Vissa insatser ger (bestående) effekt först i ett längre perspektiv. System för kostnadskontroll får aldrig ha inbyggda drivkrafter som diskriminerar, värderar felaktigt eller som leder till att patienter inte får tillgång till vård och rehabilitering som de är i behov av och har rätt till enligt Hälso- och sjukvårdslagen. Förbundet anser också att en nationell övergripande myndighet i samverkan med professionsföreträdare ska kunna ge riktlinjer över hur uppföljning av kvalitet och resultat hos vårdgivare ska ske

78. Sveriges läkarförbund tillstyrker att löpande uppföljning ska ske över hur verksamheterna i den öppna vården utvecklas. Däremot är utredningen otydlig i de skrivningar som gäller möjligheterna till kostnadskontroll. Är det den nationella myndigheten eller varje enskilt landsting som ska kunna reducera belopp eller sätta tak när produktionen överstiger viss angiven volym? Utredaren diskuterar även möjligheten för landsting/regioner att ange den totala volym inom vilka vårdgivare kan bedriva verksamhet, där även landstingsägd produktion omfattas. Hur ska den enskilde aktören kunna värdera om det är möjligt att ingå i ett sådant system? Det går ju inte att på förhand bedöma när den totala volymen är uppnådd. Enligt förbundet är det väsentligt att ersättningsbegränsningarna är tydliga och förutsägbara för vårdgivaren innan verksamheten påbörjas. På detta område behövs tydliga nationella regler.

79. Vårdförbundet anser att en successiv utvidgning av vårdvalet till att omfatta mer av den specialiserade öppna vården väsentligt skulle förenkla kostnadskontrollen för landstingen.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) anser att landstinget ska ha möjligheter att löpande kontrollera kostnaderna.

93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) menar att det är angeläget att verksamheten hos vårdgivarna följs upp och utvärderas. RSMH menar också att det är nödvändigt att tillsynsmyndigheten och landstingen får tillgång till såväl erforderliga resurser som effektiva sank-

tionsmedel för att uppföljning av vårdgivarnas verksamhet ska fungera effektivt. Annars finns det risk för att allvarliga överträdelser inte kan beivras och att syftet med den föreslagna lagen inte uppnås. Uppföljning och revision måste omfatta verksamhetens kvalitet (vilket även innefattar mänskliga värden som exempelvis inflytande, delaktighet, flexibilitet, helhetssyn, samverkan respekt samt bemötande och relation till patienten) och inte enbart de ekonomiska ansatserna. För att möjliggöra bättre uppföljning och kontroll måste regler skapas som gör det möjligt för landstingen och tillsynsmyndigheten att kontrollera att vårdgivaren på ett tillfredställande sätt utför de insatser som man kommit överens om. Det bör därtill tillskapas ett regelverk som ger möjligheter att utkräva vite eller i sista hand utträde om vårdgivaren inte tillgängliggör de uppgifter som efterfrågas. Utan möjlighet till sanktion riskerar regeln i praktiken att bli verkningslös.

95. Vårdföretagarna konstaterar också att det under utredningens avsnitt 8.7 redovisas tre olika led för kostnadskontroll. Det första ledet indikerar att de regler som idag finns om ersättningstak i LOL och LOS behålls. Om taken endast avser de privata vårdgivarna snedvrids konkurrensen. Det är av yttersta vikt att en övergång av ersättning till enbart vara patientavgift gäller lika för alla producenter, dvs. även offentliga. Utredningens förslag behöver förtydligas i denna del i syfte att söka uppnå ett konkurrensneutralt ersättningssystem. Ett system enligt detta led ger som utredningen själv framhållit motsättningar för strävan mot optimalt organiserade verksamheter.

11. Möjligheter för landstingen att styra och prioritera

Utredningens förslag: Utredningen anser att prioriteringsregler som fastställts av landstingsfullmäktige också ska gälla verksamhet bedriven enligt etablering genom LOVE.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Värmlands läns landsting och *Sveriges Pensionärers Riksförbund* är positiva till förslaget. *Sveriges läkarförbund* är starkt kritiskt till att respektive landstings prioriteringsregler ska gälla för den verksamhet som etableras och ersätts via LOVE. *Svensk förening för allmänmedicin* anser att förslaget riskerar leda till att prioriteringsreglerna åsidosätts. *Svenska Privatläkarföreningen* anser att ett nationellt regelverk bör gälla för eventuella begränsningar i vårdproduktion och att de är kända av vårdgivaren innan verksamheten påbörjas.

Remissinstanserna

60. Värmlands läns landsting anser att det är en självklarhet att landstingets prioriteringsregler ska gälla även ny öppenvård.

62. Västmanlands läns landsting menar att landstinget riskerar att förlora möjligheten att på ett effektivt sätt planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Förslaget innebär enligt landstingets mening att prioriteringar mellan verksamhetsområden försvåras och i slutändan att patientens möjligheter att få behovsstyrd vård minskas.

76. Svenska Privatläkarföreningen anser att ett nationellt regelverk bör gälla för eventuella begränsningar i vårdproduktion och att de är kända av vårdgivaren innan verksamheten påbörjas.

78. Sveriges läkarförbund är starkt kritiskt till att respektive landstings prioriteringsregler ska gälla för den verksamhet som etableras och ersätts via LOVE. Likvärdighetsprincipen i vården menar förbundet ska gå före självstyret. Detta talar för en nationell prioritering inom ramen för LOVE och att etableringsmöjligheterna måste vara likvärdiga i hela landet.

80. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) påpekar att det behövs öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården för att vården ska kunna ges efter behov eftersom en oändlig efterfrågan aldrig kan tillfredsställas med ändliga resurser.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) kräver att de prioriteringsregler som fastställs av landstingsfullmäktige också ska gälla vid etablering av verksamheter enligt LOVE.

103. Svensk förening för allmänmedicin anser att förslaget riskerar leda till att prioriteringsreglerna åsidosätts. De patienter som har försämrad autonomi, främst äldre och multisjuka, behöver i första hand en läkare med generalistkompetens som kan tillgodose patientens alla medicinska behov, om än med assistans av övriga specialister. Risken är att patienter med större medicinska behov, men med en lägre grad av autonomi och egen kunskap, får en minskad tillgång till sjukvård som en följd av förslaget.

12. Landstingsanställdas rätt att parallellt arbeta i annan verksamhet

Utredningens förslag: Utredningen förordar en flexibel hantering av landstingen för att möjliggöra för landstingsanställda att arbeta parallellt i öppenvårdsverksamhet.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

9 remissinstanser framstår som negativa till utredningens förslag och 2 är positiva till förslaget.

Flera landsting har en restriktiv hållning när det gäller de egna anställdas bisysslor. *Kammarkollegiet* anser att frågan om bisyssla för landstingsanställd personal inte är tillräckligt utredd. *Jämtlands läns landsting* konstaterar att de juridiska och skattemässiga konsekvenserna av förslaget inte är redovisade. *Västra Götalandsregionen* och *Dalarnas läns landsting* menar att förslaget riskerar att bidra till lojalitets- och intressekonflikter. *Västra Götalandsregionen*, *Värmlands läns landsting* och *Västmanlands läns landsting* menar att förslaget riskerar att bidra till minskat förtroendekapital för vården hos befolkningen. *Dalarnas läns landsting* anser att förslaget riskerar att undergräva landstingens egna möjligheter att bedriva effektiva och trovärdiga verksamheter. *Sveriges Pensionärers Riksförbund* menar att arbetstiden hos båda arbetsgivarna måste slås samman om förslaget ska genomföras. *Vårdföretagarna* menar att det är positivt att fler etableringar leder till att vårdpersonalen får utökade möjligheter att arbeta i egen regi eller hos privata vårdgivare och fler arbetsgivare att välja mellan. *Sveriges läkarförbund* är positiva till förslaget. *Vårdföretagarna* saknar tankar om hur behovet av utbildning kan tillgodoses för personalen i förslaget.

Remissinstanserna

16. Kammarkollegiet anser att frågan om bisyssla för landstingsanställd personal inte är tillräckligt utredd och är därför tveksam till utredningens förslag.

57. Region Skåne har en restriktiv hållning när det gäller de egna anställdas bisysslor, med undantag för landstingets egna specialisters möjligheter att arbeta inom vårdvalsystemet. Det finns alltid en risk att förtroendet för landstingets egen verksamhet skadas när andra intressen än det strikt medicinska behovet kan komma att påverka beslut om väntetider, remisshantering, behandlingsinsatser etc.

59. Västra Götalandsregionen konstaterar att förslaget strider mot det regelverk som Västra Götalandsregionen skapat för bisysslor och riskerar att bidra till lojalitetskonflikter och minskat förtroendekapital hos befolkningen.

60. Värmlands läns landsting menar att förslaget saknar tillräckliga analyser för att läggas till grund för ett nytt system. Landstingets inställning till att kombinera landstingsanställningen med privat verksamhet är restriktiv. Allmänhetens förtroende för landstingets vård kan skadas i ett

läge där misstanke kan föreligga om att kötider, remisshantering och behandlingsinsatser kan påverkas av andra faktorer än det medicinska behovet.

62. Västmanlands läns landsting menar att förslaget att landstingsanställda ska kunna arbeta parallellt i privat verksamhet riskerar att minska trovärdigheten hos de anställda.

63. Dalarnas läns landsting anser att förslaget riskerar att undergräva landstingens egen möjlighet att bedriva effektiva och trovärdiga verksamheter. Det bäddar uppenbart för intressekonflikter.

66. Jämtlands läns landsting konstaterar att de juridiska och skattemässiga konsekvenserna av förslaget inte är redovisade. Landstingets inställning till denna kombination är restriktiv.

78. Sveriges läkarförbund delar helt ambitionen som utredningen för fram om att möjliggöra för landstingsanställda att arbeta parallellt i öppenvårdsverksamhet. Detta är en helt nödvändig förutsättning för att paradigmskiftet i den specialiserade öppenvården ska komma till stånd. Utredningens tankar här är dessvärre till intet förpliktande. Sannolikt kommer landsting och regioner i sin arbetsgivarroll att ha en negativ inställning till bisysslor i verksamheter som konkurrerar med den egna. Skarpa regler måste till som ger utrymme för flexibla arbetsformer. Man bör också fundera över bättre system för pensionsavsättningar som ger mindre inlåsnings effekter för medarbetare i den offentliga sektorn.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) avstyrker att landstingsanställda har rätt att parallellt arbeta i annan vårdverksamhet. Om utredningens förslag ska genomföras måste arbetstiden hos båda arbetsgivarna slås samman och inte som i dagsläget räknas var för sig.

95. Vårdföretagarna menar att det är positivt att fler etableringar leder till att vårdpersonalen får utökade möjligheter att arbeta i egen regi eller hos privata vårdgivare och fler arbetsgivare att välja mellan. Detta skapar givetvis incitament för förbättrad arbetsmiljö, medinflytande, innovativa organisatoriska lösningar, kompetensutveckling och så vidare, i såväl privat som offentligt driven vård. Detta bör också stimuleras inom ramarna för den nationella ersättningsmodellen.

13. Öppna vårdens utveckling

Utredningens förslag: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Flera remissinstanser, exempelvis *Kammarkollegiet*, *Hallands läns landsting* och *Vårdföretagarna*, anser att det finns behov av olika former av oberoende kontinuerlig utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat.

Remissinstanserna

16. Kammarkollegiet anser liksom utredaren att det finns behov av olika former av oberoende kontinuerlig utvärdering av hälso- och sjukvårdens resultat. Dock kan kollegiet konstatera att utredningen inte har tillfört något i frågan utöver vad som kommit fram i andra utredningar och sammanhang.

57. Region Skåne har inget att invända mot förslaget men anser att insatserna inte är beroende av att huvudförslaget om en ny etableringsplattform genomförs.

58. Hallands läns landsting delar det som framförs i betänkandet - att behovet är stort av olika former av oberoende kontinuerlig nationell utvärdering och granskning av hälso- och sjukvårdssystemets funktion och resultat. Behovet av utveckling och tillämpning av en nationell standard är stort, och bör organiseras efter en enhetlig fastslagen modell. Det är idag stora olikheter i landet när det gäller uppföljning och redovisning av kvalitet i vård och omsorg, liksom skillnader mellan hur man följer upp privata respektive offentliga vårdgivare.

60. Värmlands läns landsting anser att förslaget om nationellt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens utveckling är en angelägen fråga, men inte specifik för föreliggande förslag, som bör diskuteras utifrån generella utgångspunkter.

95. Vårdföretagarna har länge förordat införande av en ny oberoende uppföljning och utvärdering inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Det har funnits stora olikheter i landet när det gäller uppföljning och redovisning av kvaliteten i vård och omsorg, liksom skillnader i hur man följer upp privata respektive offentliga vårdgivare. Vårdföretagarna menar att det måste finnas nationella system som omfattar alla vård- och omsorgsgivare på lika villkor. Detta är mycket väsentligt för att de valfrihetssystem som växer fram, och det system som förespråkas i detta betänkande, ska kunna fungera optimalt, bland annat för att patienterna ska kunna göra kunskapsbaserade val.

100. Läkemedelsindustriföreningen (LIF) anser att kunskapsstyrning – statlig, regional eller genom professionerna – av vården är central för att förbättra behandlingsresultaten och för att patienter ska få likvärdig vård över hela landet. Av största vikt är också att det sker en kontinuerlig nationell utvärdering och granskning av hälso- och sjukvårdssystemets funktion och resultat. LIF välkomnar ett brett perspektiv på vårdens kvalitet, där även medicinska resultat/medicinsk nytta ges stor tonvikt. Enligt LIF:s uppfattning har den svenska kvalitetsdiskussionen i alltför liten grad fokuserat just på vilka medicinska resultat som nås, vilket trots allt torde vara den viktigaste aspekten av hälso- och sjukvården.

14. Beräkning av resurser för ny etableringsplattform

Utredningens förslag: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket anser att det är det svårt att överblicka resursåtgången. *Västernorrlands läns landsting* och *Vårdförbundet* anser att den ekonomiska satsningen bör användas för att stimulera utveckling och tillämpning av LOV och LOU.

Remissinstanserna

13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket anser att det är det svårt att överblicka resursåtgången innan verksamheten fått en närmare utformning.

17. Kammarkollegiet anser att underlaget är så pass ofärdigt att det inte går att ta ställning till. De högre kostnaderna kommer att ligga på landstingen.

60. Värmlands läns landsting menar att de 20 miljoner kronor som den nya etableringsplattformen beräknas kosta i sig är ett litet belopp i förhållande till de totala kostnadsökningar som kan beräknas belasta lands-

tingen. Dessa problem lindras bara temporärt av tidsbegränsade stimulansbidrag. Den grundläggande kostnadsökningen kvarstår.

65. Västernorrlands läns landsting anser att dessa medel inte konstruktivt förbättrar den svenska hälso- och sjukvårdens effektivitet eller kvalitet. De resurser som måste läggas på ökade administrativa kostnader som en följd av förslaget skulle istället kunna användas till att landstingen själva via LOU förbättrar utbudet och då efter verkligt behov vad avser kompetens och inriktning.

79. Vårdförbundet tillstyrker förslaget om fortsatta insatser för att förstärka hälso- och sjukvårdens utveckling. Vårdförbundet tycker att utredningens förslag på ekonomisk satsning kan användas för att stimulera en utveckling och tillämpning av vårdvalet enligt LOV. De extra medlen kan bidra genom att stimulera till den mångfald som eftersträvat genom att skapa fler möjligheter för småföretagande och entreprenörskap i vården och att våga pröva olika möjligheter inom ramen för LOV.

15. Genomförande

Utredningens förslag: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Socialstyrelsen och *Kammarkollegiet* anser att tidsplanen är orealistisk. *Socialstyrelsen* menar att erfarenheter från införandet av och utvecklingen av vårdval i primärvården bör följas upp innan en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna specialiserade hälso- och sjukvården utanför primärvården införs. *Socialstyrelsen* anser att det är en brist att införandet av vårdval inom primärvården inte närmare har analyserats i utredningen. *Svenska Privatläkarförbundet* anser att reformen inte ska genomföras i all hast utan behöver planeras med ett perspektiv på minst två år. *Tjänstemännens Centralorganisation (TCO)* menar att det inte är försvarbart att på kort tid genomföra en så genomgripande förändring som förslagen innebär, med så dåligt beslutsunderlag.

Remissinstanserna

8. Socialstyrelsen bedömer det tidsperspektiv som utredningens förslag innebär som orealistiskt. *Socialstyrelsen* menar att erfarenheter från införandet av och utvecklingen av vårdval i primärvården bör följas upp innan en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna specialise-

rade hälso- och sjukvården utanför primärvården utformas och införs. Socialstyrelsen saknar också att införandet av vårdval inom primärvården inte närmare har analyserats i utredningen.

13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket påpekar att tandvårdsreformen föregicks av ett beredningsarbete, som medgav framtagande av ett första regelverk kring referenspriser och åtgärder som kunde ersättas. Det framgår inte mer om genomförandet av denna reform än att det är tänkt att nuvarande ersättningssystem ska överföras till den nya etableringsformen. Den ansvariga myndigheten får därefter successivt värdera ersättningarna och genomföra de förändringar som krävs för en sammanhållen vårdprocess. Hur lång denna omställningsprocess förväntas bli och vilka resurser som kommer att krävas, utvecklas inte av utredningen.

17. Kammarkollegiet anser att tidsplanen är orealistisk

69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) menar att det inte är försvarbart att på kort tid genomföra en så genomgripande förändring som förslagen innebär, med så dåligt beslutsunderlag – särskilt inte som det kan få direkta negativa konsekvenser både för den allmänna principen om allas lika rätt till vård – utifrån behov, och för enskilda individers möjligheter att få sina vårdbehov tillgodosedda.

76. Svenska Privatläkarföreningen anser att reformen inte ska genomföras i all hast utan behöver planeras med ett perspektiv på minst två år. Sverige är ett litet land och därför bör reformen helt och hållet vara nationell. Vården skall ges på lika villkor till alla patienter över hela landet och systemet skall kvalitetsmässigt kunna utvärderas och vården jämföras med den offentligt producerade. Då kan all vård förbättras.

89. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF) kräver i enlighet med utredningens förslag att etableringen ska ske inom en period av sex månader samt menar att LOVE ska utvärderas efter ett år.

16. Tillsyn över landstingens ansvar för etableringar och vissa konkurrensfrågor

Utredningens förslag: Utredningen anser att regeringen bör överväga om inte Konkurrensverket bör ha egen talerätt när det gäller vårdvalsystemens 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Konkurrensverket, Praktikertjänst och Sveriges läkarförbund anser att Konkurrensverket bör ha egen talerätt när det gäller både LOVE och LOV. *Linköpings kommun, Praktikertjänst och Svenska Privatläkareföreningen* anser att Konkurrensverket ska få sanktionsmöjligheter. *Konkurrensverket* anser att det bör övervägas möjligheter att utkräva vite eller liknande och i sista hand utträde om tillgång till efterfrågade uppgifter inte skulle medges av vårdgivare. *Konkurrensverket* anser att ett eventuellt uppdrag för myndigheten att granska utvecklingen av LOVE och komma med förslag till regeländringar bör vara tidsbegränsat.

Remissinstanserna

17. Kammarkollegiet instämmer i utredningens förslag.

18. Konkurrensverket instämmer med utredarens bedömning att tillsyn av myndigheter är nödvändigt för att marknaden ska fungera optimalt. Konkurrensverket har idag en tillsynsroll gällande LOV men har ingen talerätt på området. Enligt Konkurrensverket förutsätter en talerätt enligt LOVE en talerätt enligt LOV, vilken Konkurrensverket anser vara angelägen. Myndigheten har dock observerat att den skrivning som nu finns i LOL och i LOS, som medger landsting rätt att ta del av journaler för att verifiera att besök har ägt rum och att åtgärder stämmer överens med den ersättning som begärts, inte är medtagen i lagförslaget till LOVE. Skrivningen i LOL och LOS tillkom utifrån uppmärksammade problem inom uppföljningsområdet. Konkurrensverket finner det därför angeläget att en liknande skrivning överförs till LOVE, förslagsvis efter viss omarbetning till att även omfatta kvalitet och inte enbart ekonomiska ansatser för revision. Konkurrensverket anser vidare att det som en följd av den föreslagna skrivningen även bör övervägas olika möjligheter att utkräva vite eller liknande och i sista hand utträde om tillgång till efterfrågade uppgifter inte skulle medges enligt lag. Utan möjlighet till sanktion riskerar regeln i praktiken bli verkningslös. Om det går att ignorera gällande regler för tillträde till information om utförd vård, utan nämnvärd risk för leverantören, riskeras att konkurrensneutraliteten sätts ur spel. Om utredningens förslag genomförs och om Konkurrensverket i sådant fall skulle ges i uppdrag att granska utvecklingen av LOVE och komma med förslag till regeländringar så bör ett sådant uppdrag vara tidsbegränsat i likhet med vad som gäller för Konkurrensverkets uppdrag inom vårdvalsområdet.

34. Linköpings kommun menar att det inte är tydligt framskrivet i utredningen hur sanktioner skall implementeras mot de landsting som inte inför etableringsfrihet inom ramen för vårdvalssystemet. Det vore önsk-

värt om den nya tillsynsmyndigheten fick tillgång till sanktionsmedel så den föreslagna vårdvalsreformen får önskat genomslag.

76. Svenska Privatläkareföreningen ser positivt på förslaget att konkurrensverket engagerar sig i vårdfrågor och tillstyrker den delen av förslaget. Föreningen tycker därtill att konkurrensverket ska få sanktionsmöjligheter. Att systemet ska vara öppet, konkurrensneutralt och följa EU:s direktiv om transparens och icke-diskriminering håller föreningen helt med om. Privatläkareföreningen påpekar dock att i grunden bör landstingen/regionerna inte fungera som både beställare och utförare av sjukvård. Det är ”systemfelet” som alltid ställer till bekymmer och försvårar mångfald, det omöjliggör dessutom äkta konkurrensneutralitet.

77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR) bifaller förslaget om uppdraget till konkurrensverket.

78. Sveriges läkarförbund tillstyrker att Konkurrensverket ska övervaka konkurrenssituationen och ha egen talerätt avseende såväl LOV som LOVE. Detta menar förbundet kan vara ett betydelsefullt hinder för landsting eller regioner som ställer upp villkor som missgynnar vårdgivare i annan regi än den egna.

97. Praktikertjänst AB menar att Konkurrensverket bör få uppdrag att övervaka konkurrensneutralitet. Det efterlyses utveckling och beskrivning av hur detta förfarande skall gå till inklusive sanktionsmöjligheter, så att samtliga intressenter får klara spelregler att hålla sig till. Utredningens förslag att Konkurrensverket bör ges egen talerätt när det gäller vårdvalssystemens utformning samt övervakningen av konkurrenssituationen välkomnas, helst då de privata vårdgivarna många gånger undviker att föra talan mot den ende beställaren på den lokala marknaden. Konkurrensverket bör dessutom få tillsynsansvar för att bevaka konkurrensneutralitet och måste få möjligheter till sanktioner utan vilka tillsynen som sådan blir tandlös.

17. Konsekvenser av utredningens förslag

17.1 Allmänna synpunkter

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Västra Götalandsregionen påpekar att det är omöjligt att överblicka hur den öppna vårdstrukturen kommer att se ut om den föreslagna lagstiftningen skulle träda i kraft eller vilka konsekvenser det kan få för sjukhusens verksamhet. *Regelrådet* anser att konsekvensutredningen uppfyller de krav som följer av 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. *Tjänstemännens Centralorganisation* och

Svensk Sjuksköterskeförening anser att utredningen saknar sakligt underbyggda konsekvensanalyser.

Sveriges läkarförbund menar att utredningen många gånger saknar en analys av de praktiska konsekvenserna.

Remissinstanserna

23. Regelrådet anser att konsekvensutredningen uppfyller de krav som följer av 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning och därför är godtagbar.

49. Stockholms läns landsting menar att utredningens förslag brister i mer genomgående analyser av konsekvenser för patienter, våldsamband, kostnader och vårdorganisation.

59. Västra Götalandsregionen menar att förslaget sammantaget leder till en starkt begränsad möjlighet för regionen att styra och planera den öppna specialiserade vården. Det är således omöjligt att överblicka hur den öppna vårdstrukturen kommer att se ut om den föreslagna lagstiftningen skulle träda i kraft eller vilka konsekvenser det kan få för sjukhusens verksamhet.

69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) konstaterar att utredningen inte presenterar några som helst sakligt underbyggda konsekvensanalyser. Detta trots att det i direktiven ingick bland annat att redovisa vilka ekonomiska konsekvenser ett nytt system kan innebära. Man säger exempelvis att det finns stöd för att landstingen ska kunna behålla möjligheterna till volym och kostnadskontroll, men man framför inte några argument för påståendet. Bristen på konsekvensbeskrivningar gör att det blir det mycket svårt, för att inte säga omöjligt, att bedöma effekterna av utredningens förslag. I den mån beslutsfattarna trots detta vill fortsätta förändra vården i enlighet med utredningens grundidéer förordar TCO att utredningen får i uppdrag att komplettera sitt arbete och ta fram analyser som visar konsekvenserna - för vården, för kostnadsutvecklingen och för olika patientgrupper - av de olika förslagen.

75. Sveriges läkarförbund menar att utredningen många gånger saknar en analys av de praktiska konsekvenserna.

80. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) menar att utredningen saknar sakligt underbyggda konsekvensanalyser

103. Svensk förening för allmänmedicin anser att det saknas konsekvensanalyser både ur ekonomiska och strukturella perspektiv.

17.2 Samhällsekonomiska konsekvenser samt konsekvenser för de offentliga finanserna

Utredningens bedömning: Förslaget kan leda till ökade administrativa kostnader för landstingen. Förslaget kan dessutom leda till kostnadsökningar som speglar ett underliggande behov att utvidga utbudet inom den öppna specialiserade vården utanför primärvården. I den mån utredningens förslag bidrar till en utveckling mot integration, mångfald och patientfokus finns stora samhällsekonomiska vinster att vänta i termer av kostnadseffektiva vårdprocesser.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Flera remissinstanser, exempelvis *Värmlands läns landsting*, *Gemensam Valfärd Stockholm* och *Dalarnas läns landsting*, anser att förslaget är kostnadsdrivande. *Kronobergs läns landsting* och *Västra Götalandsregionen* påpekar att det är svårt att förutse de ekonomiska konsekvenserna av förslaget.

Ökade administrativa kostnader och kostnadsökningar för domstolarna
Malmö kommun, *Gemensam Valfärd Stockholm* och flera landsting menar att förslaget kommer att leda till ökade administrationskostnader. *Regelrådet* menar att den föreslagna författningen i sig inte kommer att medföra några administrativa kostnader för privata vårdgivare utan att dessa uppstår först i ett senare skede när regeringen och tillsynsmyndigheten föreslår närmare föreskrifter om tillämpning, tillsyn och uppföljning. *Förvaltningsrätten i Umeå* anser att den nya lagen med möjlighet att begära rättelse samt överklaga beslut i förvaltningsrätten kan komma att leda till kostnadsökningar för domstolarna.

Ökade totala vårdkostnader

Flera landsting, *Svensk Sjuksköterskeförening* och *Gemensam Valfärd Stockholm* menar att förslaget kommer resultera i ökade totala vårdkostnader. *Gemensam Valfärd Stockholm* konstaterar att svenska och internationella analyser och erfarenheter visar entydigt att en prestationsrelaterad ersättning till kommersiella vårdgivare ökar vårdens totala kostnader genom en ökad produktion av såväl medicinskt motiverade som omotiverade insatser. *Stockholms läns landsting* anser att de förslag som staten lägger bör ske i enlighet med finansieringsprincipen så att landstingens ökade kostnader för vården kompenseras. *Dalarnas läns landsting* påpekar att det blir de offentligt drivna verksamheterna som vid behov ska reglera/dra ner kostnaderna. Dessa verksamheter kan dessutom inte på samma sätt som de privata etableringarna välja uppdrag utan ska bevaka att behoven kan tillgodoses. *Västerbottens läns landsting* anser att förslaget innebär att landstinget kommer att bära utvecklingskostnaderna i den

högspecialiserade vården men inte kan tillgodogöra sig effektivitetsvinster som sker när vårdprocesserna utvecklas så att de kan rutiniseras.

Behovet av att utveckla analysen av förslagets ekonomiska konsekvenser

Västerbottens läns landsting och Svensk Sjuksköterskeförening anser att redogörelsen för förslagets ekonomiska konsekvenser är ofullständig. *Socialstyrelsen* och *Ekonomistyrningsverket* påpekar att utredningen bör utveckla konsekvensanalyserna i betänkandet avseende landstingens kostnadskontroll av hälso- och sjukvården. *Försäkringskassan* anser att de samhällsekonomiska konsekvenserna av förslagen för socialförsäkringen borde ha utretts på ett tydligt sätt.

Remissinstanserna

4. Förvaltningsrätten i Göteborg anser att den nya lagen med möjlighet att begära rättelse samt överklaga beslut i förvaltningsrätten kan komma att leda till kostnadsökningar för domstolarna. Enligt förvaltningsrättens mening är det inte givet att de ökade kostnaderna ryms inom befintliga budgetramar. Detta särskilt eftersom det är svårt att förutse antalet överklaganden.

5. Förvaltningsrätten i Umeå anser att kostnader för domstolarnas handläggning av mål enligt LOVE bör beaktas. Förvaltningsrätten finner det anmärkningsvärt att inte utredningen berör frågan, särskilt då rättens erfarenhet är att upphandlingsmål är mycket resurskrävande.

7. Försäkringskassan anser att de samhällsekonomiska konsekvenserna av förslagen för socialförsäkringen borde ha utretts på ett tydligt sätt. Försäkringskassan frågar sig hur konsekvenserna ser ut om det effektivitets- och kvalitetshöjande arbete som idag bedrivs mellan landstingen och Försäkringskassan samt den elektroniska överföringen av medicinska underlag som nu planeras mellan landstingen och Försäkringskassan inte kan omfatta även den nya specialiserade öppenvården.

15. Ekonomistyrningsverket (ESV) anser att utredningens analys av vilka kostnader systemet kan medföra på sikt skulle kunna utvecklas. Utredningen finner det "högst möjligt" att förslagen kan leda till kostnadsökningar, som "motsvaras av att det tidigare förelegat en bristsituation". I så fall måste antingen kostnadsökningarna finansieras med tillskott av offentliga medel eller kompenseras med nedskärningar inom andra delar av vården. I båda fallen kommer effektiviteten i vården, dvs. patientnyttan i förhållande till resursförbrukningen, att påverkas positivt eller negativt. Utredningen menar att "de kostnadskonsekvenser som följer av att den nationella etableringsramen expanderar gradvis [...] bör utgöra ett moment i att fastställa vilka verksamheter som ska ingå i etablerings-

ramen”. ESV anser att det i så fall är angeläget att landstingen, vilka även i fortsättningen ska ha det huvudsakliga ansvaret för att planera, organisera och finansiera den allmänna hälso- och sjukvården, får ett reellt inflytande över dessa beslut.

23. Regelrådet menar att den föreslagna författningen i sig inte kommer att medföra några administrativa kostnader för privata vårdgivare utan dessa uppstår först i ett senare skede när regeringen och tillsynsmyndigheten föreslår närmare föreskrifter om tillämpning, tillsyn och uppföljning. Till den regelgivning, som nödvändigtvis måste baseras på en ingående analys av de administrativa effekterna, finns anledning att återkomma.

36. Malmö kommun menar att ett ökat antal utförare kommer att innebära ytterligare kontrollfunktioner som kommer att öka administrationskostnaderna.

49. Stockholms läns landsting anser att de förslag som staten lägger bürske i enlighet med finansieringsprincipen så att landstingens ökade kostnader för vården kompenseras.

54. Kronobergs läns landsting påpekar att det är svårt att förutse de ekonomiska konsekvenserna av förslaget.

59. Västra Götalandsregionen bedömer att lagförslaget ökar de administrativa kostnaderna för Västra Götalandsregionen på ett oförutsägbart sätt eftersom utmaningsrätten ligger på vårdgivarna. Västra Götalandsregionen påpekar också att erfarenheterna av fler utbudspunkter hittills visar att det samtidigt medför en ökad vårdkonsumtion. Vidare vill regionen uppmärksamma att den omställning som kan bli följden för den offentligt drivna vården av en förändrad vårdstruktur inte är möjlig att kostnadsbedöma. Kostnadsansvar för läkemedel och medicinsk diagnostik är vidare i förslaget inte överfört till vårdgivarna utan blir en ökad riskpost hos landstingen och regionerna.

60. Värmlands läns landsting anser att förslaget är kostnadsdrivande. Förslaget innehåller inget totalt kostnadstak för respektive verksamhetsområde och riskerar därmed att öka landstingets kostnader. Utredaren har inte anvisat finansiering och följer inte riksdagens riktlinjer om finansieringsprincipen. Den kanske viktigaste faktorn för kostnadsutvecklingen är den totala volymutvecklingen. Kostnaderna kan öka för landstinget av två skäl. Volymen specialistläkarvård och sjukgymnastik ökar redan 2011 eftersom ytterligare vårdgivare kan tillkomma utöver de som redan är

verksamma på taxan. Långsiktigt torde kostnaderna öka ännu mer när andra legitimerade yrkesgrupper får etablera sig. Det kan också bli nödvändigt att rekrytera nya specialistläkare och sjukgymnaster till sjukhusen och andra landstingsenheter om de befintliga väljer att etablera sig privat från 2011 p.g.a. att de utflyttade läkarna och sjukgymnasterna idag inte har enbart poliklinisk öppenvård vid sjukhusen utan också är verksamma i slutenvården. Förutom kostnadsökningarna är det ett minst lika allvarligt problem att klara rekryteringen av nya specialister, såväl läkare som sjukgymnaster och på sikt andra yrkeskategorier.

63. Dalarnas läns landsting bedömer att förslaget som sådant är kostnadsdrivande, pga. landstingens administration för etableringarna, högre vårdkostnader, dubbelkostnader i de skeden då en privat entreprenör tar över från offentlig verksamhet som inte hinner dra ner kostnaderna tillräckligt snabbt. Landstingen har också det yttersta ansvaret om en privat vårdgivare inte fungerar som avsett eller kommer på obestånd. Detta skapar också en risk för ökade kostnader. Det blir de offentligt drivna verksamheterna som vid behov ska reglera/dra ner kostnaderna. Dessa verksamheter kan dessutom inte på samma sätt som de privata etableringarna välja uppdrag utan ska bevaka att behoven kan tillgodoses. Det är ju bara de offentligt drivna verksamheterna som kan utmanas eftersom övriga har avtal. Utredningen analyserar inte vilka konsekvenser detta kan få för primärvård och sjukhusdriven vård. Små landsting får än svårare att kontrollera kostnaderna eftersom man har färre och mindre verksamheter att ”spela med”.

66. Jämtlands läns landsting menar att volymen specialistläkarvård kommer att öka när vårdgivare inom den specialiserade öppenvården ges möjlighet att etablera sig privat, medan nyrekrytering kan bli nödvändigt till sjukhusets verksamhet. De vårdgivare som flyttar ut, alternativt den verksamhet som måste anpassas, svarar idag både för öppen och sluten specialistvård.

67. Västerbottens läns landsting anser att den ekonomiska kalkylen är ofullständig. Förslaget innebär att landstinget kommer att bära utvecklingskostnaderna i den högspecialiserade vården men inte kan tillgodogöra sig effektivitetsvinsterna som sker när vårdprocesserna utvecklas så att de kan rutiniseras. Utredningen har inte problematiserat denna fråga. Ohämmad tillväxt av privata vårdgivare grundat på efterfrågan förutsätter i sin tur privat finansiering av ingrepp för lindriga tillstånd. Annars innebär tillväxten i praktiken en omfördelning av resurser, som kommer stå i motsättning till riksdagens prioriteringsbeslut och kravet att vårdresurserna fördelas efter behov.

73. Sveriges Kommunaltjänstemannaförbundet (SKTF) påpekar att det för SKTF:s medlemmars anställningstrygghet och arbetsmiljö är av yttersta vikt att frågan om finansieringen av vården på lång och kort sikt hanteras på ett ansvarsfullt och genomtänkt sätt. Risken för att huvudmännens möjligheter att kontrollera kostnaderna minskas måste därför tas på allvar och belysas ytterligare i den fortsatta beredningen av utredningens förslag.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att landstingens totalkostnadskontroll äventyras i det fall förslaget genomförs.

80. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) menar att utredningen saknar sakligt underbyggda konsekvensanalyser. Detta trots att direktiven till utredningen gav i uppdrag att redovisa vilka ekonomiska konsekvenser ett nytt system kan innebära. Utredningen har inte analyserat hur en fri rätt att etablera sig inom specialistvården kommer att påverka kostnaderna. Utredningen nöjer sig med ett antagande att kostnaderna inte kommer att öka. Rätt för privata vårdgivare att etablera sig i den specialiserade öppenvården riskerar att leda till stora nyetableringar i framförallt storstäderna. Om tillgången till vård ökar stiger även vårdkonsumtionen och kostnaderna ökar.

103. Svensk förening för allmänmedicin menar att det ur allmänläkarperspektiv och ur folkhälsoperspektiv är den största farhågan att förslaget i praktiken, trots de möjligheter till begränsning som finns, kommer att innebära en fri etablering för specialister utanför primärvården. Då en sådan utveckling skulle bli kostnadsdrivande är risken stor att den positiva utveckling av primärvården som vi, i och med Vårdvalsreformen, nu kan ana på flera håll i landet, skulle avstanna och i värsta fall gå tillbaka. Det finns många studier som visar på en för patienten bättre vård och för samhället lägre kostnad med en högre andel generalister än vad Sverige har idag. Förslaget riskerar att driva utvecklingen åt motsatt håll. Svensk förening för allmänmedicin saknar också resonemang kring hur en ökad etablering ska finansieras. Om landstingen väljer att tillåta en i det närmaste fri etablering inom den specialiserade öppenvården undrar SFAM varifrån resurserna ska tas? Specialiserad öppenvård är kostnadsdrivande jämfört med primärvård och ger inte bättre vårdkvalitet. Krisen i den svenska sjukvården beror inte på läkarbrist (f n finns ca 1 läk/290 invånare) utan främst på att det finns för få allmänläkare i förhållande till övriga specialister.

104. Gemensam Valfärd Stockholm anser att det är en allvarlig brist att utredningen saknar en analys av hur rätten för privata vårdgivare att etablera sig påverkar kostnaderna. Tidigare erfarenheter och analyser pekar

entydigt på att vårdens totalkostnader, tvärtemot utredningens antagande, kommer att öka. Rätt för privata vårdgivare att etablera sig i den specialiserade öppenvården kommer att leda till omfattande nyetableringar framförallt i storstäderna. En ökad tillgång till vård leder till en ökad konsumtion. Sjukvårdsvolymen ökar, vilket leder till ökade kostnader. Svenska och internationella analyser och erfarenheter visar entydigt att en prestationsrelaterad ersättning till kommersiella vårdgivare ökar vårdens totalkostnader genom en ökad produktion av såväl medicinskt motiverade som omotiverade insatser. Dessutom prioriteras lätta lönsamma insatser före tyngre tidskrävande insatser i system som helt eller delvis ersätts per besök. Detta är föga förvånande, eftersom det som för medborgarna/landstinget är ökande kostnader är ökande intäkter och vinster för kommersiella vårdgivare, vars övergripande mål är just optimal vinst. Kommersiella vårdföretag har också i jämförelse med flertalet företag i andra branscher unika möjligheter att påverka inte enbart utbudet utan även efterfrågan på sina tjänster. Det är ju läkare eller annan kvalificerad vårdpersonal som bestämmer vilka insatser som krävs och som sedan utför alla eller några av dessa insatser. Denna läkar drivna sekundära vårdefterfrågan betyder vanligen mer i ett kommersiellt perspektiv än i den patientinitierade primära vårdefterfrågan.

De administrativa styrmedel och kontrollinstrument som krävs för att förhindra lönsam men onödig vård, onödig men lönsam uppsplittring av vårdbesök, lönsamt ”saltade” räkningar och skattefuskar är föga överraskande mycket större i kommersiellt driven sjukvård än i icke vinstdriven vård. Dessa administrativa kostnader – transaktionskostnader – bidrar i hög grad till de högre totalkostnaderna för vinstdriven i jämförelse med icke vinstdriven vård. Utredningens antagande att kostnaderna inte behöver öka när man inför rätt för privata etableringar saknar därför verklighetsanknytning. Det är också särskilt olyckligt att lägga denna typ av kostnadsdrivande förslag i en situation när det finns stora eftersatta behov inom sjukvården, exempelvis brister i omvårdnad och dåliga arbetsmiljöer.

17.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Utredningens bedömning: 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.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Sveriges Kommuner och landsting, Statskontoret och ett stort antal remissinstanser menar att förslaget inskränker den kommunala självstyrel-

sen. Flera av dessa remissinstanser menar också att förslaget inte ligger i linje med gällande lagstiftning om det landstingskommunala huvudmannskapet för hälso- och sjukvården. *Socialstyrelsen* anser att utredningens förslag innebär ett paradigmskifte vad gäller statens inflytande över den specialiserade sjukvården. *Sveriges läkarförbund* anser att det kommunala självstyret får en för stark tillämpning i förslaget. *Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund* anser att konsekvenserna för det kommunala självstyret måste belysas ytterligare i den fortsatta beredningen. *Sveriges Kommuner och landsting* och flera landsting anser att förslaget innebär att landstingens möjligheter att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och riktning begränsas väsentligt. *Västerbottens läns landsting* och *Svenska kommunalarbetareförbundet* påpekar att den folkvalda församlingen lokalt/regionalt måste ha utrymme att besluta om närmare innehåll och former i skattefinansierad verksamhet. *Socialstyrelsen* ser en väsentlig risk för otydlighet vad gäller ansvarsförhållandena för den hälso- och sjukvård som landstingen erbjuder sina medborgare. *Östergötland läns landsting* och *Jönköpings läns landsting* konstaterar att det utifrån tidigare utredningar om den kommunala självstyrelsen framgår att om olika möjligheter finns att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om det kommunala självstyret välja det som lägger minst band på kommunernas självbestämmanderätt, vilket är ett uttryck för en proportionalitetsprincip. Eftersom det redan finns lagstiftning som reglerar etablering av privata vårdgivare anser landstingen att det inte finns någon anledning att införa ytterligare lagstiftning.

Remissinstanserna

1. Riksdagens ombudsmän (JO) konstaterar att utredningen medger att en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen är nödvändig för att kunna uppnå de mål som anges i direktiven. JO kan för egen del inte överblicka om denna inskränkning kan godtas i förhållande till det som uppnås med förslaget.

8. Socialstyrelsen anser att utredningens förslag innebär ett paradigmskifte så till vida att staten på ett avgörande sätt kommer att styra och inrikta delar av den öppna, specialiserade sjukvården genom att en statlig myndighet kommer att besluta om vilka verksamheter som ska kunna finansieras inom etableringsplattformen. Socialstyrelsen ser att det föreligger en väsentlig risk för otydlighet vad gäller ansvarsförhållandena för den hälso- och sjukvård som landstingen erbjuder sina medborgare. Kopplingen mellan beslut om verksamhetens inriktning och kostnader för hälso- och sjukvården blir otydlig.

17. Statskontoret menar att det i slutbetänkandet framläggs förslag som är begränsande för den kommunala självstyrelsen. Det gäller förslaget om att en statlig myndighet ges ansvaret för att fastställa lägsta taxenivå för verksamheten. Centralt fastställda taxor har inte kunnat härledas till ökad mångfald, det som varit huvudsyftet med utredningen i dessa delar. Frågan om förslagets konsekvenser för den kommunala självstyrelsen prövas slutligt, om utredningens förslag leder till en proposition från regeringen, av Lagrådet. Enligt Statskontorets mening hade det varit bra om frågan om lagenligheten ingående prövats redan under utredningsarbetet. I brist på analys i betänkandet kan Statskontoret inte ställa sig bakom detta förslag.

48. Åre kommun anser att regelverket inte får inkräkta på den kommunala självstyrelsen.

52. Östergötlands läns landsting vill uppmärksamma att det i utredningen *Den kommunala självstyrelsens grundlagsskydd (SOU 2007:93)*, framgår att då den kommunala självstyrelsen i lagstiftningsärenden ställs mot andra intressen och då det uppstår en motsättning mellan kommunernas krav på en lokal eller regional bestämmanderätt och nationella krav på en enhetlig reglering är det viktigt att konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen blir föremål för ingående överväganden. En prövning av detta slag bör enligt utredningen innefatta en skyldighet att undersöka om det syfte som den tänkta regleringen tar sikte på och om det kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås. Om olika möjligheter finns att nå samma mål bör riksdagen av hänsyn till principen om det kommunala självstyret välja det som lägger minst band på kommunernas självbestämmanderätt, vilket är ett uttryck för en proportionalitetsprincip. Eftersom det redan finns lagstiftning som reglerar etablering av privata vårdgivare anser landstinget att det inte finns någon anledning att införa ytterligare lagstiftning och avstyrker förslaget om lag om vårdgivaretablering, LOVE.

53. Jönköpings läns landsting instämmer med yttrandet från Östergötlands läns landsting.

55. Kalmar läns landsting anser att utredningsförslaget inskränker den kommunala självstyrelsen och att det inte ligger i linje med gällande lagstiftning om det landstingskommunala huvudmannskapet för hälso- och sjukvården. Om viktiga delar av planeringen förs över till statlig nivå begränsas landstingens möjlighet att planera utifrån befolkningens behov och utifrån lokala förhållanden. Landstingets uppfattning är att det skulle vara svårt för en central, statlig myndighet att definiera och värdera vilka vårdområden som ska prioriteras regionalt.

58. Hallands läns landsting är kritisk till den inskränkning av det kommunala självstyret som förslaget innebär och att landstingen i så hög grad fräntas möjligheterna att prioritera och styra utbudet av vård, vilket försämrar landstingets möjligheter till kostnadskontroll. Landstinget har ett planeringsansvar för helheten och för utbudet av all vård, offentlig som privat.

59. Västra Götalandsregionen menar att myndighetens beslutsrätt att efter samråd med berörda parter besluta inom vilka verksamhetsområden som etablering kan ske och vilken ersättningsmodell som ska gälla samt lägsta ersättningsnivå innebär en kraftig inskränkning i Västra Götalandsregionens självstyre.

60. Värmlands läns landsting anser att förslaget inskränker den kommunala självstyrelsen och inte ligger i linje med gällande sjukvårdslagstiftning om landstingskommunalt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

62. Västmanlands läns landsting menar att förslaget innebär inskränkningar i det kommunala självstyret. Landstinget riskerar att förlora möjligheten att på ett effektivt sätt planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning.

63. Dalarnas läns landsting är kritiskt mot de negativa konsekvenser för den kommunala självstyrelsen som utredarens förslag innebär. Förslaget kan totalt innebära ett stort antal nya, av staten godkända, vårdgivare som landstingen svårigen kan säga nej till. Det innebär en allvarlig inskränkning i landstingens möjligheter att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

65. Västernorrlands läns landsting menar att förslaget har dramatiska konsekvenser på det kommunala självstyret. Landstingens rätt att fritt organisera sin verksamhet blir kraftigt reducerat med den nya etableringsplattformen. Landstingens handlingsfrihet i förslaget är endast att de kan neka etablering om den uppenbart kommer att motverka eller försvåra en effektiv vårdstruktur inom länet. En sådan avvisning från landstinget ska dessutom gå att överklaga.

66. Jämtlands läns landsting menar att utredningen går emot landstingets möjligheter för självbestämmande och planering för hälso- och sjukvården, då en nationell myndighet ska besluta om vilken öppenvård som ska

bedrivs och vilken ersättning som ska utgå. Förslaget får till följd att landstingets planeringsansvar endast i efterhand kan balansera det övriga sjukvårdssystemet sedan de privata vårdgivarna etablerat sig.

67. Västerbottens läns landsting påpekar att förslaget har långtgående konsekvenser för landstingets självbestämmanderätt såväl finansiellt som planeringsmässigt. Regleringen i förväg av de aktuella vårdgivarnas uppdrag blir obefintligt, att jämföra med den upphandling som präglar vårdvalssystemet. Med den valda utformningen består landstingens planeringsansvar endast i ett ansvar för att i efterhand balansera det övriga sjukvårdssystemet sedan de privata vårdgivarna etablerat sig. Landstinget anser att det är svårt att förstå skälen till att skattefinansierad verksamhet skulle undantas politiskt inflytande. Rimligt vore att de privata vårdgivarnas verksamhet reglerades genom avtal med finansörerna tillika planeringsansvariga huvudmän.

68. Norrbottens läns landsting menar att förslaget inskränker den kommunala självstyrelsen. Landstingets har en lagstadgad skyldighet att erbjuda en god hälso- och sjukvård i länet. Förslaget innebär att landstinget inte kommer att ha möjlighet att säga nej till nya privata vårdetableringar med offentlig finansiering. Därmed förlorar landstinget möjligheten att planera hälso- och sjukvården med utgångspunkt i befolkningens behov av vård.

69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) anser att utredningens förslag till regelverk för etablering av privata vårdgivare med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården, och för ersättning till dessa innebär ett inte försumbart ingrepp i det kommunala självstyret. Landstingen förlorar en stor del av sina möjligheter att kontrollera vilken vård som ska bedrivs, var det ska ske och hur det ska ersättas. Utredningen säger att landstingen ska ha rätt att neka etablering om den ”motverkar eller försvårar upprätthållandet av en effektiv vårdstruktur” och det ska finnas en överklagandemöjlighet, men det är svårt att förutse vad detta kommer att innebära i praktiken.

72. Svenska Kommunalarbetsförbundet menar att enskilt, och tillsammans med riksdagens tidigare beslut om det obligatoriska vårdvalet i landstingen och den fria etableringsrätten inom primärvården, leder utredningens förslag till allvarliga inskränkningar i landstingens/regionernas handlingsfrihet och den kommunala självstyrelsen. Det är enligt förbundet allvarligt. Enligt förbundet måste den kommunala demokratin och självstyrelsen värnas. Då det talas om offentligt finansierad verksamhet och driftsformer måste den folkvalda församlingen lokalt/regionalt ha utrymme att besluta om närmare innehåll och for-

mer. Den enskilda kommunen/landstinget/regionen ska alltså självständigt kunna besluta om verksamheten ska drivas i egen offentlig regi eller upphandlas enligt de olika lagarna om offentlig upphandling.

73. Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF) anser att konsekvenserna för det kommunala självstyret måste belysas ytterligare i den fortsatta beredningen. Den kommunala självstyrelsen måste upprätthållas så att det blir möjligt att anpassa verksamheten till de behov och förutsättningar som finns lokalt och regionalt.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) anser att förslaget innebär att landstingens möjligheter att planera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov och utifrån lokala förhållanden begränsas väsentligt. En stor del av planeringen förs över till statliga myndigheter och till enskilda vårdgivare, vilket innebär en fragmentering även i styrningen av hälso- och sjukvården. Förslaget innebär därmed kraftiga inskränkningar i den kommunala självstyrelsen, vilket innebär att landstingen inte ges förutsättningar att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

75. Sveriges läkarförbund anser att det kommunala självstyret får en för stark tillämpning i förslaget.

17.4 Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga

Utredningens bedömning: Förslaget om en ny etableringsplattform inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården ger nya etableringsmöjligheter för både stora och små företag. I de fall då alltför långtgående krav stänger ute privata vårdföretag, små som stora, bör detta ställningstagande motiveras för prövning.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Dalarnas läns landsting menar att förslaget innebär en risk att det blir stora vårdbolag som får en dominerande ställning snarare än en mångfald av små vårdföretagare. *Svenska Privatläkarföreningen* anser att förslaget undergräver förutsättningarna för små mottagningar att kunna fullfölja sin verksamhet genom att landstingen ges rätt att utarbeta ett mycket omfattande regelverk för att bevilja etablering. Föreningen menar också att utredningen stänger dörren för allmänläkare med små mottagningar som inte har möjlighet att uppfylla villkoren i de breda vårdvalssystemen inom primärvården. *Vårdförbundet* påpekar att landstingen tidigare har hindrat små entreprenörer att bedriva sin egna professionella verksamhet. *Linköpings kommun* anser att det skulle vara välkommet med ett förtydligande i utredningen vad gäller ersättningsregler för små aktörer i syfte att stärka konkurrenskraften för dessa.

Remissinstanserna

34. Linköpings kommun anser att det skulle vara välkommet med ett förtydligande i utredningen vad gäller ersättningsregler för små aktörer i syfte att stärka konkurrenskraften för dessa. För att uppnå den mångfald som utredningen efterfrågar förelår Linköpings kommun att ersättningsgarantier för nystartade verksamheter införs i syfte att öka konkurrensneutraliteten gentemot större aktörer.

63. Dalarnas läns landsting menar att förslaget innebär en klar risk att det blir stora vårdbolag som får en dominerande ställning snarare än en mångfald av små vårdföretagare. Att läkemedelsindustrin och andra med kommersiella intressen i hälso- och sjukvården kan bedriva öppenvårdsverksamheter bedömer landstinget vara olämpligt.

76. Svenska Privatläkarföreningen påpekar att för allmänläkarna med små mottagningar och utan möjlighet att uppfylla villkoren i de breda vårdvalssystemen inom primärvården stängs dörren för offentlig finansiering den dag föreslagen lag, lag om vårdgivaretablering (LOVE), träder ikraft och LOL upphör. En del av dessa allmänläkare är dessutom nischade, här ingår en icke ringa del smärtläkare samt läkare med verksamhet inom ortopedisk medicin. För övriga specialister kan konsekvensen i värsta fall bli att offentlig ersättning uteblir den dag då de varken har LOL eller vårdval att verka under och landstingen stryker tillgången till LOVE. Det är den lilla organisationens stora fördelar med personlig relation till patienter och hög kontinuitet som gör att vår verksamhet uppskattas högt av patienter samtidigt som den är extremt kostnadseffektiv ur ett samhällsperspektiv. Föreningen anser att man bör utveckla verksamheten och inte avveckla den.

Svenska Privatläkarföreningen konstaterar också att landstingen ges rätt att utarbeta ett mycket omfattande regelverk för att bevilja etablering. Förutsättningarna för små mottagningar att kunna fullfölja sin verksamhet undergrävs. Man bör då betänka att ca 95 % av privata vårdgivare är så kallade mikroföretag med 1-10 anställda. De kommer ha mycket svårt att uppfylla alla dessa kriterier och krav. Dessa krav läggs således utanpå själva patientarbetet. Det finns en risk att de administrativa kraven endast kan hanteras av större vårdbolag. Det skulle då gå stick i stäv med uppdraget.

79. Vårdförbundet påpekar att landstingen tidigare har förhindrat den möjlighet till nytänkande, utveckling och innovationskraft som utredningen velat uppnå genom de omfattande uppdragen inom ramen för LOV. Det har även hindrat små entreprenörer att bedriva sin egna pro-

fessionella verksamhet. Införandet av vårdval i dess nuvarande konstruktioner har också inneburit att viss verksamhet som bedrivits av yrkesgrupper inom Vårdförbundet läggs ner på grund av att deras verksamheter inte passar in i de modeller som valts av huvudmännen. Vårdförbundet lyfter flera exempel på hinder för självständig yrkesutövning och möjlighet att skapa en mångfald i vården i sitt remissvar.

17.5 Konsekvenser för annan lagstiftning

Utredningens bedömning: Utredningen har harmoniserat föreslagen lagstiftning mot de bestämmelser som finns i annan upphandlingslagstiftning.

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Sveriges Kommuner och landsting och flera landsting anser att det är svårt att förstå när LOVE respektive LOV ska tillämpas då båda lagarna i princip alltid är tillämpliga. *Socialstyrelsen* påpekar att utredningen inte har analyserat hur dess förslag förhåller sig till hälso- och sjukvårdens samlade regelverk. *Sveriges Kommuner och landsting*, *Gemensam Velfärd Stockholm* och flera landsting menar att förslaget inte ligger i linje med gällande sjukvårdslagstiftning om landstingskommunalt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. *Gemensam Velfärd Stockholm* anser att utredningens förslag om LOVE inte är förenligt med Hälso- och sjukvårdslagets portalparagraf som slår fast att alla ska ha en god vård på lika villkor där dem med de största behoven ska ha företräde.

Remissinstanserna

8. Socialstyrelsen påpekar att utredningen inte har analyserat hur dess förslag förhåller sig till hälso- och sjukvårdens samlade regelverk.

55. Kalmar läns landsting anser att utredningsförslaget inte ligger i linje med gällande lagstiftning om det landstingskommunala huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården.

57. Region Skåne konstaterar att landsting enligt förslaget får hänvisa till befintligt vårdvalsystem om områdena som en ansökan omfattar helt eller i huvudsak avser samma verksamhet som vårdvalsystemet. I författningsförslaget står under 1 kap, 5 § att denna lag (lag om vårdgivaretablering) inte gäller när lagen om offentlig upphandling eller lagen om valfrihetssystem är tillämplig. Dessa båda lagar torde ju i stort sett alltid vara tillämpliga i sammanhanget, och Region Skåne efterlyser därför exempel på när så inte skulle vara fallet.

59. Västra Götalandsregionen vill uppmärksamma den motstridighet som föreligger mellan utredningens förslag om ny lagstiftning och den föreslagna lagtexten. I §5 under kapitel 1 anges att lagen inte gäller då LOU eller LOV är tillämpliga. Det är regionens uppfattning att utredningens

förslag till regler för etablering av vårdgivare i öppen specialiserad vård mycket väl kan tillämpas inom ramen för befintlig lagstiftning.

60. Värmlands läns landsting anser att förslaget inte ligger i linje med gällande sjukvårdslagstiftning om landstingskommunalt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

62. Västmanlands läns landsting förstår inte avsnittet om att utredningens förslag ska gälla när inte LOU och LOV är tillämpliga, eftersom dessa lagar alltid torde kunna användas i detta sammanhang.

66. Jämtlands läns landsting konstaterar att det i förslaget anges att lagen om vårdgivaretablering (LOVE) inte ska gälla i de fall lagen (2007:091) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) är tillämpliga. Då dessa lagar i princip alltid är tillämpliga är det svårt att förstå när den nya lagen ska tillämpas. De båda upphandlingsformerna LOU och LOV är tillräckliga för att komplettera den offentligt drivna verksamheten med privat vård.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har uppmärksammat att det i författningsförslaget anges att lagen inte gäller i de fall LOU och LOV är tillämpliga. Då dessa lagar i princip alltid är tillämpliga med undantag för myndighetsutövning m.m. är det svårt att förstå vad som menas. SKL menar också att förslaget innebär att landstingen inte längre ges förutsättningar att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen.

104. Gemensam Valfärd Stockholm anser att utredningens förslag om LOVE inte är förenligt med Hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf som slår fast att alla ska ha en god vård på lika villkor där de med de störst behov ska ha företräde. Det är heller inte förenligt med Hälso- och sjukvårdslagens 7:e paragraf där det slås fast att landstinget har ett ansvar för planeringen av hälso- och sjukvården med utgångspunkt från befolkningens behov av sådan vård. Med en nationell lag som ger privata vårdgivares rätt att med offentliga medel etablera sig och verka inom den specialiserade öppenvården är det en tidsfråga innan hela öppenvården i Sverige behärskas av ett fåtal stora vårdkoncerner för vilka vinsten och aktieutdelningen är det centrala, inte den goda vården.

17.6 Övriga konsekvenser av utredningens förslag

Sammanfattning av remissinstansernas synpunkter

Sveriges Kommuner och Landsting, Svensk förening för allmänmedicin samt flera landsting menar att utredningens förslag kommer att få kon-

sekvenser på andra delar av sjukvården, exempelvis slutenvården och primärvården. *Västra Götalandsregionen* menar att utredningen inte har tagit tillräcklig hänsyn till de konsekvenser som kan uppstå för sjukhusverksamheternas bemanning. *Uppsala kommun* saknar en analys av konsekvenser för samverkan, samt vårdkedjor inom sjukhusen, primärvården och kommunen. *Socialstyrelsen* anser att utredningen saknar en konsekvensanalys avseende förslaget effekter för sjukvårdshuvudmännens övergripande ansvar för landstingets hälso- och sjukvård. *Uppsala läns landsting* och *Praktikertjänst* finner det angeläget att det slutliga lagförslaget tar hänsyn till konsekvenser för utbildning och forskning. *Kronobergs läns landsting* anser att konsekvenserna av att en ny statlig myndighet ska fastställa miniminivåer på ersättningar inte framgår i betänkandet. *Vårdförbundet* anser att patientperspektivet saknas när det gäller förslaget tänkbara konsekvenser och att förslaget behöver kompletteras med en konsekvensanalys över vilka effekterna skulle bli för vårdtagare och vårdgivare. *Gemensam Valfärd Stockholm* anser att utredningen helt saknar socialt relaterade problembeskrivningar och konsekvensanalyser.

Västra Götalandsregionen, *Gemensam Valfärd Stockholm* och *Dalarnas läns landsting* menar att det finns en risk att den vård som bedrivs i offentlig regi blir regulatorn vid de volymanpassningar som måste ske vid ett större utbud. *Västmanlands läns landsting* och *Sveriges Kommuner och Landsting* menar att förslaget riskerar att innebära en ojämlig vård eftersom viljan att etablera sig i olika geografiska områden respektive inom olika delspecialiteter kan variera. *Västmanlands läns landsting* anser att ett genomfört förslag skulle ge upphov till flera negativa konsekvenser som en ökad fragmentering och ojämlighet i vården. *Försäkringskassan* saknar genomgående en riskanalys av de tre förslagen för ökad mångfald i specialiserad öppenvård utifrån ett diskrimineringsperspektiv.

Remissinstanserna

7. Försäkringskassan saknar genomgående en riskanalys av de tre förslagen för ökad mångfald i specialiserad öppenvård utifrån ett diskrimineringsperspektiv. Risken för att till exempel personer med funktionsnedsättningar eller personer som inte behärskar det svenska språket får svårare att tillgodogöra sig rätten till god vård är stor om den enskilde individen får ett stort ansvar att identifiera de vårdgivande aktörer som ger bäst service och bäst resultat.

8. Socialstyrelsen anser att utredningen saknar en konsekvensanalys avseende förslaget effekter för sjukvårdshuvudmännens övergripande ansvar för landstingets hälso- och sjukvård.

43. Uppsala kommun saknar en analys av konsekvenser för samverkan, samt vårdkedjor inom sjukhusen, primärvården och kommunen.

49. Stockholms läns landsting menar att utredningens förslag brister i mer genomgående analyser av konsekvenser för patienter, våldsamband, kostnader och vårdorganisation. Utredningens förslag kommer också att få konsekvenser för annan sjukvård, bland annat sjukhusvården. Ett dilemma är att utredningen heller inte i tillräcklig grad belyser alla möjligheter och problem som kan uppstå i andra delar av hälso- och sjukvården.

50. Uppsala läns landsting finner det angeläget att det slutliga lagförslaget tar hänsyn till konsekvenser för utbildning och forskning och hur dessa för hälso- och sjukvården viktiga områden kan utvecklas positivt med en större mångfald av vårdgivare. Det kan exempelvis gälla krav på rapportering till kvalitetsregister och utbildningsplatser för verksamhetsförlagd utbildning, samt AT- och ST-tjänster osv.

54. Kronobergs läns landsting anser att utredningens förslag kommer att få konsekvenser på andra delar av sjukvården, vilket inte tillräckligt beskrivs och analyseras i förslaget. Landstinget anser även att konsekvenserna av att en ny statlig myndighet ska fastställa miniminivåer på ersättningar inte framgår.

59. Västra Götalandsregionen menar att utredningen inte har tagit tillräcklig hänsyn till de konsekvenser som kan uppstå för sjukhusverksamheternas bemanning om det sker en ökad mångfald av aktörer inom den öppna vården. För patienten kan detta medföra en minskad tillgång till olika yrkeskategorier i slutna vård vilket kan få mycket allvarliga effekter. Regionen menar också att det är omöjligt att överblicka hur den öppna vårdstrukturen kommer att se ut om den föreslagna lagstiftningen skulle träda i kraft eller vilka konsekvenser det kan få för sjukhusens verksamhet. De resurser som berörs av utredningen finns i stor omfattning vid sjukhusen och nyttjas såväl i öppna som slutna vård. En överströmning av specialister till andra vårdgivare innebär en risk för att vitala länkar i vårdkedjan riskerar att brista och att det blir en suboptimering av resurser. I slutändan kommer den vård som bedrivs i offentlig regi sannolikt vara regulatorn vid de volymanpassningar som måste ske vid ett större utbud.

60. Värmlands läns landsting anser att förslaget får konsekvenser för slutenvården. Den specialiserade öppenvården är en begränsad resurs som inte med automatik kan separeras från den slutna vården i länet. En utflyttning av specialister från sjukhusen kan medverka till att landstinget får problem att upprätthålla en god slutenvård.

62. Västmanlands läns landsting anser att ett genomfört förslag skulle ge upphov till ett antal negativa konsekvenser. Förslaget innebär en risk för ökad fragmentering samt att en etablering låser för ytterligare innovationer inom samma och närliggande områden. Utredningens förslag kan vidare innebära en ojämlig vård eftersom viljan att etablera sig i olika geografiska områden respektive inom olika delspecialiteter kan variera utan att landstinget kan påverka förhållandet.

63. Dalarnas läns landsting menar att utredningen inte analyserar vilka konsekvenser förslaget kan få för primärvård och sjukhusdriven vård. Det blir de offentligt drivna verksamheterna som vid behov ska reglera/dra ner kostnaderna. Dessa verksamheter kan dessutom inte på samma sätt som de privata etableringarna välja uppdrag utan ska bevaka att behoven kan tillgodoses. Det är bara de offentligt drivna verksamheterna som kan utmanas eftersom övriga har avtal.

69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO) saknar ett patientperspektiv i konsekvensanalysen. TCO förordar att utredningen får i uppdrag att komplettera sitt arbete och ta fram analyser som visar konsekvenserna - för vården, för kostnadsutvecklingen och för olika patientgrupper - av de olika förslagen.

74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) saknar analyser av vilka konsekvenser förslaget får för primärvård där valfrihetssystem nyligen blivit obligatoriskt samt för den slutna vården. Det är oklart hur förslaget påverkar landstingens möjligheter att tillhandahålla god vård utifrån behov. SKL anser också att förslaget sannolikt innebär en risk för att vården inte blir jämlik. Tidigare erfarenheter av fri etablering inom ramen för det nationella taxesystemet visar exempelvis på en koncentration av vårdgivare till vissa storstadsregioner. Det kan även innebära risk för att lättare åkommor ges företräde framför mer prioriterade tillstånd. Ett fragmenterat system och det faktum att landstingen fräntas möjligheten att ställa krav på teknisk och yrkesmässig kapacitet m.m. i förhållande till det uppdrag som ska utföras (att jämföras med de möjligheter som LOU ger) riskerar även att försämra vården ur ett patientsäkerhetsperspektiv. SKL menar vidare att utredningens förslag riskerar att få konsekvenser även för annan sjukvård, vilket inte analyseras närmare i förslaget. Eftersom resurserna inom sektorn är begränsade har landstingen ett stort ansvar för att göra nödvändiga avvägningar av resursförbrukningen mellan och inom olika sektorer av hälso- och sjukvården, vilket förslaget inte medger. SKL anser att förslaget ger förutsättningar för en mångfald av utförare inom vissa verksamhetsområden och geografiska områden som är attraktiva för entreprenören. Detta kan komma att innebära att antalet besök inom vissa landsting och delar av systemet ökar utan att det i realiteten är möjligt att minska inom andra delar av systemet.

99. Vårdförbundet anser att patientperspektivet saknas när det gäller förslaget tänkbara konsekvenser. Förslaget behöver också kompletteras med en konsekvensanalys över vilka effekterna skulle bli för vårdtagare och vårdgivare.

97. Praktikertjänst AB anser att den patientnära forskningen riskerar att utarmas med ökad privat utförd vård och att förslaget bör kompletteras med förslag till hur denna kan stimuleras. Inte heller berörs utbildningskrav, vidareutbildning eller utbildningsplatser för studenter vilket är en brist och förslaget bör kompletteras med detta.

103. Svensk förening för allmänmedicin saknar resonemang kring hur en ökad etablering inom den specialiserade öppenvården påverkar primärvården.

104. Gemensam Valfärd Stockholm anser att avsaknaden av internationella erfarenheter ställer särskilt höga krav på konsekvensanalyser som belyser hur utredningens förslag påverkar olika befolkningsgruppers möjligheter att få en god vård på lika villkor. Rubricerade utredning saknar helt socialt relaterade problembeskrivningar och konsekvensanalyser. Den kan därför inte utgöra ett underlag för en kunskapsbaserad hälso- och sjukvårdspolitik. Gemensam Valfärd Stockholm konstaterar också att det blir de offentligt drivna verksamheterna som vid behov ska dra ner kostnaderna eftersom övriga har avtal och anser att konsekvenserna av detta bör utredas.

106. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter anser att personalens kompetens måste säkerställas och verksamhetsförlagd utbildning av god kvalitet måste kunna integreras oavsett driftsform. Klinisk forskning och utbildning bör bedrivas även utanför universitetssjukhusens specialistsjukvård och den högspecialiserade vården, vilket FSA även påtalat i remissvaret över betänkandet Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården (SOU 2009:43). Forskningen ska bedrivas där patienten finns, den ska vara tvärprofessionell och att hela vårdkedjan måste beforskas.