

Lagrådsremiss

Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 12 mars 2026

Anna Tenje

Cecilia Torstensson
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås en ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som innebär att kommunerna ska få anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare föreslås att det i hälso- och sjukvårdslagen ska föras in ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om utformningen och innehållet i avtal om läkarmedverkan.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 augusti 2026.

Innehållsförteckning

1	Beslut	3
2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).....	4
3	Ärendet och dess beredning	6
4	Tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården.....	6
4.1	Övergripande utveckling och ansvar	6
4.2	Ansvarsfördelning och utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården	6
4.3	Avtal om läkarmedverkan	9
4.4	Kommunernas erfarenheter av läkarmedverkan	9
4.5	Professionernas erfarenheter av läkarmedverkan	10
4.6	Vårdcentralerna har betydelse för hur läkarmedverkan genomförs	10
4.7	Kommunerna anlitar inte läkare på regionens bekostnad.....	11
4.8	Kommunerna är en svagare avtalspart.....	11
4.9	Konsekvenser av en bristande läkarmedverkan.....	11
4.10	Förutsättningar för kompetensförsörjningen	12
4.11	Läkarmedverkan behöver vara anpassad till omställningen till en god och nära vård.....	12
5	Det ska införas en föreskriftsrätt om vad avtalen om läkarmedverkan ska innehålla.....	14
6	Kommunerna ska ges möjlighet att anlita läkare	23
7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	31
8	Konsekvenser av förslagen	31
8.1	Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner	31
8.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	33
8.3	Konsekvenser för barn.....	35
8.4	Övriga konsekvenser	37
9	Författningskommentar.....	38
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)	41
Bilaga 2	Betänkandets lagförslag	47
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna	48

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

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

Härigenom föreskrivs att 12 kap. 1 och 3 §§ och 16 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

12 kap.

1 §¹

Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap. 11 § eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 26 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2025:400). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 8 kap. 1 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Kommunens ansvar enligt första stycket gäller inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

3 §

Med undantag för vad som anges i 16 kap. 1 § tredje stycket gäller vad som sägs i 1 och 2 §§ inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Kommunen får anlita läkare i de verksamheter som avses i 1 och 2 §§.

16 kap.

1 §²

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om utform-

¹ Senaste lydelse 2025:446.

² Senaste lydelse 2026:214.

*ningen och innehållet i avtal om
läkarmedverkan.*

Denna lag träder i kraft den 1 augusti 2026.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 22 juni 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att bl.a. analysera och lämna förslag som stärker kommunernas möjligheter att säkra tillgången till läkare i kommunal hälso- och sjukvård (dir. 2023:98).

Utredningen, som tog namnet Utredningen om stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (S 2023:07), överlämnade den 7 november 2024 betänkandet Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72). En sammanfattning av betänkandet finns i *bilaga 1*. Betänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissyttrandena finns tillgängliga på regeringens webbplats (regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2024/01966).

I denna lagrådsremiss behandlas betänkandets lagförslag.

4 Tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården

4.1 Övergripande utveckling och ansvar

Kommunal hälso- och sjukvård är en viktig del av den samlade primärvården. Över tid har den kommunala hälso- och sjukvården fått en allt större betydelse för att bättre kunna möta patienters behov, för att hälso- och sjukvårdssystemet som helhet ska fungera effektivt och för att öka vårdkapaciteten. Den pågående omställningen i enlighet med reformen om god och nära vård, där primärvården blir navet i svensk hälso- och sjukvård, förstärker ytterligare denna utveckling och en bättre fungerande kommunal hälso- och sjukvård är av vikt för att målen med omställningen ska kunna nås.

Kommunerna har ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården, förutom sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. För sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare ansvarar regionerna. Kommunerna och regionerna måste samverka för att patienterna ska få den läkarvård som de har rätt till inom den kommunala hälso- och sjukvården.

4.2 Ansvarsfördelning och utveckling av den kommunala hälso- och sjukvården

Regionen har enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt i regionen. Kommunens ansvar att erbjuda hälso- och sjukvård är däremot avgränsat till vissa specifikt angivna persongrupper.

Genom den s.k. Ädelreformen på 1990-talet tog kommunerna över ansvaret som huvudman för viss hälso- och sjukvård till vissa grupper i befolkningen. Ansvaret omfattar personer i befolkningen som generellt har stora behov av såväl sociala som medicinska insatser. Reformen innebar att kommunerna tog över det samlade ansvaret för vård och omsorg om äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Syftet var att stärka möjligheterna för äldre att bo kvar hemma och få stöd genom hemtjänst och hälso- och sjukvård i hemmet i större utsträckning. Reformen lade därmed grunden för dagens kommunala hälso- och sjukvård och dess förhållande till den regionala hälso- och sjukvården (prop. 1990/91:150).

Ansvarsöverföringen från regionerna till kommunerna har skett stegvis. Det har i 12 kap. 1 § HSL införts en skyldighet för kommuner att ansvara för hälso- och sjukvård till personer i särskilt boende och dagverksamhet enligt socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL. Av förarbetena till lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, framgår att kommuner även har ett hälso- och sjukvårdsansvar (exklusive läkarinsatser) enligt hälso- och sjukvårdslagen för personer som bor i bostad med särskild service respektive vistas i dagverksamhet (prop. 1992/93:159 s. 182). Många av de personer som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården är äldre personer, men även vissa yngre personer med funktionsnedsättning som har insatser med stöd av LSS och SoL omfattas.

Kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård är begränsat. Enligt 12 kap. 1 § HSL ska varje kommun erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i särskilda boendeformer för äldre som behöver särskilt stöd, bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning, motsvarande tillståndspliktig boendeform även om de bedrivs enskilt, samt åt den som vistas i sådan dagverksamhet som avses i socialtjänstlagen.

Därutöver får kommunen enligt 12 kap. 2 § HSL även erbjuda den som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL, dvs. biståndsbedömt trygghetsboende. Vad gäller hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende framgår det av 14 kap. 1 § HSL att regionen får överlåta skyldigheten att erbjuda denna typ av vård till en kommun, om regionen och kommunen kommer överens om det.

Av 12 kap. 3 § HSL framgår att kommunens ansvar enligt 1 och 2 §§ inte omfattar hälso- och sjukvård som ges av läkare. I 14 kap. 1 § HSL anges att överenskommelsen i fråga om hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL, dvs. trygghetsboende, inte får avse sådan vård som ges av läkare.

Reglerna i 12 kap. HSL har senare kompletterats med vissa förtydliganden som i dag återfinns i 16 kap. HSL. Dessa förtydliganden infördes efter att brister i tillgängligheten till läkare för personer som inte själva kan uppsöka vård uppmärksammats (prop. 2005/06:115). Av 16 kap. 1 § första stycket HSL framgår att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i sådana verksamheter, bl.a. särskild boendeform eller bostad för äldre personer eller personer med funktionsnedsättning eller dagverksamhet samt hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende eller

trygghetsbostäder, som omfattas av kommunens hälso- och sjukvård. Av 16 kap. 1 § andra stycket HSL följer att det finns ett krav på att regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt enligt 16 kap. 1 § tredje stycket HSL att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Kommunerna har successivt och frivilligt tagit över ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende samt i vissa fall för sådant särskilt boende som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL. Detta har skett genom avtal mellan kommuner och regioner (12 kap. 2 § och 14 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård i hemmet bedrivs nu i alla kommuner, förutom de som ligger i Stockholms län (där utgör dock Norrtälje kommun ett undantag). Omfattningen av hälso- och sjukvård som ges i ordinärt boende varierar mellan kommuner. Av propositionen Nästa steg för en god och nära vård (prop. 2025/26:19) framgår att den kommunala hälso- och sjukvården i praktiken omfattar alla åldersgrupper, men det är fler kommuner som tagit över ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet till äldre personer än till övriga befolkningen (s. 22). Vanligen tillämpas en s.k. tröskelprincip, som innebär att det ofta är personer som har svårt att själva ta sig till en vård- eller hälsocentral som får kommunal hälso- och sjukvård i hemmet.

År 2023 fick 412 414 personer insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården och av dessa var drygt 342 000 personer 65 år och äldre. De flesta personer med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser får vård i ordinärt boende i hemmet. År 2023 fick 237 285 personer kommunalt finansierad hälso- och sjukvård i hemmet.

Kommunernas ansvar omfattar inte läkarinsatser. Regionerna är ansvariga för alla läkarinsatser till hela befolkningen, även till de personer som får kommunal hälso- och sjukvård.

Vilken vårdnivå som den kommunala hälso- och sjukvården avser framgår inte tydligt av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen. Av den kontext som Ädelreformen genomfördes i och förarbeten till den framgår dock att regeringen haft för avsikt att kommunerna ska ansvara för hälso- och sjukvård på primärvårdsnivå (prop. 1990/91:14 s. 57 och 58).

Vid tiden för Ädelreformen utfördes i princip all kommunal hälso- och sjukvård i egen regi. Därmed fanns inte ett uttalat behov av att skilja på rollerna som huvudman för hälso- och sjukvård och vårdgivare. Sedan dess har situationen succesivt förändrats. Även kommuner anlitar allt fler privata vårdgivare för att utföra offentligt finansierade hälso- och sjukvårdsinsatser.

Vårdgivaransvaret har fått en tydligare reglering i bl.a. hälso- och sjukvårdslagen. I hälso- och sjukvårdslagen, som trädde i kraft den 1 april 2017, har det ansvar som vilar på respektive huvudman förtydligats (prop. 2016/17:43). Det är alltså viktigt att skilja på ansvaret som huvudman för hälso- och sjukvård respektive som vårdgivare. Kommunerna behöver säkerställa strukturer för att de i egenskap av hälso- och sjukvårdshuvudmän kan ställa krav på privata vårdgivare och följa upp att vård som utförs i annans regi också lever upp till kraven på god och säker vård.

Ytterst är varje huvudman ansvarig för att invånarna erbjuds vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen. Ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården kan inte avtalas bort till privata vårdgivare. Huvudmannansansvaret gäller såväl för den hälso- och sjukvård som utförs i kommunens egen regi som för den hälso- och sjukvård som genom avtal utförs av privata aktörer. När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller regionen kontrollera och följa upp verksamheten (10 kap. 8 § kommunallagen [2017:725]).

4.3 Avtal om läkarmedverkan

Ursprungligen fanns inga krav på formella avtal kring läkarmedverkan. År 2001 uppskattades ungefär hälften av kommunerna ha frivilliga överenskommelser med regionerna om läkarmedverkan. Ett lagkrav om att ingå avtal om läkarmedverkan infördes 2007 (prop. 2005/06:115). Av 16 kap. 1 § andra stycket HSL framgår att det finns ett krav på att regionen ska sluta avtal med kommunerna om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Utöver denna bestämmelse finns det inga föreskrifter eller allmänna råd som reglerar läkarmedverkan. Av utredningen framgår att samtliga regioner och kommuner har någon form av avtal om läkarmedverkan, även om avtalen skiljer sig åt mellan de olika regionerna. Det är enligt utredningen vanligast att regionen sluter någon form av övergripande avtal med samtliga kommuner i regionen. Till avtalet kan det finnas en bilaga eller ett kompletterande avtal som specifikt reglerar läkarmedverkan. Det är även vanligt att avtalen kompletteras med riktlinjer, vägledning eller krav- och kvalitetsböcker. Det förekommer även lokala avtal mellan regionen och enskilda kommuner, vilket innebär att villkoren för läkarmedverkan kan skilja sig åt mellan kommuner inom samma region.

4.4 Kommunernas erfarenheter av läkarmedverkan

Utredningen konstaterar att erfarenheterna av dagens läkarmedverkan är blandade. I vissa kommuner fungerar samarbetet med regionen väl, men i vissa kommuner finns det brister. Samtidigt har vårdtyngden inom den kommunala hälso- och sjukvården generellt ökat under senare år. Patienterna som är inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården har i dag ofta mer komplexa och allvarliga medicinska tillstånd än för 10–20 år sedan. Detta innebär att alltmer avancerade insatser utförs i hemmet och av den kommunala hälso- och sjukvården.

Utredningen beskriver att det förekommer att läkarinsatsen brister bl.a. genom att uppgifter som bör utföras av en läkare antingen inte blir utförda eller utförs av personal som inte är läkare. Bristerna i läkarmedverkan förekommer löpande, men upplevs som särskilt problematiska utanför ordinarie arbetstid. Rutinerna för läkarmedverkan under jourtid varierar över landet. Ibland finns det jourlösningar som är kopplade till patienternas ordinarie vårdcentral, och det kan även finnas mobila team

där läkare kan ingå. Trots detta är det inte ovanligt att det saknas en jourläkarresurs som kan bistå den kommunala hälso- och sjukvården. När så är fallet blir regionens akutmottagning ofta det enda praktiska alternativet för patienter som behöver en läkarbedömning under jourtid.

4.5 Professionernas erfarenheter av läkarmedverkan

Utredningens kontakter med professionsföreträdare, såsom läkare och sjuksköterskor, ger en mer problematisk bild av hur läkarmedverkan fungerar i praktiken. Enligt professionsföreträdarna är det ofta ottydligt vilka krav som ställs på läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård. Det finns även skillnader i hur läkarinsatser utförs för olika grupper inom den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis mellan äldreomsorg och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade eller verksamhet inom socialpsykiatri. För de två senare grupperna präglas kraven för läkarinsatserna av särskild ottydlighet, främst mot bakgrund av att kraven i uppdragen på läkarmedverkan för dessa grupper är än mer ottydligt beskrivna och uppföljda.

4.6 Vårdcentralerna har betydelse för hur läkarmedverkan genomförs

I de flesta regioner utförs läkarmedverkan genom att vårdcentralerna ges ansvar för att tillhandahålla läkare till den kommunala hälso- och sjukvården som en del av det samlade uppdraget att driva vårdcentral. Enligt utredningen framkommer i kontakter med kommunerna att det ofta beror på den specifika vårdcentralen, eller till och med på enskilda medarbetare vid vårdcentralen, hur väl läkarmedverkan fungerar. Olika vårdcentraler ser alltså olika på uppdraget om läkarmedverkan.

Ett annat problem, som utredningen lyfter fram, är att enskilda vårdcentraler kan sakna de läkarresurser som behövs för att kunna genomföra läkarmedverkan. Särskilt utanför större städer kan läkartjänster under längre tid vara vakanta på vårdcentraler. Om vårdcentralen inte har tillräckliga läkarresurser är det svårt att få till en fungerande läkarmedverkan.

En annan omständighet som påverkar samverkan mellan regioner och kommuner är patienternas rätt att själva välja vårdcentral och läkare. Rätten att välja innebär att patienter på särskilda boenden, framför allt i större orter, kan ha olika läkare knutna till olika vårdcentraler. För den kommunala sjuksköterskan och övrig omsorgspersonal vid de enskilda boendena innebär det i praktiken ett omfattande samordningsansvar med många samtidiga kontaktpunkter. I vissa fall kan sjuksköterskor behöva lägga en betydande del av sin arbetstid på att söka efter rätt läkare, med negativa konsekvenser för möjligheten att utföra sitt omvårdnadsarbete.

4.7 Kommunerna anlitar inte läkare på regionens bekostnad

Som beskrivs i avsnitt 4.2 har kommunen, om regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare, rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader från regionen. Flera utredningar visar att kommunerna inte använder sig av denna lagstadgade möjlighet (se betänkandena God och nära vård En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem [SOU 2020:19 s. 151 och 152] och Nästa steg – Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer [SOU 2022:41 s. 366–368]). En förklaring kan vara att regionen har tillhandahållit en läkarinsats, om än med fördröjning. En annan möjlig orsak kan vara att kunskapen om möjligheten att anlita läkare på regionens bekostnad är låg. Ytterligare en orsak som framkommer i utredningens kontakter med kommuner och regioner är att dessa anser att det skulle skada samarbetet, kontinuiteten och vårdstrukturerna om kommunerna på egen hand anlidade läkare.

Utredningens genomgång visar att endast 9 av 21 avtal över huvud taget berör frågan om vad som ska hända vid en eventuell brist i regionens läkarinsatser i kommunerna. Frågan om kommunernas rätt att anlita läkare på regionens bekostnad är därmed ofta oreglerad. Om avtalen ändå berör frågan om möjligheten att anlita läkare på egen hand finns det olika villkor som kan göra det svårt för kommunen att använda möjligheten att anlita en egen läkare. Vanligast är att eventuella brister måste anmälas skriftligen till en utpekad ansvarig på regionen. Flera avtal innehåller villkor som innebär att regionen kan ha upp till tre veckor på sig att åtgärda den anmälda bristen innan kommunen tillåts anlita läkare på egen hand. De lokala avtalen med enskilda utförare kan även innehålla villkor och rutiner i de fall en kommun överväger att föra en patient från den kommunala hälso- och sjukvården till akutmottagningen. Det finns exempel på att olika villkor måste vara uppfyllda för att kommunen ska få lov att föra patienten till akuten.

4.8 Kommunerna är en svagare avtalspart

En utmaning som utredningen lyfter fram för att få till stånd en fungerande läkarmedverkan är att de 290 kommunerna är förhållandevis svaga parter när avtalen om läkarmedverkan ska förhandlas med de större och starkare regionerna. I avtalsförhandlingarna upplevs regionerna ha ett övertag och kan därför i högre grad påverka villkoren i avtalen.

4.9 Konsekvenser av bristande läkarmedverkan

När läkarmedverkan inte fungerar får det konsekvenser i flera led. För patienten kan väntan på medicinsk bedömning innebära bristande trygghet och säkerhet, dessutom kan en utebliven eller försenad medicinsk bedömning i sig innebära medicinska risker. För den kommunens hälso- och sjukvårdspersonal såväl som omsorgspersonal innebär fördröjd eller

utebliven läkarkontakt ofta merarbete och otrygghet och stress i arbetet. Det kan även uppstå etiskt svåra situationer när den kommunens personal blir ställd inför valet att vänta på läkare eller att skicka patienten till regionens akutmottagning. I en sådan situation är det ibland viktigare att en läkarbedömning blir utförd än vilken läkare som utför den. Om en patient skickas till akutmottagning trots att primärvården egentligen är rätt vårdnivå, innebär det en onödig belastning såväl för patienter, då vårdmiljön på akutmottagningen inte är optimal för exempelvis äldre patienter med omfattande vårdbehov, som på den regionala akutvården.

4.10 Förutsättningar för kompetensförsörjningen

Som utredningen beskriver, och som även tidigare utredningar och myndighetsrapporter har konstaterat, se bl.a. Nationella vårdkompetensrådets rapport 2020:1 och 2022:2 Pandemin och kompetensförsörjningen del 1 och 2 samt 2022:5 Kompetensförsörjning inom primärvården – Slutrapport se även 2024:2 Slutredovisning – Nationell plan för kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården, står landets kommuner och regioner inför stora utmaningar vad gäller kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården de kommande åren. Det råder i dag särskilt brist på specialister i allmänmedicin, vilka är av central betydelse för möjligheten att tillgodose behoven av läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Ur ett kommunalt patientperspektiv finns en relativt samstämmig bild av att tillgången till läkare i kommunala särskilda boenden är otillräcklig. Utöver bristen på specialister i allmänmedicin visar utredningen att det även råder brist på läkare med geriatrisk kompetens och att det är svårt att rekrytera erfarna medarbetare, särskilt i glesbygdsmråden. I betänkandet Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) beskrivs svårigheter rörande kompetensförsörjningen som en anledning till brister i dagens system för läkarmedverkan (s. 110–112). Utredningen konstaterar vidare att antalet specialister i allmänmedicin och geriatrik per 100 000 invånare har minskat under de senaste fem åren, samtidigt som gruppen äldre personer har blivit fler samt att tillgången till läkare varierar mellan regioner (s. 361).

4.11 Läkarmedverkan behöver vara anpassad till omställningen till en god och nära vård

I propositionen Nästa steg för en god och nära vård (prop. 2025/26:19) anges att en omställning av hälso- och sjukvården har påbörjats utifrån den färdplan som togs fram av bl.a. utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) (prop. s. 15). Målbilden för omställningen beskrivs i propositionen Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – En primärvårdsreform (prop. 2019/20:164). Av den propositionen framgår att hälso- och sjukvården bör ställa om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en

god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt (prop. 2019/20:164 s. 32).

Av den ovannämnda propositionen (prop. 2025/26:19 s. 15) framgår vidare att omställningen omfattar hela hälso- och sjukvårdssystemet, såväl regioner och kommuner som alla som verkar inom detta system. Det är ett komplext system med flera olika beslutsnivåer, vårdgivare, professioner samt alla dem vars hälso- och sjukvårdsbehov ska mötas. En utbyggd primärvård är samtidigt en förutsättning för en omställning av systemet i sin helhet. Med en utbyggd primärvård som har rätt kompetens och resurser att omhänderta patienter på primärvårdsnivå kan den specialiserade vården användas mer effektivt för de patienter som behöver dess specifika kompetens och resurser. Omställningen har därför fokus på primärvården och regeringen har tidigare lagt fast tre mål för primärvårdsreformen:

1. Tillgängligheten till primärvården ska öka.
2. En mer delaktig patient och en personcentrerad vård.
3. Kontinuiteten i primärvården ska öka.

I propositionen Nästa steg för en god och nära vård (prop. 2025/26:19 s. 15) konstaterar regeringen att dessa mål fortsatt är relevanta för primärvårdens del, och att fokus på att bygga ut primärvården behöver kvarstå. I propositionen anges att inriktningsmålen bör justeras och formuleras enligt följande:

1. Tillgängligheten till primärvården och den specialiserade vården ska öka.
2. En mer delaktig patient och en personcentrerad vård ska uppnås.
3. Kontinuiteten i primärvården och den specialiserade vården ska öka.

5 Det ska införas en föreskriftsrätt om vad avtalen om läkarmedverkan ska innehålla

Regeringens förslag

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om utformningen och innehållet i avtal om läkarmedverkan.

Regeringens bedömning

Den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården ligger i att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun och att inte ändra ansvaret mellan regioner och kommuner för hälso- och sjukvården.

Utredningens förslag och bedömning

Förslaget från utredningen stämmer delvis överens med regeringens. Utredningen föreslår ett mer generellt bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att få meddela föreskrifter om läkarmedverkan.

Remissinstanserna

En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inga invändningar mot förslaget.

Några remissinstanser framhåller vikten av flexibla avtal som regelbundet följs upp och utvärderas för att spegla patienternas vårdbehov och vårdens förutsättningar och beaktar lokala förhållanden, däribland *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Jönköpings kommun* och *Region Blekinge*. *Region Gotland* framhåller vikten av att utgångspunkten vid framtagandet av föreskrifter bör vara vad som blir bäst för patienten och att det är ett gemensamt ansvarstagande samt att föreskrifterna inte bör ha fokus på ansvar, organisation och vilka åtgärder som bör vidtas vid avtalsbrott. *Region Blekinge* anser att förslaget kan bidra till en ökad kvalitet och jämlik vård, genom att tolkningen av vad för slags hälso- och sjukvård som ges av läkare och som ska tillhandahållas av regionerna blir tydligare. *Region Västernorrland* framhåller vikten av att det också föreslås åtgärder om kommunerna inte uppfyller sina skyldigheter. *Halmstads kommun* anser att förslaget inte inom en överskådlig tid ger förutsättningar för jämställda roller för parterna. *Lerums kommun* anser att med tydligare krav om uppföljning av efterlevnad kan kommunernas beroendeställning till regionens utförare minska och kommunerna stärkas som avtalsparter gentemot regionerna. *Riksföreningen MAS och MAR* saknar strukturer för hur resultatet av den uppföljning som sker ska tas om hand. *Svenska distriktsläkarföreningen* anser att det är viktigt att föreskrifter tas fram oberoende av huvudmännen och med hänsyn till

vetenskap och etisk värdegrund. *SKPF Pensionärerna* anser att föreskrifterna bör inkludera sanktionsmöjligheter vid avtalsbrott.

Socialstyrelsen, Region Halland, Region Kalmar län och Fremia avstyrker förslaget. Socialstyrelsen anser att dagens reglering med avtal bör ersättas med tydligare lagstiftning och om så inte sker behöver det utredas om det finns bättre alternativ än föreskrifter för att uppnå den önskade förändringen. Region Kalmar län anser att det är upp till parterna att via förhandling och samverkan enas om innehållet i egna upprättade avtal samt att detta inte är en fråga för staten. Region Halland anser att förslaget riskerar att ge ökad detaljstyrning utan att det löser problemen i tillämpningen. Även *Svenska Läkarsällskapet* lyfter fram risker med detaljstyrning. Fremia är tveksamma till om föreskrifter stärker avtalen och anser att avtalen bör stärkas i dialog mellan region och kommun samt vårdgivare, som har insikt i de lokala förutsättningarna.

Några remissinstanser tillstyrker delvis eller tar inte tydligt ställning. *Region Sörmland* anser att även om föreskrifter beslutas om ett övergripande avtal kan det behöva kompletteras med lokala avtal. *Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi* understryker vikten av att föreskrifter om avtal mellan regioner och kommuner inte medför att regionernas andra läkarinsatser blir lidande.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Dagens bestämmelser om läkarmedverkan

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser som gäller oavsett om hälso- och sjukvård erbjuds av regioner eller kommuner. I 3 kap. 1 § HSL anges att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Av 16 kap. 1 § första stycket och 12 kap. 1 § HSL framgår att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 8 kap. 1 § SoL, till kommunerna inom regionen. Detsamma gäller för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL, om en kommun ansvarar för vården genom att regionen överlåtit skyldigheten att erbjuda hälso- och sjukvård enligt 14 kap. 1 § HSL. Vidare framgår av 16 kap. andra stycket HSL att regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Av 16 kap. 1 § tredje stycket HSL framgår att om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlitna läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen. Av 5 kap. 1 § HSL framgår även att vården ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Främja goda kontakter mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig. Dessa bestämmelser gäller även för den kommunala hälso- och sjukvården.

I propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115), i vilka bestämmelserna om läkarmedverkan föreslogs, anges att utgångspunkten för avtalen är målet för och kraven på hälso- och sjukvården som framgår av hälso- och sjukvårdslagen. I propositionen betonades bl.a. att läkarens engagemang har stor betydelse för vilken trygghet övriga i vårdteamet upplever i de medicinska frågorna. Mot bakgrund av att de lokala samverkansavtalen många gånger visat sig vara otillräckliga, bl.a. vad gäller omfattning och innehåll, föreslog regeringen att landstinget (numera regionen) och kommunerna inom regionens område ska träffa avtal om omfattningen och formerna för läkarinsatserna. Avtalet ska i möjligaste utsträckning vara konkret och ange omfattningen och formerna för läkarinsatser med utgångspunkt från patienternas behov. Avtalet bör vidare reglera vad som ska gälla vid tillfälligt ökade eller minskade behov av läkarmedverkan. Avtalet bör omprövas löpande, t.ex. årligen, för att på bästa sätt återspegla de aktuella behoven. I propositionen uttalas vidare att regeringen avser närmare precisera vad avtalen ska innehålla (s. 41–44).

I propositionen Nästa steg för en god och nära vård (prop. 2025/26:19) lämnas förslag som bl.a. syftar till att förtydliga att regioner och kommuner ska samverka med varandra i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården och att en medicinsk bedömning av läkare och sjuksköterska vid behov ska erbjudas oavsett tid på dygnet i den kommunala hälso- och sjukvården (s. 25, 42 och 46). I propositionen uttalar regeringen att lagändringarna om medicinsk bedömning av läkare vid behov, oavsett tid på dygnet behöver beaktas av regionerna och kommunerna och vid utformandet av avtal om läkarmedverkan och vid utformandet av förfrågningsunderlag för det vårdvalssystem i primärvården som har i uppdrag att tillhandahålla läkartjänster till den kommunala hälso- och sjukvården (s. 49).

Regeringen bedömer att förslagen i propositionen kommer att påverka regionernas och kommunernas samverkan och även innehållet i avtalen mellan regionerna och kommunerna när det gäller regionernas tillhandahållande av läkare i den kommunala hälso- och sjukvården.

Brister i läkarmedverkan

Utredningen beskriver att det förekommer olika former av brister i regionernas tillhandahållande av läkare till kommunernas hälso- och sjukvård. Bristerna kan bl.a. bestå av att uppgifter som bör utföras av en läkare antingen inte blir utförda eller utförs av någon annan personal som inte är läkare. Bristerna i läkarmedverkan förekommer löpande, men upplevs som särskilt svåra utanför ordinarie arbetstid. Läkare och sjuksköterskor har till utredningen framfört att det bl.a. är otydligt vilka krav som ställs på läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård och att det finns skillnader i hur läkarinsatser utförs för olika grupper inom den kommunala hälso- och sjukvården, exempelvis mellan äldreomsorg och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade eller verksamheter som avser socialpsykiatri, som beskrivs i avsnitt 4.4–4.9.

Regeringen anser utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv att det är nödvändigt att regionerna lever upp till gällande lagkrav och bidrar med

den läkarmedverkan som behövs för att patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården ska erbjudas en god hälso- och sjukvård. Utöver patientsäkerhetsperspektivet får brister som rör läkarmedverkan även negativa konsekvenser för olika verksamheter inom hälso- och sjukvården och för olika personalgrupper inom hälso- och sjukvården, som beskrivs i avsnitt 4.9.

Brister i den medicinska kvaliteten i den kommunala hälso- och sjukvården vad gäller tillgången till läkare har påpekats återkommande av flera olika myndigheter, bl.a. i samband med coronapandemin, t.ex. i Folkhälsomyndighetens rapport Förslag till åtgärder inom vissa av socialtjänstens verksamheter vid smittspridning av covid-19. I betänkandet Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) bedömer vidare Coronakommissionen bl.a. att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare. Kommissionen anser att även om kommunerna får sådan befogenhet, är det nödvändigt att regionerna säkerställer tillgång till de läkarresurser som äldreomsorgen kräver, inom ramen för primärvården, genom mobila läkarteam eller på annat sätt. Kommissionen bedömer även att kommunerna måste bli en bättre kravställare gentemot regionerna i fråga om tillgången till läkarinsatser i äldreomsorgen och att regionerna måste bli bättre på att leva upp till sina skyldigheter (s. 258 och 259).

Regeringen konstaterar att det är nödvändigt att läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården säkerställs för att patienter ska kunna få en sömlös vård och inga vårdbehov ska falla mellan stolarna. Trots upprepade kritik under lång tid har inga mer omfattande förändringar gjorts i kommunernas hälso- och sjukvård. Brister i läkarmedverkan medför att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården riskerar att inte få en lika god och patientsäker vård som resten av befolkningen. Även ur ett beredskapsperspektiv är bristerna problematiska.

Utredningen beskriver att det förekommer icke ändamålsenliga variationer i de nuvarande avtalens utformningar t.ex. vad gäller villkor och på vilken nivå olika villkor regleras. Enligt regeringens mening visar dessa förhållanden på att det finns behov av att tydliggöra utformningen av avtalen.

Regeringen anser att avtalen om läkarmedverkan behöver vara tydliga för att de mål och syften som anges i hälso- och sjukvårdslagen ska kunna uppfyllas. Regeringen anser vidare att avtalen behöver ta hänsyn till den pågående omställningen inom hälso- och sjukvården där primärvården ska vara navet i vården och samspela med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten.

Befintlig struktur bör behållas

Regeringen bedömer i likhet med utredningen att den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården ligger i att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun och att inte ändra ansvaret mellan regioner och kommuner för hälso- och sjukvården. Den nuvarande ordningen med avtal som reglerar läkarmedverkan bedömer regeringen har förutsättningar att vara funktionell. Regeringen delar därmed inte *Socialstyrelsens* uppfattning att dagens reglering med avtal bör ersättas av tydligare styrning i lag. Regeringen instämmer i *Fremias* uppfattning att

dialog mellan region och kommun kan vara ett sätt att stärka avtalen för att uppnå en ökad tydlighet om avtalens innehåll och en bättre läkarmedverkan. Regeringen bedömer dock att den allmänt utformade bestämmelsen om avtal om läkarmedverkan och att de brister som beskrivs ovan är så pass omfattande och allvarliga att dessa inte endast kan hanteras i förhandlingar mellan regionerna och kommunerna. Regeringen delar därmed inte heller *Region Kalmar läns* uppfattning att det inte är en fråga för staten att styra.

Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas

Som beskrivs under rubriken Dagens bestämmelser om läkarmedverkan framgår av bl.a. propositionen Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre (prop. 2005/06:115) att de lokala samverkansavtalen många gånger visat sig vara otillräckliga bl.a. vad gäller omfattning och innehåll. Regeringen föreslog därför i propositionen att det skulle införas ett krav i hälso- och sjukvårdslagen för regionen att med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen och formerna för läkarinsatserna. Avtalen ska i möjligaste utsträckning vara konkreta och ange läkarinsatser med utgångspunkt från patienternas behov. Avtalen bör omprövas för att på bästa sätt återspegla de aktuella behoven (s. 44).

Regeringen anser att det som nämns i propositionen fortfarande är av betydelse. De avtal om läkarmedverkan som sluts mellan regionerna och kommunerna har fortfarande brister vad avser utformningen och innehåll. Regeringen anser därför åtgärder bör vidtas för att avtalen ska bli tydligare och funktionella för att tillgodose behov av läkare i den kommunala hälso- och sjukvården.

Regeringen instämmer i det som *SKR* och *Region Blekinge* framför att avtalen om läkarmedverkan behöver vara flexibla, att avtalen regelbundet följs upp, utvärderas och justeras för att säkerställa att de tillgodoser patienternas vårdbehov och beaktar vårdens förutsättningar samt att föreskrifter som meddelas inte bidrar till ökad administration för regionerna och kommunerna.

Enligt regeringens uppfattning finns behov av tydligare styrning av avtalen om läkarmedverkan mellan regionerna och kommunerna för att de mål och syften som anges i hälso- och sjukvårdslagen ska kunna uppfyllas även vid regionernas tillhandahållande av läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen anser i likhet med utredningen, att avtalen om läkarmedverkan därför behöver stärkas genom att ställa tydligare krav på utformningen och innehållet i avtalen. Innehållet i avtalen bör tydliggöras bl.a. om vad som ingår i regionernas skyldigheter att tillhandahålla läkare och vilka åtgärder som kan vidtas om regionen inte uppfyller sina skyldigheter.

Det bör införas ett bemyndigande om att meddela föreskrifter

Som nämns under rubriken Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas finns det behov av att stärka avtalen om läkarmedverkan genom en tydligare styrning av avtalen. Regionerna och kommunerna ansvarar för hälso- och sjukvården och behöver i samverkan säkerställa att hela befolkningen får en hälso- och en sjukvård av god kvalitet som är jämlik, jämställd och tillgänglig samt tar hänsyn till den enskilda patientens

behov. Dessa parter kan bäst bedöma de behov av hälso- och sjukvård som finns i regionerna och kommunerna.

För att styrningen av avtal om läkarmedverkan genom föreskrifter ska få den effekt som behövs måste den vara flexibel men ändå tydlig. Styrningen behöver också vara flexibel i den mening att den tar hänsyn till förändringar av kommunernas behov av tillgång till läkare eller andra förhållanden som kan påverka läkarmedverkan. Det måste vara möjligt att vid behov kunna anpassa styrningen av avtalen bl.a. med hänsyn till utvecklingen av ny kunskap samt nya arbetssätt och strukturer, t.ex. under omställningsarbetet mot en god och nära vård och utifrån extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap enligt lagen (2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.

Regeringen anser att innehållet i avtal om läkarmedverkan bör framgå av föreskrifter på lägre författningsnivå än lag. Ett bemyndigande som möjliggör sådana föreskrifter bör därför införas. Med stöd av bemyndigandet kan det meddelas föreskrifter om vilken utformning och innehåll avtalen ska ha och som regioner och kommuner därmed ska följa när avtal ska slutas. Enligt regeringens mening kommer de föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet vara generella. Vidare behöver beaktas när föreskrifter tas fram att de regionala och kommunala förhållandena i landet skiljer sig åt. Regeringen delar därmed inte *Region Hallands* och *Svenska Läkarsällskapet*s uppfattning att förslaget riskerar att medföra detaljstyrning och som inte löser problemen i tillämpningen.

Regeringen anser att föreskrifter om avtal om läkarmedverkan behöver ha sin utgångspunkt i att såväl regionerna som kommunerna ansvarar för att patienterna erbjuds en god hälso- och sjukvård. Eftersom såväl behoven av läkare som arbetssätt och strukturer kan skilja sig åt mellan olika kommuner bedömer regeringen i likhet med *Region Sörmland* att lokala avtal fortfarande kommer att behövas.

Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi understryker vikten av att föreskrifter om avtal mellan regioner och kommuner ser till att regionernas andra läkarinsatser inte blir lidande. *Svenska distriktsläkarföreningen* anser att det är viktigt att föreskrifter tas fram oberoende av huvudmännen och med hänsyn till vetenskap och etisk värdegrund. Regeringen vill påminna om regionernas ansvar att erbjuda en god vård och att planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård. Det kan betyda att resurser behöver användas och fördelas på olika sätt inom systemet vid olika tidpunkter. Om regeringen använder bemyndigandet på så sätt att en myndighet ges möjlighet att meddela föreskrifter med stöd av bemyndigandet, så ankommer det på den myndigheten att ha kontakter med regionerna, kommunerna, andra berörda myndigheter samt andra intressenter, såsom intresseorganisationer, för att föreskrifter ska bidra till väl fungerande avtal om läkarmedverkan. Av förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning följer att myndighet under regeringen ska innan den beslutar föreskrifter så tidigt som möjligt bl.a. utreda föreskrifternas kostnadsmässiga och andra konsekvenser i den omfattning som behövs och ge olika berörda tillfälle att yttra sig. Regeringen anser att sådant, som *Region Sörmland*, *Svenska sällskapet för dermatologi och venereologi* och

Svenska distriktsläkarföreningen, för fram kommer att kunna beaktas när myndigheten utarbetar sina föreskrifter.

Utformningen av bemyndigandet

Utredningen har föreslagit att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska få meddela föreskrifter om läkarmedverkan. Regeringen kan konstatera att bemyndigandet är brett utformat. Bemyndiganden bör vara så precisa och utförliga som möjligt. Regeringen anser därför att bemyndigandet behöver vara mer avgränsat och tydligare än vad utredningen föreslår. Regionerna och kommunerna bör kunna förstå av bemyndigandet vilket slags föreskrifter som kan komma att meddelas och vilka befogenheter som den som meddelar föreskrifterna har. Samtidigt får bemyndigandet inte utformas så snävt att möjligheten att meddela föreskrifter bli så begränsad att de föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet inte bidrar till den ökade tydlighet i läkarmedverkan som eftersträvas. Bemyndigandet preciseras därför till att avse utformningen av avtalen och innehållet i dessa. I de kommande avsnitten utvecklas vad som kan innefattas i föreskrifter vad avser utformningen av avtal och avtalens innehåll.

Utformningen av avtalen

Eftersom det är ett lagkrav att region och kommun ska sluta avtal om läkarmedverkan är det lämpligt att de kommande föreskrifterna berör formerna för själva avtalen. Målsättningen med en förstärkt styrning av avtalen bör vara att ge kommuner och regioner stöd i utformningen av läkarmedverkan och i viss mån skapa mer jämbördiga förutsättningar mellan regionerna och kommunerna i frågor som gäller läkarmedverkan. De föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet bör kunna utgöra ett stöd för regionerna och kommunerna vad gäller utformningen av avtalen om läkarmedverkan.

Remissinstanserna, bl.a. *SKR* och *Jönköpings kommun*, för fram att det är nödvändigt att de föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet behöver utgå ifrån att avtalen om läkarmedverkan tillgodoser parternas behov av flexibilitet och att det beaktas att parternas behov och organisation varierar i landet. En brist i de nuvarande avtalen om läkarmedverkan som vissa remissinstanser, bl.a. *Lerums kommun* och *Riksföreningen MAS* och *MAR*, för fram är att det saknas tydliga strukturer för gemensam uppföljning och utvärdering av avtalen. Det som remissinstanserna för fram kan vara sådant som regeringen eller myndigheten som får meddela föreskrifter kommer att behöva ta hänsyn till i de fall föreskrifter tas fram.

För att avtalen ska kunna säkerställa att regionen till kommunerna inom regionen avsätter de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård så behöver avtalen enligt regeringens bedömning regelbundet följas upp och utvärderas samt vid behov justeras. Avtalen bör utformas på ett sådant sätt att en mätbar uppföljning av krav och kvalitet är möjlig. Det är eftersträvänsvärt om uppföljningen är utformad på ett sådant sätt att parterna själva, på objektiva grunder, kan observera om läkarmedverkan fungerar som det är tänkt och om patienterna får den vård som de behöver. Exempel på faktorer som skulle

kunna vara möjliga att följa upp är utfallet för patienter med kommunal hälso- och sjukvård gällande slutenvårdskonsumtion, oplanerade akutbesök och förekomsten av sjukhusinläggningar samt möjligheten för sjuksköterska i kommunal hälso- och sjukvård att få tillgång till medicinsk bedömning av läkare vid behov och inställetid för en sådan medicinsk bedömning.

Regeringen anser därför att det i föreskrifter om läkarmedverkan kan behövas föreskrifter som avser exempelvis att huvudmännen gemensamt ska följa upp avtalen, dvs. hur det i praktiken fungerar med tillhandahållandet av läkare i den kommunala hälso- och sjukvården, samt utvärdera om avtalen fungerar ändamålsenligt. Regeringen anser att det kan vara svårt att på nationell nivå sätta en tidsgräns för när avtalen ska följas upp och utvärderas. Enligt regeringens mening är det lämpligen något som avtalsparterna behöver ta ställning till utifrån förhållandena inom regionerna och kommunerna.

Vad som ingår i regionens skyldigheter att tillhandahålla läkare

Regeringen instämmer i *Region Blekinges* uppfattning att förslaget om föreskriftsrätt kan bidra till bl.a. en ökad kvalitet och jämlik vård, genom att tolkningen av vilket slags hälso- och sjukvård som ges av läkare och som ska tillhandahållas av regionerna blir tydligare. För att säkerställa tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården bedömer regeringen att föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet kan omfatta vad som enligt avtalet ingår i regionens skyldigheter att tillhandahålla läkare.

Föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet kan enligt regeringens mening exempelvis reglera om det i avtalen bör anges vilken kompetens som en läkare i den kommunala hälso- och sjukvården behöver ha. Föreskrifter som styr avtalen kan också föreskriva att det i avtalen regleras praktiska frågor som avser strukturer för kontakter mellan den kommunala och regionala hälso- och sjukvården. Enligt regeringens mening är det angeläget att regionerna har en fungerande grundstruktur för läkarmedverkan under ordinarie arbetstid. Att patientens fasta kontakter inom såväl regionen som kommunen upprättar en vårdplan för varje patient, som även vårdpersonal på jourtid kan utgå från kan enligt regeringens mening vara avgörande för en effektiv och ändamålsenlig vård även under jourtid.

Regeringen delar utredningens bedömning att det inte är motiverat med en centraliserad styrning av tidsättningen för läkarmedverkan. Skälet för detta är att ett krav på tidsättning i lag eller avtal kan komma i konflikt med hälso- och sjukvårdslagens grundläggande princip om vård efter behov. Vidare kan en tidsatt styrning uppfattas som ett tak snarare än ett golv. Utredningens observationer talar för att denna typ av synsätt förekommer i de regioner som har tidsatta avtal. Till detta kommer att förhållandena inom och mellan de olika kommunerna och regionerna skiljer sig allt för mycket åt för att en sådan styrning ska bli effektiv. Att styrningen inte avser tidsättning utgör dock inget hinder för att en region och en kommun att använda tidsatta avtal. Om regioner och kommuner inför villkor om tidsättning i sina avtal behöver de dock säkerställa att

villkoren är förenliga med hälso- och sjukvårdslagens grundläggande princip om vård efter behov.

Åtgärder som kan vidtas om regionen inte uppfyller sina skyldigheter

Något ytterligare som föreskrifter, som meddelas med stöd av bemyndigandet, kan omfatta är att det i avtal om läkarmedverkan regleras vilka åtgärder som kan vidtas i de fall regionen inte uppfyller sina skyldigheter att tillhandahålla läkare åt kommunerna. Det kan avse vilka administrativa åtgärder som kommunen eller regionen kan behöva vidta för att se till att regionen uppfyller eller kan uppfylla sina skyldigheter enligt avtalet.

Regeringen instämmer i *Region Gotlands* uppfattning att utgångspunkten vid framtagandet av föreskrifter bör vara vad som blir bäst för patienten. Regeringen anser till skillnad från regionen att det inte är fråga om ett gemensamt ansvar utan att det fråga om ett delat ansvar mellan regionerna och kommunerna för hälso- och sjukvården. Vad gäller regionens uppfattning att inte ha fokus på ansvar och vilka åtgärder som bör vidtas vid avtalsbrott konstaterar regeringen att 16 kap. 1 § första stycket HSL utgår från att det är regionerna som har skyldighet att tillhandahålla de läkarresurser som behövs för den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen anser att de föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet därför kan innehålla reglering av ansvar. Regeringen framhåller att det är regionerna och kommunerna som är avtalsparter och sluter avtalen utifrån bl.a. de behov som patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården har och de ansvar och förutsättningar avtalsparterna har. Vad gäller det som *Halmstads kommun* framför att förslaget inte inom en överskådlig tid kommer att ge förutsättningar för jämställda roller för parterna, så bedömer regeringen att förslaget om bemyndigande kan bidra till att göra parterna mer jämbördiga.

SKPF Pensionärerna anser att de föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet bör inkludera krav på bl.a. sanktionsmöjligheter vid avtalsbrott. *Region Västernorrland* framhåller vikten av att det också föreslås åtgärder om kommunerna inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalen. Regeringen delar inte SKPF Pensionärernas uppfattning att det i föreskrifterna bör inkluderas krav på sanktionsavgifter. Eftersom regionerna och kommunerna är de som sluter avtalen om läkarmedverkan kommer de specifika villkoren, t.ex. sanktioner vid avtalsbrott, att bestämmas av avtalsparterna. Vad gäller vilka åtgärder som kan vidtas om kommunerna inte uppfyller sina skyldigheter bedömer regeringen att sådana åtgärder också kan finnas som villkor i avtalen.

Regeringen vill framhålla vikten av att avtalen bör vara utformade på ett sådant sätt att kommunerna inte på ett otillbörligt sätt hindras från att använda sin rätt enligt 16 kap. 1 § tredje stycket HSL att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för detta från regionen. Detta innebär att det exempelvis inte bör förekomma avtalsvillkor som kräver att kommunen först måste vidta långtgående administrativa åtgärder eller krav på upprepad begäran om rättelse innan kommunen kan använda sin rätt att på egen hand anlita läkare och få kostnader ersatta av regionen. Det är enligt regeringens mening angeläget att i utformningen av

föreskrifter i denna del särskilt beakta de tillfällen då behovet av tillgång till läkare kan vara akut.

6 Kommunerna ska ges möjlighet att anlita läkare

Regeringens förslag

Kommunen ska få anlita läkare i verksamheterna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Det ska framgå i hälso- och sjukvårdslagen att regionen fortsatt ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Utredningens förslag

Förslaget från utredningen stämmer i sak överens med regeringens. Utredningen föreslår en annan språklig och redaktionell utformning.

Remissinstanserna

En majoritet av remissinstanserna avstyrker eller är negativa till förslaget.

Flera av remissinstanserna, däribland *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Regionerna i Blekinge, Dalarna, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Sörmland* och *Östergötland*, samt *Botkyrka, Nacka, Uppsala* och *Örebro kommuner*, liksom *Fremia*, *Föreningen Sveriges Socialchefer* och *Svenska kommunalarbetsförbundet*, anser att förslaget kan leda till att det uppstår en oklar ansvarsfördelning av det medicinska ansvaret för patienter, att parallella organisationer byggs upp och en ineffektiv resursanvändning. Region Skåne anser att det kan uppkomma ekonomiska ojämlikheter mellan vårdcentraler inom samma region om patienterna fortfarande är listade på en regional vårdcentral som får full ersättning, trots att kommunen erbjuder läkare. Botkyrka kommun anser att det är oklart om patienternas rätt till fritt vårdval ska garanteras om kommunerna anställer läkare.

Flera remissinstanser, däribland *SKR*, *regionerna i Västernorrland, Västerbotten* och *Östergötland*, samt *Botkyrka, Fagersta, Grums, Umeå* och *Uppsala kommuner*, liksom *Föreningen Sveriges Socialchefer* och *Riksföreningen MAS och MAR* anser att förslaget riskerar att leda till en mer ojämlik vård för att ekonomiskt stabila kommuner får möjlighet att anlita läkare vilket kommuner med ekonomiska utmaningar saknar. Region Västerbotten framför att det redan är stora skillnader i utbud och utformande av såväl regional som kommunal hälso- och sjukvård och om kommuner anställer läkare ökar ojämlikheten.

Några remissinstanser, däribland *regionerna i Dalarna, Kalmar län, Västerbotten, Sörmland, Östergötland, Västra Götaland*, samt *Hudiksvalls, Ljusnarsbergs, Umeå, Sunne, Staffanstorps* och *Svenljunga kommuner* framför att förslaget kan medföra rekryteringsproblem då kommuner och regioner kommer att konkurrera om samma yrkesgrupper.

Regionerna i Jönköpings län, Kronobergs län och Norrbottens län, samt Botkyrka, Göteborgs, Söderhamns, Umeå och Hudiksvalls kommuner liksom Sveriges Läkarförbund framför att även om kommunerna får möjlighet att anställa läkare kvarstår hinder i form av kontinuitetsproblem, journalföring och delning av journaldata, provtagning, förskrivning av läkemedel och remissförfaranden. Sveriges Läkarförbund anser att förslaget inte är tillräckligt utrett. Det gäller bl.a. möjligheter att säkra fortbildning och professionell kompetensutveckling, forskning, förskrivning av läkemedel och läkemedelsbudget, tillgång till provtagning, lokaler och teknisk utrustning, ansvar och utformning av vård under jourtid.

Svenska Läkaresällskapet anser inte att förslaget ska tas vidare. De framhåller att det som behövs är i stället en förstärkning av primärvården och tillräckligt många specialister i allmänmedicin som kan ta ansvaret som fast läkarkontakt för en avgränsad lista.

Några remissinstanser tillstyrker eller är positiva till förslaget däribland *Socialstyrelsen*, *Folkhälsomyndigheten*, *Vårdförbundet*, *Svensk sjuksköterskeförening*, och *Jönköpings, Kungsbacka, Motala, Sundsvalls och Älmhults kommuner* samt *SPF-Seniorerna*. Socialstyrelsen instämmer i utredningens beskrivning av utmaningar och gränsdragningsproblem mellan kommunens och regionens ansvar för läkare. Folkhälsomyndigheten stöder förslaget men framhåller svårigheten med rekrytering av läkare under bl.a. extraordinära händelser. Älmhults kommun framför vikten av att förslaget inte ska påverka regionernas ansvar för läkare. SPF-Seniorerna anser att dagens ordning där kommunerna är förbjudna att anställa läkare är otidsenlig och inte ändamålsenlig. Vårdförbundet framför att regionerna har bäst förutsättningar att ansvara, organisera och kompetensförsörja läkarresursen, men att det kan vara lämpligt att möjliggöra för kommunerna att anställa läkare där kommunen bedömer det som ändamålsenligt.

Ett antal remissinstanser tar inte klart ställning till förslaget men lämnar synpunkter. *Nationellt kompetenscentrum anhörig* framför att förslaget inte ska påverka de samlade resurserna. *Region Gävleborgs län* anser det vara viktigt att om kommunerna anställer läkare bör det vara ett krav på specialistkompetens inom relevant område för att undvika att den kommunala hälso- och sjukvården blir en arbetsmarknad för legitimerade läkare utan specialistkompetens.

Kammarrätten i Stockholm anser att förslaget i dess ordalydelse är svårförenlig med 12 kap. 3 § HSL och efterfrågar om det i lagtexten kan förtydligas hur paragraferna förhåller sig till varandra.

Skälen för regeringens förslag

Kommunerna är förhindrade att anlita läkare i patientnära arbetet

Regionerna har ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som bor i regionen. Som framgår i avsnitt 4.2 har förändringen av ansvarsfördelningen från regioner till kommunerna skett stegvis. Av 12 kap. 3 § HSL, följer att kommunernas ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. I sådana fall när regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal om läkarmedverkan, får kommunen enligt 16 kap. 1 § tredje stycket HSL rätt att på egen hand anlita läkare och få

ersättning för sina kostnader för det från regionen. Uttrycket läkarmedverkan används i 16 kap. 1 § HSL för att beskriva den verksamhet som regionerna bedriver när de tillhandahåller läkarinsatser till den kommunala hälso- och sjukvården.

En kommun som ingår i en region är således som utgångspunkt förhindrad att anlita läkare för patientnära kliniskt arbete i den kommunala hälso- och sjukvården. Det kan också noteras att förbudet mot att anställa läkare för patientnära kliniskt arbete inte innebär ett generellt förbud för kommuner att anställa läkare och det finns exempel på kommuner som har eller har haft läkare anställda i en samordnande eller strategisk roll.

Brister i den kommunala hälso- och sjukvården

Som framgår av avsnitt 4.4–4.9 finns det flera brister i dagens läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården. Samtidigt bedömer regeringen att det råder samsyn hos berörda aktörer inom hälso- och sjukvården att kommunerna har behov av utökad och stärkt medicinsk kompetens. Ett sätt att stärka den medicinska kompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården är en välfungerande samverkan mellan kommunerna och regionerna om läkarmedverkan, vilket beskrivs i avsnitt 5.

Enligt regeringens mening är det otillfredsställande att bristerna på tillgång till läkare medför att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården riskerar att inte få en lika god och patientsäker vård, som resten av befolkningen.

Kommunerna bör ha möjlighet att anlita läkare

Av 12 kap. 3 § HSL följer att kommunens ansvar inte omfattar sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare och att en kommun som ingår i en region således är förhindrad att anlita läkare för patientnära kliniskt arbete. Kommunerna får dock enligt 16 kap. 1 § tredje stycket HSL på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen, om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal om läkarmedverkan.

Yrkesgruppen läkare besitter den högsta medicinska kompetensen inom hälso- och sjukvården. Som utredningen konstaterar finns det redan i dag läkare som är anställda av kommuner i strategiska eller samordnade roller. Regeringen delar utredningens bedömning att det är problematiskt att det finns kommunalt anställda läkare som inte tillåts arbeta patientnära även om kommunen skulle se ett mervärde och behov av det.

Frågan om kommunernas möjlighet att anlita läkare behöver också ses utifrån ett beredskapsperspektiv. I betänkandet Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) bedömer Coronakommissionen bl.a. att det bör vara möjligt för kommuner att anställa läkare. Kommissionen anser samtidigt att även om kommunerna får sådan befogenhet, är det nödvändigt att regionerna säkerställer tillgång till de läkarresurser som äldreomsorgen kräver, inom ramen för den regionala primärvården. Kommissionen bedömer även att kommunerna måste bli en bättre kravställare gentemot regionerna i fråga om tillgången till läkarinsatser i äldreomsorgen och att regionerna måste bli bättre på att leva upp till sina skyldigheter (s. 258 och 259).

Enligt regeringens mening är dagens reglering inte ändamålsenlig, särskilt i de fall behov kan uppstå skyndsamt vid extraordinära händelser eller höjd beredskap. Regeringen inser, i likhet med vad *Folkhälso-myndigheten* anför, att det finns svårigheter med rekrytering av läkare under bl.a. extraordinära händelser. Kommunala läkare skulle enligt regeringens mening dock kunna utgöra ett betydelsefullt tillskott för att öka den medicinska kompetensen i den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen bedömer att det behöver finnas fler och olika möjligheter att tillgodose kommunernas behov av sådan medicinsk kompetens. Regeringen delar därmed SPF-Seniorerna bedömning att dagens ordning där kommunerna är förbjudna att anställa läkare inte är ändamålsenlig.

Utredningens förslag innebär att det inte längre ska vara förbjudet för en kommun att anlita läkare för patientnära kliniskt arbete i den kommunala hälso- och sjukvården. En majoritet av remissinstanserna t.ex. *SKR, Regionerna i Blekinge, Dalarna, Jönköpings län, Kalmar län, Kronoberg, Norrbotten, Skåne, Stockholm, Sörmland, Östergötland*, samt *Botkyrka, Nacka, Uppsala, Örebro kommuner* liksom, *Fremia, Föreningen Sveriges Socialchefer, Svenska kommunalarbetsförbundet och Nationellt kompetenscentrum anhörig* avstyrker eller är kritiska till förslaget, och för fram att förslaget t.ex. kan medföra en oklar ansvarsfördelning av det medicinska ansvaret för patienter, uppbyggande av parallella organisationer och ineffektiv resursanvändning eller negativt påverkar de samlade resurserna. Även remissinstanser som tillstyrker eller är positiva till förslaget bl.a. *Socialstyrelsen och Älmhults kommun* instämmer i utredningens beskrivning av utmaningar och gränsdragningsproblem mellan kommunens och regionens ansvar för läkare eller framhåller vikten av att förslaget inte ska påverka regionernas ansvar för läkare. Regeringen anser de farhågor som remissinstanserna framför måste vägas mot de behov av tillgång till medicinsk kompetens som finns i den kommunala hälso- och sjukvården.

Som beskrivs i avsnitt 4.1 och 4.2 har kommunerna ett omfattande hälso- och sjukvårdsuppdrag och regeringen anser att kommunerna bör ges goda förutsättningar att genomföra detta. Kommunerna bör därför ges större möjlighet att själva avgöra och styra över den kommunala hälso-och sjukvården för att på bästa sätt tillgodose de behov som finns i kommunen. Regeringen vill samtidigt understryka att denna befogenhet för kommunerna att anlita läkare innebär ingen ändring i dagens ansvarsfördelning mellan kommuner och regioner vad gäller hälso- och sjukvård, vare sig den övergripande ansvarsfördelningen eller för primärvården.

Regeringen ser inte heller att en sådan befogenhet medför oklara ansvarsfördelningar av det medicinska ansvaret för patienter. En befogenhet för kommunerna att anlita läkare medför en ökad flexibilitet när det gäller deras möjligheter att säkerställa tillgång till läkare och därmed ytterst att tillhandahålla vård efter behov och av god kvalitet, vilket är i linje med de grundläggande principerna i hälso- och sjukvårdslagen.

Regeringen delar inte heller remissinstansernas uppfattning att det förhållandet att kommunerna får anlita läkare medför uppkomsten av parallella organisationer eller en mindre effektiv resursanvändning, om en kommun, inom ramen för sitt sjukvårdsuppdrag, erbjuder patienter hälso- och sjukvård som ges av läkare. Kommunerna som huvudmän för hälso-

och sjukvården får nämligen själva avgöra om de önskar anlita läkare för att tillgodose behovet av läkare inom den egna kommunala hälso- och sjukvården. Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården är redan i dag delat mellan kommuner och regioner. Regeringen avser dock att följa lagförslagets konsekvenser för hälso- och sjukvården.

Flera remissinstanser, däribland SKR, *Region Västerbotten*, *Region Östergötland*, samt Botkyrka, Fagersta, Grums, Umeå, Uppsala kommuner, Föreningen Sveriges Socialchefer samt Riksföreningen MAS och MAR anser att förslaget riskerar att leda till en mer ojämlik vård. Mot bakgrund av att ansvaret för att tillhandhålla läkarinsatser även fortsättningsvis ligger kvar hos regionerna bedömer regeringen, i motsats till remissinstanserna, att ett sådant förslag inte medför en ojämlik vård. Att erbjuda en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet som ska vara jämlik och jämställd är en central målsättning och något som regeringen kontinuerligt arbetar för att uppnå, bl.a. inom ramen för arbetet med omställningen till en god och nära vård och en utbyggd primärvård samt regeringen satsning på kvinnors hälsa.

Sammanfattningsvis anser regeringen att dagens förbud för kommunerna att anlita läkare för det patientnära kliniska arbetet inte är ändamålsenligt och att den medicinska kompetensen kan förbättras om kommunerna har möjlighet att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Mot denna bakgrund föreslår regeringen att det ska införas en möjlighet för kommunerna att anlita läkare i verksamheterna i den kommunala hälso- och sjukvården.

Utformningen av bestämmelsen

Utredningen bedömer att en majoritet av kommunerna saknar praktiska, organisatoriska och ekonomiska förutsättningar för att anställa egna läkare. Regeringen anser att det förhållandet, att kommunerna har olika förutsättningar för att anställa läkare, inte bör hindra de kommuner som vill och har förutsättningar från möjligheten att på egen hand anlita läkare. Vad gäller de mindre kommunernas möjligheter att anställa läkare kan samarbeten mellan kommuner, exempelvis inom ramen för kommunalförbunden, vara en framkomlig väg för att göra anställningar av läkare möjliga. Regeringen anser, därmed i likhet med *Motala kommun*, att det för mindre kommuner finns möjligheten att genom samarbeten använda befogenheten för kommuner att själva anlita läkare. Regeringen instämmer i vad bl.a. *Kungsbacka* och *Motala kommuner* anser, nämligen att det inte bör vara en skyldighet för kommunerna att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården, utan att det bör vara en befogenhet, dvs. en frivillig möjlighet för kommunerna. Även om få kommuner har visat intresse för att anställa läkare i patientnära kliniskt arbete i den kommunala hälso- och sjukvården anser regeringen att de kommuner som önskar och ser ett behov därav ska ha en sådan möjlighet.

Utredningens lagförslag är att kommunen får erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare i de verksamheter som avses i 12 kap. 1 och 2 §§ HSL och placeras som en ny 12 kap. 3 a § HSL. Regeringen anser att paragrafen bör utformas mer kortfattat än utredningens lagförslag och mer lik den formulering som finns i 16 kap. 1 § tredje stycket HSL där orden anlita läkare används. Regeringen föreslår därför att nuvarande 12 kap. 3 §

HSL ersätts med en bestämmelse om att kommunen får anlita läkare i de verksamheter som avser sådan hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för enligt 12 kap. 1 och 2 §§ HSL. Kommunerna kommer därmed att ha befogenhet att själva anlita läkare i den kommunala verksamhet som avser hälso- och sjukvård. Det innebär att läkare kan tillhandahållas personer som har biståndsinsatser i form av sådana särskilda boendeformer eller bostäder som avses i 8 kap. 4 § första stycket SoL, 8 kap. 11 § SoL eller motsvarande tillståndspliktiga boendeformer eller bostäder som avses i 26 kap. 1 § första stycket 2 SoL samt dagverksamhet enligt 8 kap. 1 § SoL. Likaså kan läkare tillhandahållas personer som har hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avser s.k. biståndsbedömt trygghetsboende.

För att tydliggöra att lagförslaget inte medför förändringar i ansvarsfördelningen mellan regionerna och kommunerna för hälso- och sjukvård, föreslår regeringen att det i 12 kap. 1 § HSL införs en bestämmelse som anger att kommunens ansvar enligt den paragrafen inte gäller sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Av 14 kap 1 § HSL framgår sedan tidigare att en överenskommelse om överlåtelse av ansvar från region till kommun inte får avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Det förhållandet att kommunerna får en befogenhet att själva anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården förändrar således inte regionens grundläggande ansvar för hälso- och sjukvård enligt 8 kap. HSL, även vad gäller sådan som ges av läkare. På detta sätt klargörs även den otydlighet och det motsatsförhållande som *Kammarrätten i Stockholm* påpekar att utredningens lagförslag har.

Samverkan mellan regionerna och kommunerna är nödvändig även om kommunerna anlitar läkare

En befogenhet för kommunerna att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården är inte avsedd att tillgodose allt det behov av hälso- och sjukvård som en patient kan behöva. Huvudmannaskapet och den grundläggande ansvarsfördelningen mellan region och kommun förblir oförändrad. Det innebär att den frivilliga möjligheten att anställa läkare inte i någon del ska påverka regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

Regeringen delar i huvudsak det som utredningen och som flera remissinstanser, bl.a. *regionerna i Jönköpings län, Kronobergs län och Norrbottens län* samt *Sveriges Läkarförbund*, framför att det kan finnas utmaningar som kan behöva hanteras, t.ex. att få tillgång till laboratorium för provtagning, lokaler och teknisk utrustning, ansvar och utformning av vård under jourtid. Regeringen bedömer att kommuner och regioner har kunskap om dessa utmaningar och kompetens samt förutsättningar att hantera dessa i det fall det blir aktuellt. Regeringen anser att en väl fungerande samverkan mellan regionerna och kommunerna är en nödvändig förutsättning för att patienterna ska erbjudas en god hälso- och sjukvård som tillgodoser patienternas behov, även i de fall kommunerna erbjuder hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Dagens regleringar för hälso- och sjukvården gäller även för de fall kommunen anlitar läkare

Några av remissinstanserna – bl.a. *regionerna Jönköpings län, Kronoberg och Norrbotten* samt *Botkyrka, Göteborgs, Hudiksvalls, Söderhamns och Umeå kommuner*, liksom *Sveriges Läkarförbund* och *Socialstyrelsen* – för fram att det kommer att finnas utmaningar att hantera om kommunerna får anlita läkare bl.a. vad gäller dokumentation, journalföring och delning av journaldata, remissförfaranden, förskrivning av läkemedel och läkemedelsbudget.

Regeringen konstaterar att även i de fall kommunen anlitar läkare i den kommunala hälso- och sjukvården så behöver kommunen, i egenskap av huvudman och vårdgivare, säkerställa att den hälso- och sjukvård som läkaren utför lever upp till gällande regleringar. Befintliga regleringar som gäller för all hälso- och sjukvård gäller även i de fall kommunen anlitar läkare. De bestämmelser om journalföring och behandling av personuppgifter som avser patienter och som finns i bl.a. patientdatalagen (2008:355) och lagen (2022:913) om sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation gäller även för kommunal hälso- och sjukvård som utförs av läkare som kommunen anlitar. Likaså kommer regleringar som avser förskrivning av läkemedel och läkemedelsbehandling i läkemedelslagen (2015:315), patientsäkerhetslagen (2010:659) samt hälso- och sjukvårdslagen att gälla. Vad gäller remissförfaranden kommer regleringar som finns för detta i t.ex. patientlagen (2014:821) och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. att gälla.

Några remissinstanser, bl.a. *Region Sörmland* och *Sveriges Läkarförbund*, ser också utmaningar med att den läkare som anlitas av en kommun ska få tillgång till exempelvis fortbildning, forskning och kollegialt utbyte. Även utredningen konstaterar att kommunala läkare kan bli ensamma i sin yrkesroll i de enskilda kommunerna och att det därför finns en oro för hur dessa ska klara sin fortbildning. Precis som med de övriga utmaningarna, som remissinstanserna för fram, om läkare som anlitas av kommunerna är detta något som kommer att behöva hanteras i de fall det blir aktuellt. Regeringen gav 2023 en särskild utredare i uppdrag att se över behoven av eventuella förändringar av regelverk och strukturer för bl.a. vidareutbildning och fortbildning inom hälso- och sjukvården och tandvården för att möta de utmaningar som dessa verksamheter står inför (dir. 2023:148). I betänkandet *Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens* – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov (SOU 2025:63) föreslår utredningen bl.a. att vårdgivare ska vara skyldiga att identifiera hälso- och sjukvårdspersonalens utbildningsbehov och ge möjlighet till regelbunden fortbildning i en omfattning som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen respektive tandvårdslagen tillgodoses. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska upprätthålla och uppdatera sina kunskaper och färdigheter genom att regelbundet ta del av fortbildning. Förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

Några remissinstanser, bl.a. *Botkyrka kommun*, *Region Skåne* och *Svenska Läkaresällskapet*, framför också att ett system med kommunala läkare måste förhålla sig till reglerna om vårdval eller fast läkarkontakt. I dag har alla patienter en rätt att själva välja vårdcentral och en egen

läkare. Detta faktum innebär ibland praktiska problem, särskilt för patienter som är inskrivna i särskilt boende. Regionens ansvar för läkar-medverkan ska kvarstå oförändrat oavsett om en kommunal läkare har anställts eller inte. För patienterna i den kommunala hälso- och sjukvården gäller att de precis som i dag kommer att vara listade på en regional vårdcentral och ha sin fasta läkarkontakt där. En konsekvens av denna ordning är att en läkare anställd av kommunen till sin natur kommer att vara en kompletterande och i viss mån parallell resurs.

Arbetsuppgifter för läkare i kommunal hälso- och sjukvård

Om en kommun använder sig av befogenheten att anlita läkare blir det kommunen som bestämmer vilka arbetsuppgifter, vilka ansvarsområden och vilken kompetens som den läkare som kommunen anställer, eller på annat sätt anlitar, ska ha. Regeringen delar därför inte *Region Gävleborgs läns* uppfattning att om kommunerna anställer läkare bör det vara ett krav om specialistkompetens inom relevant område.

Rekryteringsproblem är en realitet som kommuner behöver förhålla sig till

Flera remissinstanser, bl.a. SKR, *Västra Götalandsregionen* och *Umeå kommun*, för fram att förslaget kan bidra till att förvärra befintliga rekryteringsproblem av läkare då kommuner och regioner skulle konkurrera om samma personalresurser som det redan i dag råder brist på.

Regeringen är väl medveten om att det råder brist på personal inom flertalet legitimationsyrken, inklusive läkare, och att tillgången till sådan personal varierar över landet. Mot bakgrund av bl.a. detta gav regeringen 2023 Nationella vårdkompetensrådet vid Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256). Rådet lämnade i maj 2024 till regeringen förslag till en nationell plan som innehåller 25 förslag till insatser. Planen syftar till att skapa långsiktiga förutsättningar för planering och fungera som ett stöd för aktörerna inom hälso- och sjukvården att planera dimensionering, rekrytering, kompetensutveckling och behålla personal. Enligt rådet handlar det inte enbart om att utbilda fler utan också om att göra det möjligt för dem som redan är utbildade att faktiskt arbeta i vården. Rådet konstaterar att många personer utbildade i vårdprofessioner, inklusive läkare, inte är aktiva i vården vilket är ett problem. Bristen på läkare förväntas dock kvarstå framöver och är därmed en realitet som kommuner och regioner behöver förhålla sig till.

Regeringen anser att rekryteringsproblem av läkare inte bör utgöra ett tillräckligt skäl för att kommunerna inte ska ha befogenhet att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården.

7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag

Lagändringarna ska träda i kraft den 1 augusti 2026.

Regeringens bedömning

Det behövs inte några övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag

Förslaget från utredningen stämmer inte överens med regeringens. Utredningen föreslår att lagändringen ska träda i kraft den 1 juli 2026.

Remissinstanserna

Ingen remissinstans lämnar synpunkter om ikraftträdande eller behov av övergångsbestämmelser.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

För att ge kommunerna möjlighet att anlita läkare i de verksamheter som avser den kommunala hälso- och sjukvården och för att nå en ökad tydlighet om läkarmedverkan bör förslaget träda i kraft så snart som möjligt. Regeringen bedömer att den 1 augusti 2026 är den tidigaste tidpunkt som lagändringen kan träda i kraft.

Regeringen bedömer, i likhet med utredningen, att det inte behövs några övergångsbestämmelser.

8 Konsekvenser av förslagen

8.1 Ekonomiska konsekvenser för kommuner och regioner

Regeringens bedömning

Förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan medför inga nya kostnader för kommuner och regioner.

Förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare bedöms inte heller medföra några kostnader för kommuner och regioner.

Utredningens bedömning

Bedömningen från utredningen stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

En majoritet av remissinstanserna är positiva till förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan (avsnitt 5) och ingen remissinstans, förutom *Region Stockholm*, lämnar synpunkter på utredningens konsekvensanalys.

När det gäller förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare (avsnitt 6) så är en majoritet av remissinstanserna negativa till förslaget och ingen remissinstans, förutom *Region Stockholm*, lämnar synpunkter på utredningens konsekvensanalys. *Region Stockholm* bedömer att förslagen kan ge förändrade ekonomiska konsekvenser främst för kommunerna vad gäller kostnader för anställning av läkare och kompetensförsörjning.

Skälen för regeringens bedömning

Förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan

Förslaget syftar till att förbättra tillgången till läkare inom den kommunala hälso- och sjukvården. Förslaget förväntas utgöra ett stöd för huvudmän och vårdgivare inom hälso- och sjukvård i utövandet av sina respektive ansvar.

Regeringen bedömer att förslaget om föreskriftsrätt för att tydliggöra innehållet i avtalen om läkarmedverkan inte förväntas medföra nya kostnader eller obligatoriska åtaganden varken för regioner eller kommuner. Förslaget syftar till att förtydliga avtalsarbetet mellan parterna. Att ingå, och därefter följa upp, utvärdera och uppdatera avtalen mellan region och kommun är redan i dag en uppgift som parterna har. De föreskrifter som kan meddelas med stöd av bemyndigandet bedöms inte ha ett sådant innehåll att finansieringsprincipen skulle aktualiseras då det enbart handlar om att förtydliga redan existerande åtaganden. Att kommuner och regioner som en följd av nya föreskrifter behöver uppdatera, eller i förekommande fall ingå nya, avtal sinsemellan bedömer regeringen inte aktualiserar finansieringsprincipen.

Förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare

Regeringen delar inte *Region Stockholms* bedömning utan anser att förslaget att införa en befogenhet för kommunerna att anlita läkare inte medför något nytt obligatoriskt åtagande för kommunerna, eftersom kommunerna avgör om de vill använda sig av befogenheten. Finansieringsprincipen blir därmed inte aktuell.

8.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Regeringens bedömning

Förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan bedöms innebära en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Den inskränkning av den kommunala självstyrelsen som förslaget innebär bedöms vara nödvändig och proportionerlig i förhållande till förslagets syfte.

Förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare innebär att den kommunala självstyrelsen stärks. Förslaget medför inget nytt åtagande för kommunerna.

Utredningens bedömning

Bedömningen från utredningen stämmer överens med regeringens.

Remissinstanserna

En majoritet av remissinstanserna är positiva till förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan (avsnitt 5) och ingen remissinstans lämnar synpunkter på utredningens konsekvensanalys. *Sveriges kommuner och regioner (SKR)*, som tillstyrker förslaget, framhåller vikten av flexibla avtal som speglar lokala förutsättningar och patienternas vårdbehov. *Region Blekinge* anser att förslaget kan bidra till att göra det tydligare vad för slags hälso- och sjukvård som ges av läkare och som ska tillhandahållas av regionerna.

När det gäller förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare (avsnitt 6) är en majoritet av remissinstanserna negativa, däribland *SKR*, *Region Skåne* och *Botkyrka kommun*, som anser att förslaget kan leda till att parallella organisationer byggs upp och till en ineffektiv resursanvändning.

Folkhälsomyndigheten, som tillstyrker förslaget framhåller att mot bakgrund av utmaningen att rekrytera läkare med rätt kompetens för att stödja kommunal hälso- och sjukvård under ordinarie förhållanden så blir det ännu svårare med nyrekrytering av läkare under extraordinära händelser och vid höjd beredskap, samt att det därför är viktigt att kommunerna tar med detta i sin långsiktiga planering och samverkan med regionerna.

Skälen för regeringens bedömning

Bedömningen av inskränkningar av den kommunala självstyrelsen

Enligt 14 kap. 2 § regeringsformen sköter kommunerna lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett den. Denna proportionalitetsprincip innebär att förslaget inte får vara onödigt långtgående och om syftet kan uppnås på ett mindre ingripande sätt så ska

den väg väljas som lägger minst band på kommunernas självbestämmande. Vid proportionalitetsbedömningen ska det således göras dels en analys av konsekvenser det tänkta förslaget får för den kommunala självstyrelsen, dels en avvägning mellan betydelsen av kommunala självstyrelseintressena och de nationella intressen som den föreslagna lagstiftningen ska tillgodose.

Förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan

Förslaget förväntas utgöra ett stöd för regionerna och kommunerna i utövandet av sina respektive ansvar inom hälso- och sjukvården. Regeringen bedömer vidare att förslaget bidrar till en stärkt styrning av de övergripande avtalen om läkarmedverkan mellan kommun och region och ger dessa parter bättre förutsättningar för samarbete.

Regeringen bedömer att förslaget om föreskriftsrätt att tydliggöra innehållet i avtalen om läkarmedverkan och de föreskrifter som kan komma att meddelas med stöd av bemyndigandet innebär ett intrång i den kommunala självstyrelsen, eftersom både region och kommun kommer att behöva följa föreskrifterna. Det är nödvändigt att den medicinska kompetens som läkare har även finns tillgänglig den kommunala hälso- och sjukvården för att kunna säkerställa en förebyggande, god och säker vård. Eftersom bristerna i läkarmedverkan har funnits länge och eftersom det råder oklarheter om vad avtalen ska innehålla samt att dessa brister medför patientsäkerhetsrisker, bedömer regeringen att det inte finns något mindre ingripande sätt att säkerställa detta på.

För kommunerna medför den stärkta styrningen snarast ett stöd och bidrar till att göra kommunerna till något mer jämbördiga parter i förhållande till regionerna när avtalen ska förhandlas. Regionerna gynnas i sin tur av att en större enhetlighet kan uppnås i samarbetet med kommunerna. I förlängningen bedöms att stärkt styrning av avtalen kan leda till att den kommunala hälso- och sjukvården ges förutsättningar att erbjuda en hälso- och sjukvård som är behovsanpassad, effektiv, av god kvalitet, patientsäker och som är jämställd, jämlik samt tillgänglig.

Som regeringen anför i avsnitt 5 under rubriken Avtalen om läkarmedverkan behöver stärkas, instämmer regeringen bl.a. i det som *SKR* och *Region Blekinge* för fram om vikten av flexibla avtal som speglar lokala förutsättningar och patienternas vårdbehov. Sammantaget anser regeringen därför att förslaget är proportionerligt.

Regeringen bedömer också att förslaget bidrar till att kommunerna och regionerna får en bättre förståelse för vad ansvaret för läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården innebär. I situationer där regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet kommer den stärkta styrningen att göra det lättare för kommunerna att med stöd av 16 kap. 1 tredje stycket HSL anlita läkare på regionens bekostnad. Det innebär att trösklarna för att anlita en läkare kommer att sänkas. Förslaget bidrar till en stärkt medicinsk kompetens i kommunerna och ett mer jämlikt omhändertagande i hälso- och sjukvården.

Förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare

Regeringen bedömer att förslaget innebär att den kommunala självstyrelsen stärks. Det blir möjligt för kommunerna att i större utsträckning än i dag bestämma hur den kommunala hälso- och sjukvården ska utformas. En positiv konsekvens är att den kommunala hälso- och sjukvården och verksamheter inom socialtjänsten, särskilt i verksamheter som avser omsorg om äldre personer, om personer med funktionsnedsättning samt om personer i socialpsykiatri, får ett ytterligare verktyg för att förbättra vården och omsorgen. Som regeringen anför i avsnitt 6 under rubriken Kommunerna bör ha möjlighet att anlita läkare, delar regeringen inte *SKR, Region Skåne* och *Botkyrka kommun* synpunkter att förslaget kan leda till att parallella organisationer byggs upp och en ineffektiv resursanvändning.

En annan konsekvens av förslaget är att kommunerna ges en utökad flexibilitet att agera självständigt, särskilt i tider av extraordinära händelser eller vid höjd beredskap. Regeringen instämmer i det som *Folkhälsomyndigheten* för fram om att utmaningen att rekrytera läkare med rätt kompetens blir ännu svårare under extraordinära händelser och vid höjd beredskap samt vikten av att kommunerna beaktar detta i sin långsiktiga planering och samverkan med regionerna. Förslaget bedöms även bidra till en stärkt medicinsk kompetens i kommunerna.

Förslaget innebär ett likställande av olika utförare i kommunal hälso- och sjukvård eftersom dagens förbud mot att anställa läkare endast gäller för kommunerna. Ett motsvarande förbud föreligger inte för privata utförare, oaktat att dessa av ekonomiska skäl sällan eller aldrig anställer läkare på egen bekostnad.

8.3 Konsekvenser för barn

Regeringens bedömning

Förslagen bedöms ha positiva konsekvenser för barn.

Förslagen bedöms vara förenliga med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning.

Utredningens bedömning

Utredningen redovisar ingen bedömning av förslagens konsekvenser för barn.

Remissinstanserna

Inga remissinstanser förutom *Region Kronoberg* och *Socialstyrelsen* lämnar synpunkter om förslagens konsekvenser för barn. *Region Kronoberg* framför att det inte framgår av utredningen om prövning av barnets bästa har genomförts. *Socialstyrelsen* anför att kommunal hälso- och sjukvård innefattar även barn och unga, och även om barn utgör en liten del av andelen patienter så behöver konsekvenserna för denna andel

överbägas ur ett barnrättsperspektiv samt att det ställs särskilda krav på t.ex. avtal och barnkompetens.

Skälen för regeringens bedömning

Sedan den 1 januari 2020 gäller FN:s konvention om barnets rättigheter (barnkonventionen) som svensk lag (lagen [2018:1197] om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter). Barnkonventionen ska ses som en helhet och rättigheterna i konventionen ska tolkas i relation till varandra (jfr prop. 2017/18:186 s. 77). Av barnkonventionen framgår att vid alla åtgärder som rör barn ska i första hand beaktas vad som bedöms vara barnets bästa. Barn har rätt att åtnjuta bästa uppnåeliga hälsa och rätt till anläggningar för behandling av sjukdom och rehabilitering av hälsa (artiklarna 3 och 24 i barnkonventionen). Barns rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet kommer till uttryck i artikel 12 i barnkonventionen. Enligt nämna artikel ska hänsyn tas till barnets åsikter, utifrån barnets ålder.

Förslagen kan komma att ha en positiv inverkan på de personer med funktionsnedsättning som tar del av kommunal hälso- och sjukvård och då även barn. Av artikel 25 i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning följer att konventionsstaterna erkänner att personer med funktionsnedsättning har rätt till bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Enligt artikel 7 ska konventionsstaterna bl.a. säkerställa att barn med funktionsnedsättning har rätt att fritt uttrycka sina åsikter i alla frågor som rör dem, varvid deras åsikter ska tillmätas betydelse i förhållande till deras ålder och mognad på lika villkor som för andra barn, och att de för att utöva denna rättighet erbjuds stöd anpassat till funktionsnedsättning och ålder.

Den kommunala hälso- och sjukvården avser till övervägande del vuxna personer, de flesta över 65 år. Det varierar i vilken grad kommunerna tagit över något ansvar för hälso- och sjukvård i hemmet för barn. Förslagen bedöms därmed inte få några specifika konsekvenser för barn i de kommuner som inte tagit över sådant ansvar. Regeringen, som instämmer i det som *Socialstyrelsen* för fram, anser att för barn som får kommunal hälso- och sjukvård förväntas förslagen medföra samma positiva effekter som för vuxna.

Regeringen bedömer att förslagen kan få vissa indirekta positiva konsekvenser för barn. I de fall ett barns föräldrar eller andra närstående till barnet kan få en bättre hälso- och sjukvård genom en förbättrad tillgång till läkare kan barnets situation som närstående lindras något och barnet kan bli mer trygg i att hans eller hennes förälder eller annan närstående får en bättre tillgång till hälso- och sjukvård.

Regeringen bedömer att förslagen är förenliga med FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning genom att förslagen bidrar till en bättre tillgång till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården, vilket kan ha positiva effekter för barn med funktionsnedsättning.

8.4 Övriga konsekvenser

Regeringens bedömning

Förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare bedöms ha begränsad påverkan för arbetsmarknaden. Förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan bedöms inte ha påverkan för arbetsmarknaden.

Förslagen bedöms indirekt få positiva effekter på jämställdheten och den offentliga servicen i glesbygder.

Förslagen är förenliga med EU-rätten och andra internationella åtaganden som Sverige har.

Förslagen bedöms inte att få några konsekvenser för de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

Utredningens bedömning

Bedömningen från utredningen stämmer i huvudsak överens med regeringens. Utredningen bedömer att förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare inte får någon avgörande betydelse för den generella tillgången på läkare eller läkares arbetsmarknad.

Remissinstanserna

Remissinstanserna är positiva till förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan (avsnitt 5) och är negativa till förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare (avsnitt 6), men ingen remissinstans lämnar synpunkter på utredningens konsekvensanalys förutom i fråga om rekryteringsproblem. *Regionerna i Dalarna, Kalmar län, Västerbotten, Sörmland, Östergötland* och *Västra Götaland* samt *Umeå kommun* framför att förslaget kan medföra rekryteringsproblem då kommuner och regioner kommer att konkurrera om samma yrkesgrupper.

Sundsvalls kommun bedömer att utökad läkarmedverkan kan ha positiv effekt på landsbygdssäkringen och att förslagen har ingen påverkan för ekologisk hållbarhet.

Region Stockholm bedömer att förslagen förväntas ge oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård samt för miljön.

Skälen för regeringens bedömning

Som framgår i avsnitt 6 så gör utredningen bedömningen att en majoritet av kommunerna i dagsläget saknar de organisatoriska och ekonomiska förutsättningarna för att anlita egna läkare och att regeringen anser, till skillnad från *Regionerna i Dalarna, Kalmar län, Västerbotten, Sörmland, Östergötland* och *Västra Götaland* samt *Umeå kommun*, att rekryteringsproblem av läkare inte bör utgöra ett tillräckligt skäl för att kommunerna inte ska ha befogenhet att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Regeringen bedömer att förslaget om möjlighet för kommunerna att anlita läkare kommer att användas av ett begränsat antal kommuner och därmed i relativt liten utsträckning kommer att påverka

arbetsmarknaden. I få fall kan förslaget möjligen medföra viss ökning i efterfrågan på läkare i vissa kommuner i landet. Regeringen bedömer att förslaget om bemyndigande att meddela föreskrifter om avtal om läkarmedverkan inte påverkar arbetsmarknaden.

Regeringen bedömer, till skillnad från *Region Stockholm* att förslagen indirekt har positiva effekter på jämställdheten eftersom förslagen stärker läkarmedverkan och tydliggör samt förbättrar bl.a. medicinska bedömningar. När medicinska bedömningar görs på rätt vårdnivå kan det få positiva konsekvenser för arbetsmiljön för personalen, i avsnitt 4.2 beskrivs negativa konsekvenser för personal. I dag är sjukskrivningarna för bl.a. sjuksköterskor höga i kommuner. Kvinnor är överrepresenterade bland de anställda i den kommunala hälso- och sjukvården. Förslagen bedöms indirekt kunna bidra till att minska sjukskrivningar och därmed också få positiva effekter för jämställdheten.

Förslagen bedöms indirekt även ha positiva effekter eftersom förslagen förväntas utöka läkarmedverkan och därmed även kunna förbättra den offentliga servicen i glesbygder, såsom även *Sundsvalls kommun* framför.

Regeringen bedömer att förslagen inte får några konsekvenser för EU-rätten, de integrationspolitiska målen, miljön, brottsligheten eller det brottsförebyggande arbetet.

9 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:80)

12 kap.

1 § Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som efter beslut av kommunen bor i en sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap. 11 § eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 26 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2025:400). Kommunen ska även i samband med dagverksamhet enligt 8 kap. 1 § samma lag erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som vistas i dagverksamheten.

Kommunens ansvar enligt första stycket gäller inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare.

Paragrafen innehåller bestämmelser om kommunens ansvar för hälso- och sjukvård. Övervägandena finns i avsnitt 6

Andra stycket, som är nytt, tydliggör att kommunens ansvar enligt första stycket inte gäller sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Huvudmannaskapet och den grundläggande ansvarsfördelningen mellan region och kommun förblir oförändrad även i de fallen hälso- och sjukvård ges av läkare. Av 14 kap 1 § framgår att en överenskommelse om överlåtelse av ansvar från region till kommun inte får avse ansvar för hälso- och sjukvård som ges av läkare. Det innebär att den frivilliga möjligheten för en kommun att anlita läkare, enligt 3 §, inte påverkar

regionernas grundläggande ansvar för läkarvård eller för läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård.

3 § *Kommunen får anlita läkare i de verksamheter som avses i 1 och 2 §§.*

Paragrafen innehåller en bestämmelse om kommuners möjligheter att anlita läkare i den kommunala hälso- och sjukvården. Övervägandena finns i avsnitt 6.

Paragrafen ändras på så sätt att det införs en möjlighet för kommuner att anlita läkare i de verksamheter som avses i 1 och 2 §§.

Med verksamheter i 1 § avses sådan särskild boendeform eller bostad som avses i 8 kap. 4 § första stycket, 8 kap. 11 § eller motsvarande tillståndspliktig boendeform eller bostad som avses i 26 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2025:400), förkortad SoL, samt dagverksamhet enligt 8 kap. 1 § samma lag. Med verksamhet i 2 § avses hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket SoL.

Kommunens möjlighet att anlita läkare innebär ingen förändring av ansvarsfördelning mellan kommunen och regionen vad gäller att erbjuda hälso- och sjukvård. Även om en kommun använder sin befogenhet att erbjuda hälso- och sjukvård som ges av en läkare kvarstår regionens grundläggande ansvar för läkarmedverkan oinskränkt.

Med att anlita läkare avses att en kommun, förutom att anställa läkare, även på annat sätt får anlita eller finansiera läkare som utför den kommunala hälso- och sjukvården.

Utöver befogenheten för kommunen att anlita läkare som följer av denna paragraf så får en kommun att på egen hand även anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen i de fall regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtal om läkarmedverkan enligt 16 kap. 1 §.

16 kap.

1 § Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i sådan särskild boendeform som avses i 8 kap. 4 § andra stycket socialtjänstlagen (2025:400), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska sluta avtal med kommunerna inom regionen om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om utformningen och innehållet i avtal om läkarmedverkan.

Paragrafen innehåller bestämmelser om krav på regionen att bidra med läkarmedverkan i sådana boenden eller i dagverksamhet där kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar samt i ordinärt boende och i biståndsbedömda trygghetsbostäder i de fall kommunen genom avtal med

regionen har tagit över ansvaret för hemsjukvården enligt 14 kap. 1 §. Övervägandena finns i avsnitt 5.

Fjärde stycket, som är nytt, innehåller en bestämmelse som bemyndigar regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om utformningen och innehållet i avtal om läkarmedverkan. Uttrycket läkarmedverkan används i paragrafen för att beskriva den verksamhet som regionerna bedriver när de tillhandahåller läkarinsatser till den kommunala hälso- och sjukvården. Föreskrifter som kan meddelas om innehållet i avtalet om läkarmedverkan behöver utgå från att regionen ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård till kommunerna inom regionen.

Föreskrifter om utformningen av avtal om läkarmedverkan kan avse avtalens struktur och uppbyggnad, t.ex. avtalets syfte, tillämpningsområde och parternas övergripande ansvar för olika delar av avtalet. Det kan också avse avtalets språkliga utformning och dess strukturella innehåll, liksom hur uppföljning och utvärdering av avtalet regleras så att kommunernas aktuella behov av läkare i den kommunala hälso- och sjukvården kan tillgodoses.

Föreskrifter om innehållet i avtal om läkarmedverkan kan avse vad som enligt avtalet ingår i regionens skyldigheter att tillhandahålla läkare, t.ex. att regionerna ska tillhandahållande läkare i för hälso- och sjukvård i hemmet i ordinärt boende och i särskilda boendeformer samt på vilket sätt kommunens behov av läkare under jourtid kan tillgodoses.

Vidare kan innehållet av avtal avse vilka åtgärder som kan vidtas om regionen inte uppfyller sina skyldigheter. Det kan vara fråga om vilka administrativa åtgärder som kommunen och regionen kan behöva vidta för att regionen ska uppfylla sina skyldigheter att tillhandahålla läkare så att patienter i den kommunala hälso- och sjukvården erbjuds en god hälso- och sjukvård.

Sammanfattning av betänkandet Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård (SOU 2024:72)

Kommunal hälso- och sjukvård utgör en central del av den samlade primärvården. Den pågående omställningen till en god och nära vård med primärvården som nav medför att kommunal hälso- och sjukvård kommer att få en allt större betydelse framöver.

Ansvar för den kommunala hälso- och sjukvården ligger i grunden på kommunerna, men det ansvaret omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare. Det är i stället regionerna som är ansvariga för att patienterna i kommunal hälso- och sjukvård får tillgång till läkarvård. Detta innebär att kommun och region måste samverka för att patienterna ska få hela den vård som de har rätt till. Erfarenheterna från bland annat coronapandemin visar tydligt att det finns brister i samverkan. För att patienterna ska få den vård som de har rätt till behöver den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård stärkas.

Den kommunala hälso- och sjukvården har också utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen. Det är något som hälso- och sjukvården i Sverige har gemensamt med andra europeiska länder. Kommuner, regioner och staten kommer framöver att behöva rekrytera och utbilda ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att behålla nuvarande nivå av verksamhet. Det är en utmaning eftersom det råder brist på allmänläkare och de flesta kommuner upplever redan i dag personalbrist inom de vanligaste legitimationsyrkena.

Om uppdraget och dess genomförande

Utredningens uppdrag är dels att lämna förslag som kan stärka kommunernas möjlighet att säkra tillgången till läkare i den egna hälso- och sjukvården, dels att lämna förslag som kan skapa bättre förutsättningar för personal- och kompetensförsörjningen i den kommunala hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvårdens organisation och kompetensförsörjning är en fråga som löpande är föremål för offentliga utredningar och myndighetsuppdrag. Bara de senaste åren har det lämnats ett stort antal förslag som har direkt bäring på den kommunala hälso- och sjukvården. Frågan om kommunerna ska få lov att anställa egna läkare har berörts i flera olika utredningar.

Vår utredning har genomfört intervjuer och samtal med ett brett urval myndigheter, organisationer, professioner och individer som är verksamma i eller i övrigt har direkt koppling till den kommunala hälso- och sjukvården. Deras praktiska erfarenheter har varit vägledande för de förslag som vi nu lämnar. Fokus i förslagen ligger på en hög praktisk genomförbarhet med patientnytta. I möjlig mån har vi sökt förslag som inte driver tillkommande administration.

Stärkt läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård

Utredningens grundläggande bedömning är att den största potentialen till en bättre och mer välfungerande läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård finns i att stärka de befintliga strukturerna för samverkan mellan region och kommun. Att genomföra stora organisatoriska förändringar eller inleda en generell översyn av huvudmannaskapet för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård anser vi inte vara ändamålsenligt. Det har inte heller framförts från någon aktör att en större omorganisation skulle underlätta dagens utmaningar. Den enklaste och snabbaste vägen för att säkra tillgången till läkare i den kommunala hälso- och sjukvården är att genomföra ett antal riktade åtgärder.

Lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt

Både region och kommun är redan i dag skyldiga att tillhandahålla hälso- och sjukvård dygnet runt. Erfarenheterna från coronapandemin talar ändå för att det i den kommunala hälso- och sjukvården finns brister i tillgången till såväl sjuksköterskor som läkare. Regionerna prioriterar inte läkarmedverkan tillräckligt och ansvaret för läkarinsatserna har delegerats långt ut i organisationerna. Den bristande tillgången till medicinska bedömningar leder till sjukhusinläggningar och akutbesök som hade kunnat undvikas.

Vi anser därför att det ska införas ett formellt lagkrav på tillgång till medicinsk bedömning dygnet runt i den kommunala hälso- och sjukvården. Det handlar dels om att kommunerna ska kunna garantera tillgång till medicinsk bedömning av en sjuksköterska, dels att regionerna ska garantera tillgång till medicinsk bedömning av läkare. Det primära syftet med samverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården är ett proaktivt förhållningssätt med ett gemensamt ansvar där varje patient får sina behov av vård och omsorg tillgodosett med rätt tillgänglighet, delaktighet och självbestämmande.

Stärkta avtal om läkarmedverkan

Det är sedan 2007 obligatoriskt för kommun och region att ingå formella avtal om omfattning och former för läkarmedverkan. Vår utredning visar att det finns brister i dessa avtal. Avtalen är ofta alltför allmänt hållna för att såväl kommun som region ska kunna förstå vad ansvaret för läkarmedverkan innebär. Dessutom är många av avtalen gamla.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet har kommunen i dag rätt att på regionens bekostnad anlita en egen läkare. Vår utredning visar att denna möjlighet inte utnyttjas i praktiken. En anledning till att möjligheten inte utnyttjas är att det i flera av avtalen förekommer villkor som oskäligt försvårar kommunernas möjlighet att utnyttja den lagstadgade rätten att anlita en egen läkare. 12 av 21 regioner har över huvud taget inte reglerat vad som ska hända om avtalet om läkarmedverkan inte följs.

För att komma till rätta med bristerna i avtalen anser vi att det ska införas en rätt för regeringen, och i förlängningen Socialstyrelsen, att utforma föreskrifter om avtalen om läkarmedverkan. Genom mer enhetliga avtal utan oskäligen villkor bedömer vi att samarbetet mellan kommun och region kan stärkas till patienternas fördel.

Stärkt medicinsk kompetens på ledningsnivå

Eftersom ansvaret för den kommunala hälso- och sjukvården är delat mellan region och kommun ställs det höga krav på en fungerande samverkan mellan parterna. Våra och andras observationer visar att det finns brister i samverkan mellan parterna. Detta beror bland annat på att det saknas medicinsk kompetens på ledningsnivå både i region och kommun. Det finns i dag inga formella krav på medicinsk kompetens på ledningsnivå, varken på kommunal eller regional nivå.

På regional nivå saknas det en tydligt ledningsansvarig för regionernas insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. Därmed har kommunerna inte någon naturlig motpart att vända sig till på den regionala nivån om det skulle förekomma brister i läkarmedverkan. Vi anser att det ska införas ett lagkrav på att en region ska ha en särskilt utsedd ledningsansvarig för planering, uppföljning och samordning av regionens hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunerna. Det är fråga om en roll som inte bara ska beakta regionernas intressen, utan ta ett samlat ansvar för hela den regionala insatsen i kommunal hälso- och sjukvård.

Även på kommunal ledningsnivå saknas det medicinsk kompetens. Visserligen finns det lagkrav som innebär att det i kommunerna ska finnas en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), eller i förekommande fall en medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Men det är ovanligt att MAS/MAR deltar i det formella ledningsarbetet. Vi anser att det ska införas ett krav på att även kommunerna ska ha en särskild ledningsansvarig för kommunal hälso- och sjukvård. Utredningen uppmärksammar möjligheten att till denna roll använda sådan kompetens som redan finns i kommunerna.

En ordning där kommuner kan anställa läkare

Frågan om ansvarsfördelningen för läkarinsatser i den kommunala hälso- och sjukvården har länge varit föremål för debatt. Det har även diskuterats i vilken utsträckning som kommunerna enligt befintligt regelverk får lov att anställa egna läkare. Vår utredning bedömer att det i dag inte är tillåtet för kommunerna att anställa eller anlita egna läkare för patientnära kliniskt arbete.

Vårt utredningsdirektiv innebär att vi ska lämna förslag på en ordning där kommunerna kan anställa läkare. Vi har studerat flera olika tänkbara modeller för en sådan ordning. Utredningen visar att den modell som är praktiskt genomförbar utan omfattande ingrepp i hälso- och sjukvårdens grundstruktur är en modell som baseras på frivillighet. Vi föreslår därför att det inte längre ska vara förbjudet för kommunerna att anställa, anlita

eller finansiera läkare för patientnära kliniskt arbete i den egna kommunala hälso- och sjukvården.

Det ska inte finnas någon skyldighet för kommunerna att anställa läkare. Tvärtom innebär förslaget inte någon inskränkning i regionernas grundläggande ansvar för läkarmedverkan. Regionerna kommer även framöver ha det fullständiga huvudmannaansvaret för läkarinsatser i kommunal hälso- och sjukvård. Men vårt förslag medför en ny frihet för kommunerna att anställa läkare och därmed en flexibilitet att kunna agera vid behov, särskilt i tider av extraordinära händelser eller vid förhöjd beredskap.

Stärkt kompetensförsörjning i kommunal hälso- och sjukvård

Den kommunala hälso- och sjukvården har utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen och enligt tillgängliga prognoser kommer utmaningarna att bestå en längre tid. När det gäller legitimerade yrkesgrupper har den kommunala hälso- och sjukvården i dag störst brist på grundutbildade och specialistutbildade sjuksköterskor. Därefter följer arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Bristen på allmänläkare är ytterligare en begränsande faktor. Det mesta talar för att bristen kommer att kvarstå eller öka på fem års sikt.

Även om antalet förstahandssökande till hälso- och sjukvårdsutbildningar har ökat något under senare år behövs fler åtgärder för att stärka förutsättningarna för att säkra kompetensförsörjningen i kommunal hälso- och sjukvård. Det krävs fler och tydligare karriärvägar samt fler fortbildnings- och utbildningsmöjligheter för de legitimerade yrkesgrupperna i syfte att göra det mer attraktivt för både läkare och andra legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården.

Förslag på åtgärder som gör det mer attraktivt för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården

Vår utredning visar att arbetssituationen generellt är mycket ansträngd för specialistläkare i allmänmedicin inom primärvården, vilket påverkar deras arbetsmiljö negativt. För att komma till rätta med situationen behöver antalet listade invånare per läkare vara på en rimlig nivå. Om arbetssituationen för läkare är god i primärvården ökar attraktiviteten för läkarna att göra insatser i kommunerna. För att stötta regionerna att nå Socialstyrelsens riktvärde om 1 100 invånare per specialistläkare i allmänmedicin behövs ett ökat nationellt och regionalt fokus. Vi föreslår att det ska tillsättas en särskild utredare, som ska fungera som en nationell samordnare för att nå riktvärdet. Denna samordnare ska tillsammans med primärvårdsansvariga i regionerna planera för åtgärder och insatser utifrån prognosläget när det gäller tillgång och efterfrågan på läkare, och sätta upp mål och delmål för hur och när riktvärdet ska kunna nås. Uppdraget innebär att fler patienter får tillgång till en fast läkarkontakt och varje enskild specialistläkare i allmänmedicin får utrymme för tillkommande uppdrag inom kommunal hälso- och sjukvård. I utredningen resonerar vi

om två ytterligare faktorer som vi menar påverkar attraktiviteten för läkare att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården. En sådan faktor är att göra patientjournaler lättare åtkomliga än i dag. Avsaknaden av en samlad tillgång till patientjournaler är ett väsentligt praktiskt hinder för läkare som ska göra insatser i den kommunala hälso- och sjukvården. En annan faktor är att i ökad utsträckning arbeta teambaserat, det vill säga i multi-professionella team. Detta kräver ökade kunskaper om teamens sammansättning och arbetssätt, vilket på sikt kan leda till en bättre arbetssituation för läkare i primärvården. Tryggheten i teamet påverkar samtliga medarbetares möjligheter att utföra sina uppgifter på bästa möjliga sätt.

Förslag på åtgärder som gör det mer attraktivt för legitimerade yrkesgrupper att arbeta i den kommunala hälso- och sjukvården

Kompetensförsörjningen av legitimerade yrkesgrupper i kommunal hälso- och sjukvård har varit en utmaning under många år. Om kommunerna ska lyckas vända utvecklingen och om det ska bli mer attraktivt för alla yrkeskategorier att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård behöver nya åtgärder prövas. Vi lämnar därför följande förslag:

- Vi föreslår att Socialstyrelsen ska utveckla en nationell ledarskapsutbildning anpassad för chefer inom den kommunala hälso- och sjukvården. Vi menar att en god ledning och styrning bidrar till lägre personalomsättning och högre kontinuitet, vilket i sig leder till ökad patientsäkerhet och kvalitet i vården. Vidare bör utbildningen vara nationell och enhetlig men samtidigt anpassas efter lokala förutsättningar.
- Vi föreslår att en försöksverksamhet med Magnetmodellen i kommunal hälso- och sjukvård ska genomföras och följas upp. Magnetmodellen handlar om att sjuksköterskors kompetens tillvaratas genom att omvårdnadskompetens finns i arbetsledningen, personaltätthet prioriteras och teamarbetet fungerar. Regeringen bör överväga att ge Socialstyrelsen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys eller någon annan lämplig myndighet i uppdrag att utarbeta en plan för en sådan försöksverksamhet.
- Vi föreslår att särskilda medel ska avsättas till kommuner för vidareutbildning av specialistsjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård. I dag får sjuksköterskor många gånger söka tjänstledigt för att utbilda sig till specialist och själva bekosta sin utbildning. För att möjliggöra för fler att utbilda sig till specialistsjuksköterska behöver därför förutsättningarna för att genomgå en specialistutbildning förbättras. För specialistsjuksköterskor med inriktning mot distriktssköterska respektive psykiatrisk vård finns det risk att dagens bristsituation förstärks på sikt eftersom tillgången bedöms vara relativt oförändrad samtidigt som efterfrågan ökar.
- Vi föreslår att det redan framlagda förslaget om ett Nationellt avtal för vårdvetenskaplig utbildning, lärande och forskning i sjuksköterskeutbildningen (VULF) ska genomföras, men med tillägget att avtalet

även bör omfatta arbetsterapeututbildningen och fysioterapeututbildningen. Det övergripande syftet med avtalet är att långsiktigt säkerställa utbildningar av god kvalitet med tillgång till fler platser för verksamhetsförlagd utbildning. Därigenom möjliggörs fler utbildningsplatser och fler legitimerade yrkesutöva i analyserar frågorna om införandet av avancerad specialistsjuksköterska respektive ökade möjligheter till kontinuerlig fortbildning. Vi menar att båda frågorna är viktiga för att skapa fler karriärvägar, förstärka den medicinska kompetensen och öka attraktiviteten för att arbeta i kommunal hälso- och sjukvård. Vi lämnar inget förslag på områdena utan bedömer att de ryms inom den pågående utredningen om behörighet och yrkesreglering inom hälso- och sjukvård och tandvård (dir. 2023:148).

- Vi analyserar också frågan om utvecklingen av en akademiskt präglad kommunal hälso- och sjukvård. Vi anser att kunskapsutveckling och forskning bör bli en naturlig del för de legitimerade yrkesutövarna även i den kommunala hälso- och sjukvården, på samma sätt som den i dag är inom andra delar av hälso- och sjukvården. Forskningsmiljöer i kommunal hälso- och sjukvård skulle inte bara kunna utveckla och förbättra kvaliteten i vården utan även skapa utvecklingsmöjligheter för professionerna. Det skulle i sig göra det mer attraktivt att arbeta i verksamheterna för både framtida kommunala läkare och befintliga sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Vi lämnar inget förslag på området utan bedömer att åtgärder för att stärka akademiska miljöer bör hanteras inom regeringens myndighetsstruktur för forskning och innovation.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

dels att 16 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att det i lagen ska införas en ny paragraf, 12 kap. 3 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

12 kap.

3 a §

Kommunen får erbjuda sådan hälso- och sjukvård som ges av läkare i de verksamheter som avses i 1 och 2 §§.

16 kap.

1 §

Regionen ska till kommunerna inom regionen avsätta de läkarresurser om behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet enligt 12 kap. 1 §. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende och i sådant särskilt boende som avses i 5 kap. 5 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), om en kommun ansvarar för vården enligt 14 kap. 1 §.

Regionen ska med kommunerna inom regionen sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om regionen inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från regionen.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om läkarmedverkan.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

Förteckning över remissinstanserna

Efter remiss har yttrande inkommit från Anhörigas riksförbund, Barnombudsmannen, Borgholms kommun, Botkyrka kommun, Distriktsköterskeföreningen, Dorotea kommun, E-hälsomyndigheten, Eksjö kommun, Emmaboda kommun, Eskilstuna kommun, Fackförbundet Vision, Fagersta kommun, Flens kommun, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa arbetsliv och välfärd, Fremia, Föreningen Sveriges Socialchefer, Förvaltningsrätten i Malmö, Grums kommun, Göteborgs kommun, Göteborgs universitet, Halmstads kommun, Herrljunga kommun, Hudiksvalls kommun, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, Jämställdhetsmyndigheten, Jönköpings kommun, Kalmar kommun, Kammarrätten i Stockholm, Karlshamns kommun, Kungsbacka kommun, Lerums kommun, Ljusnarsbergs kommun, Ludvika kommun, Lunds universitet, Malmö kommun, Motala kommun, Myndigheten för delaktighet, Nacka kommun, Nationellt kompetenscentrum anhöriga, Pfizer AB, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Halland, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Örebro län, Region Östergötland, Riksdagens ombudsmän, Riksföreningen för medicinskt ansvariga sjuksköterskor och medicinskt ansvariga för Rehabilitering, SKPF Pensionärerna, Simrishamns kommun, Socialstyrelsen, SPF Seniorerna, Staffanstorps kommun, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Statskontoret, Stockholms kommun, Sundsvalls kommun, Sunne kommun, Svenljunga kommun, Svenska Kommunalarbetsförbundet, Svenska distriktsläkarföreningen, Svenska föreningen för allmänmedicin, Svensk Förening för Vårdhygien, Svenska sjuksköterskeföreningen, Svenska läkarsällskapet, Sveriges arbetsterapeuter, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Läkarförbund, Söderhamns kommun, Sölvesborgs kommun, Umeå kommun, Umeå universitet, Universitetskanslersämbetet, Upphandlingsmyndigheten, Uppsala kommun, Vårdförbundet, Vårdföretagarna, Västerås kommun, Västra Götalandsregionen, Växjö kommun, Åstorps kommun, Älmhults kommun, Örebro kommun, Östersunds kommun och Östhammars kommun.

Följande remissinstanser har inte svarat eller avstått: Bodens kommun, Funktionsrätt Sverige, Fysioterapeuterna, Förvaltningsrätten i Härnösand Hedemora kommun, Härjedalens kommun, Laxå kommun, Myndigheten för vård och omsorgsanalys, Pensionärernas riksorganisation, Region Jämtland-Härjedalen, Region Uppsala, Region Västmanland, Riksförbundet FBU, Riksförbundet för rörelsehindrade barn och ungdomar, Svenskt Demenscentrum, Sobona, Timrå kommun, Vetlanda kommun, Vindelns kommun, Ydre kommun, Äldrecentrum och Övertorneå kommun.