

# Lagrådsremiss

## Vårdval i primärvården

---

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 23 oktober 2008

*Göran Hägglund*

*Lars Hedengran*  
(Socialdepartementet)

## Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) i syfte att öka patienternas valfrihet och underlätta för vårdgivare att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Landstingen föreslås bli skyldiga att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Landstingen ska tillämpa lagen (2008:00) om valfrihetssystem vid inrättande av vårdvalssystem. Grunderna i vårdvalssystemet ska vara att ersättningen följer den enskildes val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

I hälso- och sjukvårdslagen finns en bestämmelse om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin. Regeringen föreslår att denna bestämmelse ska tas bort.

Förslaget att ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin föreslås träda i kraft den 1 april 2009. Övriga lagändringar föreslås träda i kraft den 1 januari 2010.

# Innehållsförteckning

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | Beslut.....   | 4  |
| 2     | Lagförslag.....   | 5  |
| 2.1   | Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....                 | 5  |
| 2.2   | Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....                 | 6  |
| 3     | Ärendet och dess beredning.....   | 8  |
| 4     | Nuvarande regler för vårdval.....   | 9  |
| 4.1   | Ansvar för utförande av hälso- och sjukvård.....  | 9  |
| 4.1.1 | Valfrihet.....  | 9  |
| 4.2   | Primärvård.....   | 9  |
| 5     | Vårdvalsmodeller i primärvården.....  | 10 |
| 5.1   | Vårdval Halland.....  | 10 |
| 5.2   | Vårdval Stockholm.....  | 12 |
| 5.3   | Västmanlands närsjukvårdsprogram.....   | 13 |
| 6     | Andra erfarenheter av etablering.....   | 15 |
| 6.1   | Husläkarsystemet i Norge.....   | 15 |
| 6.1.1 | Etableringsregler.....  | 16 |
| 6.1.2 | Ersättningen.....   | 17 |
| 6.1.3 | Husläkarreformens effekter.....   | 17 |
| 6.2   | Fristående skolor i Sverige.....  | 17 |
| 6.2.1 | De fristående skolornas rättsliga reglering.....  | 18 |
| 6.2.2 | Bidrag och offentligt stöd.....   | 18 |
| 6.2.3 | Konkurrens.....   | 19 |
| 7     | Modeller för fri etablering.....  | 20 |
| 7.1   | Fri etablering genom en husläkarlag.....  | 20 |
| 7.2   | Fri etablering genom en nationell vårdvalsmodell.....                                   | 21 |
| 7.3   | Fri etablering genom en regional vårdvalsmodell.....                                    | 22 |
| 7.4   | Fri etablering genom en modifierad regional vårdvalsmodell.....                         | 22 |
| 8     | Regeringens förslag.....  | 23 |
| 8.1   | Allmänna överväganden.....  | 23 |
| 8.2   | Vårdvalssystem inom primärvården.....   | 24 |
| 8.3   | Lag om valfrihetssystem.....  | 27 |
| 8.4   | Primärvårdens uppdrag.....  | 29 |
| 8.5   | Privata vårdgivares rätt att etablera sig.....  | 33 |
| 8.6   | Patienternas valmöjligheter.....  | 35 |
| 8.7   | Vårdvalssystemets utformning.....   | 38 |
| 8.8   | Uppföljning och utvärdering av konkurrensen på marknaden, prövningsmöjligheter m.m..... | 41 |
| 9     | Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....  | 46 |
| 10    | Konsekvenser av förslagen.....  | 48 |
| 10.1  | Ekonomiska konsekvenser.....  | 48 |
| 10.2  | Konsekvenser för det kommunala självstyret.....   | 48 |

|          |   |    |
|----------|---|----|
| 10.3     | Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service ....  | 49 |
| 10.4     | Konsekvenser för företag .....  | 49 |
| 10.5     | Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och<br>män .....   | 50 |
| 11       | Författningskommentar .....   | 51 |
| 11.1     | Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen<br>(1982:763); avsnitt 2.1 .....                      | 51 |
| 11.2     | Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen<br>(1982:763); avsnitt 2.2 .....                      | 51 |
| Bilaga 1 | Sammanfattning av betänkandet Vårdval i Sverige<br>(SOU 2008:37) .....  | 53 |
| Bilaga 2 | Författningsförslag i betänkandet Vårdval i Sverige<br>(SOU 2008:37) .....                                    | 55 |
| Bilaga 3 | Förteckning över remissinstanser som avett yttrande<br>över betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) ..... | 58 |

# 1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),
2. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

## 2 Lagförslag

### 2.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> ska ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 5 §<sup>2</sup>

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *skall* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården *skall* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget *skall* organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. *En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *ska* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården *ska* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget *ska* organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

---

Denna lag träder i kraft den 1 april 2009.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2007:241.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> ska ha följande lydelse.

*Lydelse enligt lagförslag i avsnitt Föreslagen lydelse*  
2.1

### 5 §<sup>2</sup>

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

Landstinget ska organisera primärvården genom vårdvals-system, så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt. Landstinget ska utforma vårdvals-systemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen till utförare inom ett vårdvals-system ska följa den enskildes val av utförare. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

*Vid inrättande av ett vårdvals-system enligt andra stycket ska landstinget tillämpa lagen (2008:00) om valfrihets-system.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2010.
  2. Bestämmelsen i 5 § tredje stycket gäller inte avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Efter ikraftträdandet får ett sådant

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567.

<sup>2</sup> Senaste lydelse 2009:00.

avtal, till den del det avser tjänster som omfattas av ett vårdvalssystem, inte förlängas.

### 3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 (dir. 2007:90) att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (Utredningen om patientens rätt, S 2007:07).

Enligt direktiven ska utredaren göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning.

Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ligger också att lämna förslag till nödvändiga kompletteringar av det lagförslag om patientlagstiftning som lämnades i Ansvarskommitténs betänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft (SOU 2007:10). I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt.

För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur en fri etableringsrätt kan införas i primärvården med utgångspunkt i att konkurrens ska ske på lika villkor för all offentligt finansierad primärvård.

Den 15 april 2008 lämnade utredaren delbetänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37) om etableringsfrihet i primärvården. Betänkandet har remissbehandlats och det är det är förslagen i detta betänkande som ligger till grund för lagrådsremissen.

Regeringen beslutade den 29 maj 2008 om tilläggsdirektiv (Dir. 2008:72). I dessa ges utredaren i uppdrag att bland annat utreda och lämna förslag till ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården.

Utredaren ska också lämna förslag som innebär att en patient ska kunna vända sig till valfri vårdgivare om ett landsting inte klarar att hålla tidsgränserna för besök hos specialist eller för behandling inom ramen för en lagreglerad vårdgaranti.

Regeringen beslutade den 18 juni 2008 om ytterligare tilläggsdirektiv (Dir. 2008:87) enligt vilka utredningen bl.a. ska lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktionssätt samt, om lämpligt, redovisa förslag till lagreglering av densamma. Detta tilläggsuppdrag ska redovisas senast den 20 april 2009.

Utredningen ska lämna slutbetänkande senast den 1 oktober 2009.



## 4 Nuvarande regler för vårdval

### 4.1 Ansvar för utförande av hälso- och sjukvård

Av 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) framgår att landstingen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt alla dem som är bosatta i landstinget. Hälso- och sjukvården behöver dock inte utföras i offentlig regi. Landstinget får, med vissa undantag, sluta avtal med t.ex. privata vårdgivare om utförande av den vård som landstinget ansvarar för. Landstinget har också möjligheter att sluta avtal med andra landsting om utförande av olika vårdinsatser.

Landstinget har vidare ett uppföljningsansvar enligt kommunallagen (1991:900) för egen utförd hälso- och sjukvård samt för den vård som utförs på uppdrag av landstinget.

#### 4.1.1 Valfrihet

Sedan slutet av 1980-talet har många landsting organiserat sin primärvård så att invånarna kan välja läkare eller mottagning.

I 5 § HSL finns också en bestämmelse om att alla som så önskar ska erbjudas en fast läkarkontakt. Landstingen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Någon lagstadgad rätt att välja sjukhus eller specialistmottagning finns dock inte. Däremot finns en rekommendation från dåvarande Landstingsförbundet om s.k. fritt vårdval. Rekommendationen som antagits av samtliga landsting innebär att patienter som har remiss till specialistsjukvård eller sjukhusvård, ska ha möjlighet att fritt välja specialistmottagning eller sjukhus i landet.

Sedan 2005 finns också en nationell vårdgaranti. Vårdgarantin regleras i en överenskommelse mellan staten och dåvarande Landstingsförbundet. Garantin innebär att vårdsökande ska erbjudas hjälp, antingen per telefon eller genom besök, samma dag som vården kontaktas. Om kontakt med läkare behövs ska väntetiden vara högst 7 dagar och den som fått en remiss bekräftad till den specialiserade vården ska erbjudas sådant besök inom 90 dagar. Behandling ska erbjudas inom 90 dagar från det att beslut om behandling har fattats.

Utredningen om patientens rätt har, som nämnts, för närvarande i uppdrag att utvärdera hur vårdgarantin och det fria vårdvalet fungerar och lämna förslag till lagreglering av dessa.

### 4.2 Primärvård

Primärvården definieras i 5 § HSL, som en del av den öppna vården som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens tekniska och medicinska resurser eller annan särskild kompetens.

Primärvården utgör basen för det svenska sjukvårdssystemet och bedrivs vid drygt 1000 vårdcentraler, distriktsköterskemottagningar, familjeläkarenheter och läkarmottagningar. Primärvård kan även förekomma på sjukhus, exempelvis på kvinno- och barnkliniker. Vården bedrivs både i offentlig regi och på entreprenad åt landstingen.

En rad olika yrkeskategorier arbetar inom primärvården, t.ex. läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och kuratorer.

Grundläggande inslag i primärvården är mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitetssäkring. Primärvården ansvarar också för att utreda, behandla och kontrollera sjukdomar samt behandla skador som inte kräver sjukhusvård.

Vidare ingår att organisera vården så att den enskilde vid behov kan nå vården dygnet runt samt att hjälpa den enskilde att få sådan vård och behandling som primärvården inte själv kan erbjuda. Att utfärda intyg såsom vårdintyg och dödsbevis och att bedriva individuellt förebyggande arbete samt att samordna åtgärder som patienten är i behov av ingår också i uppdraget.

Utöver detta ingår att samverka med andra service- och vårdgivare liksom med arbetsplatser, Försäkringskassan och andra myndigheter när det är av betydelse för den enskilde patienten eller ur folkhälsosynpunkt samt att medverka till att den egna verksamheten följs upp såväl kvalitativt som kvantitativt.

Primärvården har även ett ansvar för insatser under jourtid där jourverksamhet antingen förekommer i egen regi vid jourcentraler eller via insatser av primärvårdens läkare knutna till sjukhusens akut-mottagningar.

## 5 Vårdvalsmodeller i primärvården

Ett antal landsting har redan infört vårdvalsmodeller i primärvården. Dessa modeller är något olika utformade men har många gemensamma drag. I detta kapitel redovisas hur landstingen i Halland, Stockholm och Västmanland valt att utforma sina vårdvalsmodeller.

### 5.1 Vårdval Halland

Vårdval Halland infördes den 1 januari 2007. Systemet innebär att alla invånare i landstinget väljer en vårdenhet som ska svara för all vård som inte kräver sjukhusens resurser. Målsättningen är att cirka 80 procent av all öppen hälso- och sjukvård som inte kräver sjukhusens resurser ska ges i primärvården/närsjukvården. Detta grundas på en strävan att patientens vård ska ske i patientens eget närområde så långt det är medicinskt motiverat. Mottagningen är också tänkt att fungera som en lots till annan sjukvård. Varje vårdenhet har ansvar för att organisera verksamheten på ett sådant sätt att de kan fullgöra uppdraget. Vidare ska varje vårdenhet ta

emot och ge vård till akut sjuka och skadade, oavsett om dessa individer har valt den specifika vårdenheten eller inte.

För att vårdenheten ska kunna tillgodose patientens behov av hälso- och sjukvård krävs nödvändig kompetens såsom legitimerad hälso- och sjukvårdsutbildad och/eller psykologiskt/psykosocialt utbildad personal. Landstinget och vårdenheten kan även komma överens om särskilda uppdrag utöver åtagandet, t.ex. mödrahälsovård, ungdomsmottagning, stöd och handledning av personal vid särskilda boenden, läkarinsatser vid kommunens korttidsboenden samt ST- och AT-utbildning, handledning m.m.

Alla invånare måste välja en vårdenhet. De som inte gör ett aktivt val tilldelas en vårdenhet. Inledningsvis har invånarna erbjudits ett passivt val baserat på historisk konsumtion, där de har placerats om de inte gjort ett aktivt val. Patienten har möjlighet att byta vårdenhet upp till fyra gånger per år. Ingen vårdenhet får neka att ta emot en patient, däremot får vårdenheten tre månader på sig att bereda plats för patienten. Nyinflyttade invånare erbjuds att välja vårdenhet så snart de folkbokförs i länet. De föreslås då en vårdenhet i det egna närområdet, men har möjlighet att välja bland de vårdenheter som ingår i Vårdval Halland.

Vårdaktören måste vara ackrediterad, godkänd av landstinget. I ackrediteringen ligger, förutom att vårdaktören ska kunna klara åtagandet, krav på kompetens och kvalitetssystem samt ytterligare grundläggande krav såsom ekonomisk stabilitet och teknisk förmåga samt att vårdenheten ska följa vårdprogram. Varje vårdaktör har möjlighet att ansöka om ackreditering för en eller flera vårdenheter.

Åtagandet och ersättningen är lika för privata och offentliga vårdgivare men privata vårdenheter får momskompensation genom att hälso- och sjukvårdspengen uppräknas med 6 procent. Momskompensation återsöks av Landstinget Halland hos skattemyndigheten.

Huvudpunkterna i ersättningsmodellen bygger på att samtliga invånare har valfrihet och väljer sin vårdenhet. Ersättningen är enhetlig för alla vårdenheter och utgörs av en hälso- och sjukvårdspeng som följer patienten till den vårdenhet han eller hon valt. Pengens storlek varierar med åldern. Ingen viktning sker efter vårdtyngd, även om landstinget uppger att ett utvecklingsarbete ska påbörjas för att se om andra variabler än ålder ska kunna beaktas framöver.

Förutom hälso- och sjukvårdspengen får vårdenheten tillgodoräkna sig patientavgifterna, avgiftsbefriade besök, ersättning för utomlänspatienter, ersättning för akuta besök som görs av invånare som inte valt vårdenheten samt ersättning för särskilda uppdrag. Då en invånare gjort ett val godkänner denne även att hälso- och sjukvårdspengen utbetalas till den valda vårdenheten och att han eller hon främst ska vända sig till den vårdenheten. Hälso- och sjukvårdspengen styr inte vilken yrkesgrupp inom vårdenheten som ska sköta behandlingen. Det åligger varje vårdenhet att använda olika kompetenser för att på bästa sätt ta hand om patientens behov.

Vårdenheten får ersättning för sitt åtagande inom närsjukvården oavsett vem som utför vården. Kostnaderna täcks av hälso- och sjukvårdspengen. Det innebär att vårdenheten ska betala när den ”egna” invånaren får vård av andra vårdgivare.

Hälso- och sjukvårdspengen kommer på sikt att vara målrelaterad. Mål finns för områdena; tillgänglighet, täckningsgrad, medicinsk kvalitet, läkemedel (följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer m.m.) och hälsofrämjande arbete. Den vårdcentral som inte uppfyller målen får avdrag på sin ersättning.

Under 2007 var ersättningssystemet enbart kopplat till målet om täckningsgrad. Fr.o.m. 2008 kopplas ersättningen också till målet om medicinsk kvalitet i och med att hälso- och sjukvårdspengen reduceras om vårdenheten inte deltar i det nationella kvalitetsregistret för diabetes.

## 5.2 Vårdval Stockholm

Vårdval Stockholm infördes den 1 januari 2008 för husläkarverksamhet, barnvårdscentraler, fotsjukvård, mödravårdscentraler och logopeder. Nedan beskrivs det fria vårdvalet för husläkarverksamheten som ska vara förstahandsvalet av hälso- och sjukvården enligt LEON-principen (Principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå).

Uppdraget för husläkarverksamheten omfattar: mottagningsverksamhet, rådgivning och hembesök, basal hemsjukvård, psykosociala insatser med särskild kompetens, läkarjour samt läkare i beredskap.

Läkarna ska vara specialister i allmänmedicin men kan i vissa fall vara specialister i geriatrik eller pediatrik. Sjuksköterskor som ansvarar för distriktssköterskeuppgifter ska vara specialistutbildade distriktssjuksköterskor. Personal som utför psykosociala insatser med särskild kompetens ska vara psykologer, socionomer eller ha annan sjukvårdsutbildning med kompetens motsvarande tidigare steg 1 (grundutbildning i psykoterapi).

Patienterna indelas i tre olika målgrupper. För målgrupp 1 gäller samtliga delar av uppdragsbeskrivningen. I målgruppen ingår personer som är listade hos vårdgivaren, personer som kontaktar vårdgivaren och som ännu inte är listade hos någon vårdgivare samt personer som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt vad som följer av förordning EEG nr 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom EU. Detta gäller likaså för EU-medborgare som är registrerade som arbetsökande i Stockholms län.

För målgrupperna 2 och 3 ska oplanerade mottagnings- och hembesök genomföras när personer som vistas tillfälligt i Stockholm kontaktar vårdgivaren och bedöms vara i behov av medicinskt motiverade oplanerade hälso- och sjukvårdsinsatser. Planerad vård i form av hemsjukvård kan även erbjudas om patienten eller vårdgivaren har gjort en överenskommelse med hemlandstinget om ekonomisk ersättning.

Det finns även ett närområdesansvar för mottagningen för patienter som inte är listade hos någon vårdgivare eller tillfälligt vistas i närområdet. Vårdgivaren har inte rätt att neka någon medborgare i länet att lista sig. Om vårdgivaren saknar möjligheter att ta emot fler listade finns det särskilda regler för hantering av ”fulla listor”. Dessa innebär att patienter inte får nekas, men de kan ställas på väntelista till vårdgivaren. När det finns plats ska patienterna tas in enligt turordning. En enskild läkare har även rätt att neka en person att lista sig om synnerliga skäl

finns, exempelvis vid fall av hotbilder gentemot läkaren eller personliga relationer som på annat sätt kan bedömas olämpliga.

Patienten kan välja att lista om sig när som helst. Den som var nöjd med sin läkare behövde inte göra något nytt val när systemet infördes om mottagningen blivit auktoriserad.

Det finns övergripande information om mottagningarnas öppettider, inriktning, etc. på Vårdguiden ([www.varldguiden.se](http://www.varldguiden.se)). På Vårdguiden finns också möjlighet att jämföra omdömen om olika mottagningar innan patienten gör sitt val.

Systemet innebär fri etablering och auktorisation av mottagningar inom primärvården. För att vårdgivaren ska auktoriseras ställs krav bl.a. på ekonomisk stabilitet och att vårdgivaren ska följa landstingets regelbok. Auktorisationen kan återkallas för en mottagning om vårdgivaren inte uppfyller villkoren för att driva mottagningen.

Samma åtagande och ersättning tillämpas för offentliga och privata vårdgivare. Vårdgivaren får ersättning per listad person. Med listad person avses person som genom sitt eget val aktivt listat sig hos vårdgivaren och är registrerad som sådan i landstingets listningssystem ListOn.

Kapiteringen, dvs. den del av ersättningen som beror på hur många invånare som finns på listan, ska dels ge vårdgivaren ett grundbidrag för att utföra vårdtjänsterna, dels fungera som en komplementär ersättning för sådana tjänster som inte ersätts eller inte helt ersätts med en produktionsrelaterad ersättning.

Förutom kapitationsersättningen får vårdgivaren besöksersättning. Besöksersättningen består av en grundersättning – inklusive patientavgift för respektive yrkesgrupp – samt extra ersättning för hembesök, om tolk närvarar, samt för särskilda åtgärder och besök i geografiskt avlägsna områden.

Om antalet besök per listad överstiger vissa ersättningstak reduceras besöksersättningen. Till ersättningen är kopplat bonuserättningar och viten utifrån kvalitetsmål.

### 5.3 Västmanlands närsjukvårdsprogram

Västmanlands läns landsting införde den 1 januari 2008 ett nytt närsjukvårdsprogram där familjeläkarverksamhet ingår som en del. I programmet utgår landstinget från det familjeläkarkoncept som utvecklades på 1990-talet. Familjeläkarverksamheten ska vara ett förstahandsval när invånarna har behov av hälso- och sjukvård samt rehabilitering.

Familjeläkarverksamheten ska vara läkarens huvudsakliga syssla. Familjeläkarverksamhetens mottagningar ska vara gruppmottagningar med minst två läkare, varav en allmänläkare, samt finnas centralt placerade för invånarna. Enheten ska så långt möjligt bemannas med specialister i allmänmedicin, men utrymme kan finnas även för andra specialister att verka vid mottagningen.

Familjeläkarverksamhetens åtagande är länsövergripande och oberoende av driftform. Landstinget kräver att familjeläkarverksamheten ska bedrivas i handikappanpassade lokaler, att den kan utföra basala

laboratorieanalyser samt att medarbetarna genomgår regelbunden fortbildning och att verksamheten bedriver ett systematiskt kvalitetsarbete för att kontinuerligt och långsiktigt utveckla och säkerställa vårdens kvalitet.

Åtagandet omfattar ansvar för den listade dygnet runt alla veckans dagar. För akuta sjuka ska mottagningen vara tillgänglig samma dag, antingen genom telefonkontakt eller besök på mottagningen alternativt efter bedömning genom hembesök. Under jourtid ska både akuta och planerade behov, efter medicinsk bedömning, kunna tillgodose.

Läkare vid familjeläkarmottagning ska delta i den av landstinget organiserade juren. I jouruppdraget ingår såväl mottagningsbesök som besök i hemmen och i särskilda boenden. Beredskapstjänst för närsjukhus ingår. I uppdraget ingår också att tillgodose behov av akuta distriktssköterskebesök (tillsyn, bedömning, behandling), dygnet runt. Ansvar för hjälpmedels- och läkemedelsförskrivning avses ingå i åtagandet. I åtagandet ingår vidare läkarmedverkan i särskilda boenden, i dagverksamhet samt i ordinärt boende i de kommuner som ansvarar för den vården.

Familjeläkarverksamheten deltar också i utbildning och handledning av studerande på utbildningar där primärvårdserfarenhet krävs. Praktikplatser tillhandahålls i samarbete med utbildningsinstitutionerna.

I familjeläkarverksamhetens åtagande ingår också att delta i aktiviteter inom katastrofberedskap/civilförsvaret enligt gällande lagstiftning.

Avtal kan slutas om tilläggsuppdrag. Innehåll och ersättningar regleras i en separat överenskommelse.

Alla som är bosatta inom landstinget har tillgång till och kan välja en fast vårdenhet. Det är vårdenheten som bestämmer om de också ska erbjuda listning på enskild läkare vid enheten. Som princip gäller att inga listtak ska finnas. Varje vårdenhet ska inom tre månader ta emot de patienter som vill lista sig på enheten. Landstinget kan dock efter förhandling och överenskommelse medge en vårdenhet ett begränsat listningsutrymme av exempelvis kvalitetsskäl.

En patient har rätt att byta familjeläkarmottagning när han eller hon så önskar. Passiv listning tillämpas. Personer som inte listar sig aktivt förs i första hand upp på den familjeläkarmottagning som ligger närmast. Barn fördelas passivt till samma mottagning som vårdnadshavare är listad vid. Patienten har rätt att avstå från att lista sig hos en familjeläkarmottagning genom en skriftlig anmälan till landstinget. Landstinget informerar invånarna om vårdenhetens kontaktuppgifter. Det sker via Landstingskatalogen och landstingets webbplats.

För att ingå i landstingets utbud av hälso- och sjukvård ska vårdgivarna uppfylla landstingets auktorisationskrav. Auktorisationen baseras på grundläggande krav för att bedriva verksamheten. Exempel på sådana krav är att vårdenheten har system för kvalitetssäkring, ekonomisk stabilitet, teknisk förmåga, kapacitet etc.

All familjeläkarverksamhet ska bedrivas enligt en tecknad överenskommelse, oavsett om den drivs privat eller offentligt. För att få fungera som läkare i familjeläkarverksamheten fordras anställning inom eller kontrakterat uppdrag med landstingets familjeläkarverksamhet alternativt ett vårdavtal med landstinget. Det råder således ingen fri etablering. Landstinget har rätt att en gång årligen med sex månaders varsel göra

ändringar i uppdrag och ersättningsnivåer. Om berörd enhet inte accepterar gjorda förändringar arbetar enheten kvar i det gamla regelverket under 12 månader varefter överenskommelsen med landstinget upphör.

Lika regler och ersättning tillämpas för alla familjeläkarmottagningar oavsett driftsform. En vårdpeng utges per listad individ. I ersättningen ingår kostnader för personal, lokaler, jour och viss laboratorieservice, dvs. service från blodcentralen, kemiskt och mikrobiologiskt laboratorium samt patologiskt laboratorium. Vårdpengen är relaterad till ålder. Utöver vårdpengen kan respektive vårdenhet erhålla ekonomisk ersättning för att kvalitetsmål har uppnåtts.

Familjeläkarmottagningarna får förutom vårdpengen ersättning för besök av utomlänspatienter, för akuta patientbesök av icke listade patienter, patientavgift och för frikortsbesök samt besök av barn under 19 år. Ersättning betalas dock inte för besök som i dag inte har någon patientavgift, t.ex. inom barn- och mödrahälsovården och på ungdomsmottagningar. Ersättning för sådana besök ingår i vårdpengen. Familjeläkarmottagningen bär kostnaden om en listad patient besöker annan familjeläkarmottagning i landstinget eller primärvård i annat landsting.

Landstinget bedriver ett pilotarbete för att precisera vilka system och vilken information som ska göras tillgänglig via nätuppkoppling. Tanken är att berörda vårdenheter ska anslutas till ett gemensamt system. Formerna för detta kommer att beslutas framöver av landstinget.

## 6 Andra erfarenheter av etablering

Modeller liknande de som prövas inom den svenska hälso- och sjukvården finns även i andra länder. Norge har till exempel infört ett system där läkare har möjlighet att etablera sig som s.k. husläkare enligt avtal.

Valfrihetssystem med liknande uppbyggnad finns även inom andra verksamhetsområden i Sverige. Ett närliggande exempel är de svenska friskolorna. Lärdomar kan dras från dessa modeller.

I det följande redogörs för husläkarsystemet i Norge samt för den svenska friskolereformen.

### 6.1 Husläkarsystemet i Norge

Husläkarsystemet som infördes i Norge år 2001 går under namnet fastlegeordning. Denna fastlegeordning berör hela befolkningen, samtliga drygt 400 kommuner och deras organisering av allmänläkare inom primärvården.

Det norska husläkarsystemet regleras både i lagstiftning och i centrala avtal mellan staten, kommunsektorn och Norska läkarföreningen. Avtal förekommer på tre nivåer. *Statsavtalet* som reglerar ekonomiska villkor för allmänläkare med kommunala husläkaravtal. *Ramavtal för landets kommuner* som rör närmare åligganden för husläkare och kommuner,

exempelvis samarbetsråd med företrädare för kommunen och husläkarna, proceduren vid rekrytering och etablering, husläkarens närmare uppgifter, tillgänglighet, akuta insatser, jourberedskap etc. *Individuella husläkaravtal* mellan kommunen och den enskilde husläkaren som utgör en bilaga till gällande ramavtal.

Huvudpunkterna i husläkarsystemet från medborgarens perspektiv är alla ska få välja en fast husläkare och att husläkaren normalt inte kan neka en enskilds val om det finns ledig plats på listan. Önskemål om viss husläkare ska så långt möjligt tillgodoses.

Rätten att välja och byta husläkare och få en s.k. second opinion är tvingande för kommunen och det krävs ingen remiss eller godkännande från den husläkare man är listad hos.

### **6.1.1 Etableringsregler**

Stortinget beslutade år 1998 att införa ett lagreglerat system för kontroll av allmänläkare inom husläkarsystemet och även läkare inom den specialiserade hälso- och sjukvården, inklusive statens egna sjukhus.

För kommunernas del har etableringskontrollen fått uttryck i kommunhälsovårdslagen genom en förklaring att Hälso- och omsorgsdepartementet varje år ska fastställa en ram för antalet nya läkartjänster som kan upprättas i kommunernas hälsovård.

Kommunerna ska ta fram en plan för husläkarförsörjningen och ansvarar för att rätten till fritt val av husläkare blir en realitet för invånarna. Med utgångspunkt från statens tilldelning, måste de lysa ut befattningar och träffa avtal med husläkare.

De villkor kommunen kan ställa upp vid ingående av avtal med husläkarna framgår av en särskild bestämmelse i husläkarförordningen och av gällande ramavtal.

Enligt husläkarförordningen ska husläkare som huvudregel bedriva verksamhet i privat regi, efter att avtal tecknats med en kommun. Kommunernas tilldelning av avtal ska enligt lag ske på sakliga kriterier såsom kompetens och erfarenhet m.m. Kommunens beslut om tilldelning av husläkarbefattning är nyckeln till offentlig finansiering och något krav att teckna avtal med alla allmänläkare som önskar bli husläkare finns inte. Formellt är kommunen bunden av det antal husläkare som staten beslutat om. Behövs fler befattningar är det kommunens sak att ansöka om det hos staten, efter samråd med husläkarnas representanter i samarbetsutskottet.

Kommunerna får inte bestämma vilken driftsform privatpraktiserande husläkare väljer och kan alltså inte kräva eller förhindra att verksamheten sker i till exempel ett aktiebolag. Att vara självständig näringsidkare innebär att husläkaren fullt ut är ansvarig för driften av läkarpraktiken.

Huvudregeln är att kommunen inte ensidigt kan avgöra var i kommunen husläkaren ska vara lokaliserad. Ett undantag från detta gäller vid nyinrättade husläkarbefattningar. Det står normalt läkaren fritt att flytta sin mottagning till annan adress i kommunen. Bara undantagsvis kan kommunen neka detta och då om flytten innebär uppenbart negativa följder för invånarna, till exempel att läkarutbudet i ett område blir alltför svagt.



### **6.1.2 Ersättningen**

Kommunen betalar ett bastillskott som utgör cirka 30 procent av ersättningen. Bastillskottet är direkt relaterat till hur många invånare som ställt sig på lista hos husläkaren, så kallad kapitation. Ungefär 40 procent är prestationsbaserad ersättning och betalas av staten enligt nationellt fastställda taxor. Resten av intäkterna kommer från patientavgifter och eventuella frivilliga ersättningar som kommunerna lämnar till husläkarna. Taxorna omförhandlas årligen.

Husläkare som är anställda av kommunen får sina löner fastställda vid anställningstillfället precis som andra löntagare. Lönen justeras sedan vid förhandlingar med utgångspunkt från centrala uppgörelser. Det är alltså olika ersättningsregler som gäller för privatpraktiserande läkare och av kommunen anställda husläkare.

### **6.1.3 Husläkarreformens effekter**

Husläkarreformen har blivit föremål för systematiska granskningar sedan införandet år 2001. Flertalet av dessa redovisas i Norges forskningsråds utvärdering av husläkarreformen åren 2001–2005 (Norges forskningsråd 2006).

Utvärderingarna visar att reformen i stora drag lett till förbättrad kvalitet och patientnöjdhet, liksom att antalet husläkare ökat. Nyetablering som husläkare uppges dock ha blivit svårare efter husläkarreformens införande, då det tar lång tid att arbeta upp en patientlista från noll. Värdet på en upparbetad husläkarpraktik har stigit väsentligt.

Vid utgången av år 2003 medverkade 99,5 procent av befolkningen i systemet, dvs. endast en halv procent av invånarna hade aktivt valt att stå utanför husläkarsystemet. Vid samma tidpunkt var endast ett fåtal läkartjänster vakanta i de större kommunerna.

Invånarnas tillfredsställelse bekräftas av bland annat en nationell Gallup-undersökning år 2003 i vilken olika kommunala tjänster bedömdes (TNS Gallup 2003). Jämfört med en undersökning år 2000 kunde läkarna visa det största framsteget. Det var särskilt tillfredsställelsen med att ha en fast läkarkontakt som ökade från år 2000 till år 2003.

Enligt läkarna har reformen bidragit till bättre medicinsk kvalitet genom bättre kontinuitet. Det finns inte belägg för annat än marginella ändringar i antal besök per läkare och år eller i antal vidtagna undersökningar och behandlingar.

## **6.2 Fristående skolor i Sverige**

Utöver det offentliga skolväsendet i Sverige finns fristående skolor, det vill säga skolor som har en annan huvudman och ägare än kommuner, landsting eller staten. Dessa fristående skolors verksamhet vilar på rätten till ett fritt val mellan det allmännas skolor (offentligt skolväsende) och fristående skolor.

### **6.2.1 De fristående skolornas rättsliga reglering**

Den legala regleringen av skolverksamheten finns i skollagen (1985:1100) med tillhörande författningar som t.ex. grundskoleförordningen och gymnasieförordningen.

Övergripande kan sägas att regleringen delvis innebär en likartad behandling av offentliga och fristående skolor, men att skillnader finns. Skillnaderna beror bland annat på att utbildning är en kommunal kärnverksamhet, vilket sätter nedre gränser för utbudet i det offentliga skolväsendet och även påverkar nyetableringen av fristående skolor. Bland andra olikheter kan nämnas att de fristående skolorna får ha konfessionell inriktning och att offentlighetsprincipen inte gäller i verksamheten hos dessa. Någon viss associationsform för de fristående skolorna specificeras inte av staten. Inledningsvis dominerade organisationsformer med grundaren som huvudägare. Därefter har utvecklingen gått mot skolkoncerner med ett stort antal skolor i olika typer av ägarstrukturer.

Eftersom de fristående skolorna inte ingår i det offentliga skolväsendet har prövningen av huvudmannen och dennes förutsättningar att bedriva skolverksamhet fram t.o.m. den 30 september 2008 gjorts av Statens skolverk och inte av kommunen. Fr.o.m. den 1 oktober 2008 har ansvaret för denna uppgift övergått till Statens skolinspektion.

En grundförutsättning för etablering är att utbildningen vid de fristående skolorna håller fullgod kvalitet vad gäller de kunskaper och färdigheter som förmedlas. När Skolinspektionen prövar ansökningar om godkännande respektive rätt till bidrag för fristående skolor bedöms en mängd förhållanden, bland annat att skolan är öppen för alla, huvudmannens förutsättningar att leva upp till kravet på långsiktighet och stabilitet m.m.

För att skolplikten ska få fullgöras i en fristående skola på grundskolenivå måste skolan godkännas. En ansökan om godkännande lämnas till Skolinspektionen kalenderåret innan skolan startar. Kommunen där skolan är belägen (lägeskommunen) ska ges tillfälle att yttra sig över ansökan och bör då bifoga en konsekvensbeskrivning.

För gymnasieskolor gäller att rätten att starta och driva en fristående skola anses vara en del av den allmänna näringsfriheten då det inte råder skolplikt utan är frivilligt att söka gymnasieskola. Som villkor för offentligt stöd uppställs dock i skollagstiftningen vissa krav på fristående gymnasieskolor.

Skolinspektionens beslut i ärenden om godkännande respektive återkallande av godkännande får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol (länsrätt).

### **6.2.2 Bidrag och offentligt stöd**

En godkänd fristående grundskola ges av Skolinspektionen normalt rätt till bidrag från elevernas hemkommuner. Tillerkänns den fristående skolan rätt till bidrag är det kommunens sak att fastställa bidraget storlek. Bidraget ska bestämmas med hänsyn till skolans åtagande och elevernas behov efter samma grunder som kommunen tillämpar vid fördelning av

resurser till de egna grundskolorna. Ersättning betalas för varje elev som deltar i utbildningen.

I likhet med vad som gäller för fristående grundskolor måste ansökan om stöd för gymnasieskola lämnas in kalenderåret innan det år utbildningen startar. Det offentliga stödet omfattar antingen enbart statlig tillsyn eller också både statlig tillsyn och bidrag från elevens hemkommun. En skola, som i och för sig uppfyller villkoren för att förklaras berättigad till bidrag, kan ställas under enbart statlig tillsyn. Att en skola ställs under statlig tillsyn innebär bland annat att eleverna får rätt till studiestöd.

Bidraget för eleverna ska i princip beräknas efter samma grunder som hemkommunen tillämpar för motsvarande program i de egna gymnasieskolorna. Liksom vad gäller de fristående skolorna på grundskolenivån är det elevens hemkommun som i slutändan bestämmer ersättningens storlek och betalar den privata huvudmannen per elev. Finns inte utbildningen i hemkommunen gäller en så kallad riksprislista som tas fram av Skolverket och bygger på medianvärden för de olika programmen.

Den omständigheten att elevens hemkommun under vissa förutsättningar betalar bidrag till den fristående skolan innebär inte att denna är kommunal uppdragstagare, dvs. entreprenör åt kommunen. De fristående skolorna utför i juridisk mening bidragsfinansierad enskild verksamhet. Avtal med ekonomiska villkor mellan den fristående skolan och kommunen saknas ofta. Upphandlingslagstiftningen anses inte vara tillämplig.

### **6.2.3 Konkurrens**

De fristående skolorna är beroende av kommunernas bedömning av hur stor ersättningen per elev ska bli, utom i sådana speciella fall då Skolverkets riksprislista gäller. Olikheter mellan kommuner vad gäller deras ersättning för momsutgifter, lokalkostnader, administrativa kostnader m.m. kan påverka etableringsförutsättningarna.

Konkurrensen på grundskolans område har bland annat analyserats av Konkurrensrådet (Konkurrensrådet 2003). Rådet konstaterade att det fanns en relativt stor skillnad mellan kommunerna och de fristående skolorna i synen på konkurrensneutraliteten. Kommunerna ansåg allmänt att villkoren var likvärdiga, medan de allra flesta fristående skolor ansåg att de fick arbeta under sämre villkor än de kommunala. Det var främst den ekonomiska redovisningen som kritiserades, många ansåg att redovisningen dölde indirekta stöd till de kommunala skolorna.

Regeringen tillsatte i mars 2007 en utredning (dir. 2007:33) med uppgift att föreslå hur lagstiftningen på några områden, bland annat bidrags- och ansökningsprocessen, ska ändras så att offentliga och fristående skolor ska kunna bedriva verksamhet på lika villkor. I delbetänkandet Bidrag på lika villkor (SOU 2008:8) föreslår utredningen bland annat att det ska bli möjligt för en förvaltningsdomstol att pröva nivån på kommunens bidrag till verksamheten efter att huvudmannen överklagat kommunens bidragsbeslut. Delbetänkandet har remissbehandlats och förslagen bereds för närvarande i Regeringskansliet.

## 7 Modeller för fri etablering

Fri etablering *utan* offentlig ersättning är redan i dag möjlig för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Argumentationen i detta kapitel avser fri etablering *med* offentlig ersättning.

En viktig fråga att ta ställning till när fri etablering i primärvården övervägs är hur omfattande den nationella regleringen ska vara. En nationell reglering kan påverka den kommunala självstyrelseprincipen på flera sätt. Ett sådant är kommuners och landstings behov av att kunna kontrollera sina kostnader. Ett annat är den lokala demokratis förutsättningar att möta särskilda behov och krav från medborgarna.

Mot detta måste vägas vad som avses med god vård på lika villkor, dvs. hur stora skillnader som kan tolereras över landet sett i sammanhanget av att Sverige förutses ha ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

I detta kapitel redovisas olika tänkbara modeller för att införa fri etablering i primärvården.

### 7.1 Fri etablering genom en husläkarlag

Fri etablering infördes i primärvården den 1 januari 1994, då lagen (1993:588) om husläkare trädde i kraft. Systemet avskaffades emellertid fr.o.m. den 1 januari 1995 innan det fullt ut hade hunnit genomföras i landstingen.

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

Regeringen eftersträvade inte en likformig detaljerad primärvårdsmodell över hela landet utan primärvårdens uppdrag skulle i varje landsting preciseras utifrån regionala förutsättningar (prop. 1999/2000:149, s. 26).

Socialstyrelsen fick regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera handlingsplanen. Socialstyrelsen konstaterade bl.a. att familjeläkarkonceptet var en betydelsefull komponent i handlingsplanen. Viktiga ingredienser i ett familjeläkarkoncept var enligt Socialstyrelsen fast läkarkontakt, valfrihet och mångfald. Just dessa frågor hade dock tonats ner i många landsting. Det tycktes också, menade Socialstyrelsen, ha skett en förskjutning från betydelsen av fast läkarkontakt i primärvården till en ökad kontakt med andra personalkategorier (Socialstyrelsen 2005). Socialstyrelsen redovisade inte heller någon förskjutning i nettokostnadsandel för hälso- och sjukvården till primärvårdens fördel, trots det relativt stora resurstillskott som kopplades till handlingsplanen.

Efter det att husläkarlagen avskaffats kunde landstingen fortsätta arbeta enligt modellen. Med undantag för Västmanland skedde inte detta i

särskilt stor utsträckning. Inte heller den satsning som gjordes i samband med den Nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården ledde till en mer familjeläkarinriktad primärvård.

En förklaring kan vara bristen på specialister i allmänmedicin. En annan förklaring kan finnas i primärvårdens utveckling under 1990-talet som har präglats av en förändrad arbetsfördelning där rader av sjukdomstillstånd som tidigare krävt sluten vård numera hanteras i öppen vård.

## 7.2 Fri etablering genom en nationell vårdvalsmodell

Primärvården har hittills präglats av olikhet över landet. Få landsting har, enligt Socialstyrelsens uppföljning av den nationella handlingsplanen, arbetat med att definiera primärvårdens uppdrag. Primärvården har också kännetecknats av byten mellan olika modeller, exempelvis vid majoritetsskiftet i landstingen, vilket inneburit bristande kontinuitet och ibland skapat osäkerhet hos patienter och personal om vilka villkor som gäller.

En möjlig lösning på dessa problem är att införa fri etablering i primärvården genom en nationell vårdvalsmodell.

En nationellt reglerad vårdvalsmodell har flera fördelar. Den kan ge bättre förutsättningar för en mer enhetlig primärvård med större likhet över landet och också tydliggöra det offentliga åtagandet. Detta skulle bättre än i dag kunna bidra till att uppfylla hälso- och sjukvårdslagets målparagraf om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Ytterligare fördelar är att patientens rätt kan tydliggöras enhetligt i ett nationellt vårdvalssystem.

En nationell reglering med angivna kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav gynnar också kvalitetsutvecklingen i primärvården genom att kvalitetskriterier bestäms på en gemensam nivå och alla utförare måste leva upp till denna nivå.

Genom en nationellt reglerad vårdvalsmodell skapas enhetliga etableringsvillkor för vårdgivare som vill etablera verksamhet i eller utvidga sin verksamhet till flera landsting. En sådan ordning bör underlätta även administrativt för den här kategorin av företag. En nationell modell underlättar också för privata vårdgivare att etablera sig i landsting som av tradition har få privata vårdgivare.

En risk är emellertid att en nationell modell kan vara trögare att förändra och således vara mindre utvecklingsinriktad än olika regionala system. Modellen flyttar också ansvarsgränsen mellan staten och landstingen. Privata vårdgivare som etablerar sig med stöd av en lagstiftning av det här slaget kommer att utföra bidragsfinansierad enskild verksamhet, en driftsform där det inte är landstinget utan enskilda näringsidkare som blir huvudmän för verksamheten.

### 7.3 Fri etablering genom en regional vårdvalsmodell

Ett alternativ som i högre grad beaktar landstingens självbestämmande är att överlämna till landstinget att utforma en vårdvalsmodell inom primärvården efter de förutsättningar som finns i landstinget.

Som framgår av kapitel 5 pågår redan en utveckling i flera landsting mot någon form av vårdvalssystem i primärvården.

En regional vårdvalsmodell skulle kunna inskränkas till att en bestämmelse införs i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som gör det obligatoriskt för landstingen att införa vårdval inom primärvården. Lagregleringen skulle innebära att de vårdgivare som uppfyller det av landstinget bestämda kraven ska godkännas av landstinget och ha rätt att etablera sig i landstinget på samma villkor som de offentliga vårdgivarna. Liksom i det tidigare alternativet ska patienten få möjlighet att välja vårdgivare och ersättningen ska följa patienternas val.

Modellen medger en stor lokal anpassning av primärvården. De landsting som har eller är på gång att införa vårdvalssystem i primärvården kan fortsätta att utveckla systemen. Modellen innebär emellertid att de olikheter som i dag finns över landet kring primärvårdens innehåll och resultat kan komma att bestå.

Vårdgivare som önskar etablera sig i eller utvidga sin verksamhet till flera landsting kan komma att behöva anpassa sin verksamhet till flera vårdvalsmodeller med olika innehåll beroende på i vilka landsting verksamheten ska bedrivas. Utländska vårdgivare som avser att etablera sig på den svenska marknaden kommer sannolikt också med regionala vårdvalsmodeller att behöva ta hänsyn till ett antal olika regionala etableringsvillkor. Jämfört med en nationell vårdvalsmodell, kan ett system med regionala vårdvalsmodeller också innebära en högre grad av administration för den här kategorin av företag.

Det finns också risk för att landstingen genom olika villkor kan komma att försvåra för privata vårdgivare som önskar etablera sig. För patienterna kommer också olikheter i vården att gälla beroende på bostadsort, liksom olika regelverk.

### 7.4 Fri etablering genom en modifierad regional vårdvalsmodell

Ett ytterligare alternativ för att införa fri etablering i primärvården är att på nationell nivå formulera tydligare krav på primärvårdens innehåll. Ett grunduppdrag för primärvården kan i en sådan modell fastställas av staten och inte av det enskilda landstinget. Landstinget kan dock ha möjlighet att komplettera uppdraget utifrån lokala förutsättningar. För övrigt skiljer sig inte modellen från den beskrivna regionala vårdvalsmodellen.

Lagregleringen skulle innebära att de vårdgivare som uppfyller de av staten och landstinget bestämda kraven ska godkännas av landstinget och ha rätt att etablera sig inom primärvården i landstinget på samma villkor som de offentliga vårdgivarna. Liksom i det tidigare alternativet ska patienten få möjlighet att välja vårdgivare och ersättningen ska följa patienternas val.

Fördelarna med en sådan modell är att den garanterar att primärvården lever upp till samma kvalitet i hela landet och att det genom de nationellt fastställda kraven skapas tydlighet, både för patienterna och för vårdgivarna, om vilka tjänster som ska erbjudas. Modellen bidrar samtidigt till att skapa förutsättningar för konkurrens på lika villkor genom att reglerna och förutsättningarna bli mer enhetliga och tydliga för de vårdgivare som vill etablera verksamhet inom primärvården. Modellen har dessutom den fördelen att den bidrar till att möjliggöra en enhetligare uppföljning av primärvården genom att grundkraven är enhetliga och tydliga.

Modellen innebär dock liksom den tidigare beskrivna nationella vårdvalsmodellen en begränsning av landstingens självbestämmande genom att staten fastställer grunduppdraget för primärvården.

## 8 Regeringens förslag

### 8.1 Allmänna överväganden

#### *Patientinflytande och valfrihet*

Alla medborgare ska kunna känna sig trygga i att hälso- och sjukvården finns lätt tillgänglig när de behöver den. Trygghet, tillgänglighet och en helhetssyn på patientens behov bör prioriteras i hela vårdkedjan och vården bör utgå från individens rätt till bästa uppnåeliga hälsa.

För att patienterna ska kunna tillvarata rätten till ett fritt och individuellt val inom hälso- och sjukvården är det nödvändigt att vården präglas av öppenhet och mångfald i fråga om innehåll, form och vårdgivare. En mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Genom att pengarna följer patienten kan ökad valfrihet också bidra till att stimulera kvalitetsutveckling eftersom stora patientgrupper kommer att söka sig till den inrättning som har bäst kvalitet. Det skapas därmed konkurrens som sporrar vårdens aktörer att förbättra kvalitet och tillgänglighet.

Alla patienter har dock inte förutsättningar att göra egna val. Det gäller t.ex. multisjuka äldre personer som behöver hemsjukvård. En förutsättning för att dessa patienter ska kunna göra rationella val är att de har information om valmöjligheterna och skillnader mellan olika vårdgivare. Det är landstingets skyldighet att informera om valmöjligheterna, på ett sätt som är anpassat efter att det finns en mångfald och olika förutsättningar bland målgruppen för informationen. De patienter som inte kan eller vill välja ska hänvisas till ett i förväg känt alternativ.

Flera insatser har redan gjorts för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården, t.ex. genom bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) om patientens rätt till förnyad medicinsk bedömning och genom den nya patientdatalagen (2008:355) som underlättar informationsutbyte. Andra exempel är nationella överenskommelser och rekommendationer om fritt vårdval och en nationell vårdgaranti.

Utvärderingar av bl.a. Socialstyrelsen visar dock fortfarande på bristande tillgänglighet och att patienterna trots nämnda insatser fortfarande saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation. Patientens möjligheter att få vård i tid och att själv välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver därför stärkas ytterligare.

### *Fast läkarkontakt*

En viktig åtgärd för att skapa trygghet och kontinuitet i vårdkontakten är den regel om rätt till fast läkarkontakt i primärvården som införts i HSL. Regelns syfte har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilde patienten.

I praktiken har regeln dock inte tillämpats på det sätt som avsetts. Möjligheterna att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt genom en specialist inom allmänmedicin bedöms heller inte realistiska då det trots olika åtgärder under flera år varit brist på specialister i allmänmedicin.

Den långvariga bristen på specialister i allmänmedicin gör att det finns risk att bestämmelsen i HSL kan komma att begränsa utvecklingen av vårdvalssystem i primärvården. Den nuvarande formuleringen i lagen riskerar också att skada primärvårdens trovärdighet då den av praktiska skäl inte kommer att kunna uppfyllas av sjukvårdshuvudmännen. Det gäller därför att finna nya vägar att garantera trygghet och kontinuitet för patienterna i vårdkontakten.

## 8.2 Vårdvalssystem inom primärvården

**Regeringens förslag:** Landstingen ska organisera primärvården genom vårdvalssystem, där alla som är bosatta inom landstinget kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Många remissinstanser stöder utredningens förslag med hänvisning till att det kommer att främja patienternas valfrihet och bidra till större enhetlighet i utbudet av vårdtjänster i primärvården. Flera instanser anser också att det föreslagna systemet är en bra avvägning mellan statligt inflytande och kommunalt självstyre.

*Socialstyrelsen* framhåller att möjligheten till vårdval kan vara ett sätt att förena offentlig finansiering, individuell valfrihet och rimlig konkurrens och samtidigt stärka patientsäkerheten genom att tydliga säkerhetskrav ställs på verksamheten. *Statens beredning för medicinsk utvärdering*, SBU, anser också att vårdvalsmodeller stärker patientens ställning. Även *Ekonomistyrningsverket*, ESV, och *Konkurrensverket* tillstyrker i allt väsentligt utredarens förslag. *Verket för näringslivsutveckling* Nutek välkomnar en ökad konkurrensutsättning inom vård och omsorg och anser att införandet av ett vårdvalssystem inom primärvården kan bidra till förbättrad produktivitet och kvalitet.



*Näringslivets Regelnämnd*, NNR, är positiv till reformen som ger möjligheter till företagsetableringar och mångfald. *Stockholms läns landsting*, anger att utredningens förslag ligger i linje med utvecklingen av primärvården i landstinget samt att behovet av att utveckla och förbättra primärvården och att stärka patientens rättigheter i detta fall överväger nackdelarna med att inkräkta på det kommunala självstyret. Även *Västmanlands läns landsting* ställer sig positivt till fri etablering med obligatorisk regional vårdvalsmodell och anger att de utan större problem borde kunna anpassa sitt nuvarande vårdvalssystem till det av utredningen föreslagna regelverket. *Karlskrona kommun* anser att delbetänkandet ger en tydlig bild av olika vårdvalsmodeller samt instämmer i utredningens förslag att införa en regional vårdvalsmodell. Också *Simrishamns kommun* ställer sig positivt till en lagstiftning om obligatoriskt vårdval inom primärvården. Kommunen anser att det är positivt att patienternas inflytande ökar och deras rättigheter stärks. *Sveriges läkarförbund* ser positivt på regeringens ambition att möjliggöra fri etablering i primärvården och anser att förslagen stärker både patienternas och professionernas ställning. *Sveriges Kommuner och Landsting*, SKL, välkomnar och stöder regeringens arbete med att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården och anser att lagförslaget möjliggör lokala lösningar. *Svenska läkaresällskapet* anser att det är en riktig väg att gå att sätta patienternas rätt att fritt välja läkare i primärvården i centrum. *Sveriges tandläkarförbund* ser positivt på att en mångfald av utförare får möjlighet att vara verksamma i vården. *Svenskt näringsliv* tillstyrker utredningens förslag och anser att intresset av mångfald, konkurrens och valfrihet tar över intresset av kommunalt självstyre. Även *Vårdföretagarna* ställer sig positiva till förslaget och anser att den skaparkraft som finns i företagande genom förslaget ges möjlighet att utveckla kvalitet ur alla perspektiv som mångfalt överväger nackdelar av minskat självbestämmande för landstingen. Också *Praktikertjänst*, *Svensk Företagshälsovård*, FSF, *Svensk förening för allmänmedicin*, SFAM, *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter*, FSA, *Sveriges Pensionärsförbund*, SPF, samt *Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen* tillstyrker i allt väsentligt utredningens förslag. *Läkemedelsindustriföreningen*, LIF, välkomnar även de utredningens förslag och är övertygade om att den ökade konkurrens som blir resultatet av den ”fria” etableringen inom primärvården ger grogrund för högre kreativitet och bättre kvalitet i vårdtjänsterna.

Ytterligare ett antal remissinstanser stöder utredningens förslag men efterfrågar samtidigt vidare utredning innan delar av förslagen genomförs. Till exempel *Vårdförbundet* och *Akademikerförbundet*, SSR, välkomnar syftet att stärka patientens rätt men anser att det är oklart vad primärvårdens uppdrag är samt att en rad frågor närmare måste utredas. *Svensk sjuksköterskeförening*, SSF, och *Luleå kommun* anser att utvärderingar av befintliga valfrihetsmodeller bör göras innan det är aktuellt att genomföra en tvingande nationell modell. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* ser positivt på förslag som innebär att makten att välja vårdgivare överförs till patienterna men anser att vårdvalssystem inte är en garanti för mångfald. *Reumatikerförbundet* konstaterar att det finns olikheter i förutsättningar patienter emellan när det gäller förmågan att välja och ställa krav. *Dalarnas läns landsting*

anser att det är svårt att uttala sig om förslagen utan att veta vad utredningen tänker föreslå i övriga delar.

Ytterligare ett antal instanser främst bland landstingen och kommunerna uttrycker stöd för en utveckling som stärker patientens inflytande i vården men anser att det ska vara frivilligt att införa dessa system. Exempelvis *Malmö kommun* och *Östergötlands läns landsting* anser att det är välkommet med ett nationellt initiativ som tydliggör förutsättningar och skapar grund för en likvärdighet över landet men att en sådan utveckling i första hand bör ta sin utgångspunkt i lokala, demokratiska beslut. Också *Östersunds kommun* ifrågasätter kravet på att reformen ska vara tvingande men anser att det är positivt att patientens ställning lyfts fram genom ökade möjligheter att välja vårdenhet. *Göteborgs kommun* avstyrker förslaget i sin nuvarande utformning med anledning av att delbetänkandet saknar beskrivning av primärvårdens ansvar gentemot de patienter som vårdas inom kommunens hälso- och sjukvårdsverksamheter samt förebyggande arbete. *Kronobergs läns, Jämtlands läns, Kalmar läns, Skåne läns, Hallands läns, Västra Götalands läns, Örebro läns, Gävleborgs läns, Västernorrlands läns* och *Södermanlands läns landsting* samt *Gävle kommun* och *Svenska kommunalarbetareförbundet* avvisar utredningens förslag eftersom de anser att förslaget inskränker det kommunala självbestämmandet. *Västerbottens läns landsting* avstyrker utredningens förslag eftersom de anser att det kan påverka redan pågående arbete med lokal primärvårdsutveckling. *Svenska Barnmorskeförbundet* anser att beslut om nationellt vårdvalssystem bör vänta till dess att de försök med vårdvalssystem som vissa landsting bedriver, har utvärderats. *Handikappförbundens samarbetsorgan*, HSO, anser att det ska vara frivilligt för kommuner och landsting att införa vårdval och konkurrensutsätta sina verksamheter. *Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte*, Famna, välkomnar en allmän utveckling mot att stärka patientens ställning men anser att utredningens förslag att tvinga huvudmännen att införa fri etablering inte är den rätta vägen för att öka mångfalden av utförare. *Stiftelsen den nya välfärden* anser att utredningen bör få i uppdrag att lämna förslag till hur ett nationellt enhetligt sjukvårdssystem kan utformas och genomföras.

**Skälen för regeringens förslag:** Som inledningsvis konstaterats i detta kapitel har under senare år flera insatser gjorts för att förtydliga och förstärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården. Utvärderingar av bl.a. Socialstyrelsen visar dock fortfarande på bristande tillgänglighet och att patienterna saknar tillräckligt inflytande och möjligheter att påverka sin situation. Patienternas möjligheter att få vård i tid och att själva välja vårdgivare och vårdtillfälle behöver därför stärkas ytterligare samtidigt som mångfald inom vården behöver stimuleras. Ett sätt att stärka patienternas valmöjligheter och inflytande och samtidigt förbättra möjligheterna för vårdgivare att starta egen verksamhet, är att införa obligatoriska vårdvalssystem i primärvården.

Som konstaterats i kapitel 7 har varje primärvårdsmodell olika styrkor och svagheter. Målet att stärka patienternas intressen och verka för en likformig vård för hela befolkningen ställs delvis mot landstingens intresse av att självständigt bestämma hur de vill organisera vården. Det är följaktligen svårt att utforma ett förslag om fri etablering med ökade

valmöjligheter utan att landstingens möjligheter till självbestämmande påverkas.

Efter överväganden om behovet av stärkt patientinflytande och ökad valfrihet har regeringen kommit till slutsatsen att den modell som bäst balanserar patienternas, utförarnas och landstingens intressen är en regional vårdvalsmodell där vårdgivare som uppfyller de av landstinget beslutade kraven ska ha rätt att etablera sig inom primärvården med offentlig ersättning.

En sådan modell har flera fördelar. Den innebär att det blir möjligt för fler privata vårdgivare att etablera sig så att patienterna får fler vårdgivare att välja mellan. Genom rätten till vårdval där ersättningen följer patienternas val, förtydligas och förstärks också patienternas valmöjligheter ytterligare. Samtidigt blir ingreppet i landstingens självstyrelse begränsat då förslaget lämnar handlingsutrymme till varje landsting att utforma systemet efter sina egna förutsättningar.

Ytterligare en fördel är att förslaget kan genomföras på relativt kort tid eftersom det inte medför några systemförändringar i ansvaret mellan stat och landsting. Förslaget innebär också att vårdvalssystemen kan utvecklas genom att olika vårdvalsmodeller kan existera parallellt och prövas mot varandra.

Regeringen är medveten om att det i en del landsting redan påbörjats försök med olika typer av vårdvalsmodeller. Detta är en positiv utveckling som bör främjas. De system som nu prövas kan troligen efter viss anpassning bli en del av en regional vårdvalsmodell.

Regeringen kan samtidigt konstatera att det ännu saknas vårdvalssystem i många landsting. De system som finns är heller inte alltid lika långtgående i möjligheten till valfrihet för patienterna eller i möjligheten för vårdgivare att etablera sig, som det system regeringen föreslår. Regeringen anser därför att det är motiverat med lagstiftning om obligatoriska vårdvalssystem för att få igång utvecklingen i alla landsting.

### 8.3 Lag om valfrihetssystem

|  |
|--|
| <b>Regeringens förslag:</b> Vid inrättandet av vårdvalssystem i primärvården ska landstingen tillämpa lagen (2008:00) om valfrihetssystem. |
|--|

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som lämnat synpunkter på denna del av utredningens förslag instämmer i förslaget. T.ex. *Östergötlands läns landsting* bifaller förslaget om att lag om valfrihetssystem (2008:00; LOV) ska tillämpas. *Uppsala läns landsting* är också positivt till att fler utförare ges möjlighet att etablera sig inom primärvården och vill framhålla vikten av att förslagen harmoniserar med lagen om valfrihetssystem, LOV. *Östersunds kommun* anser även de att det är positivt att utredningen föreslår att landstinget ska tillämpa den kommande lagen om valfrihetssystem. Kommunen anser dock att det kan finnas risk för att patientunderlaget i en viss stadsdel eller i glesbygd blir

för lågt för att någon vårdgivare ska ha intresse av att etablera sig där. *Jönköpings läns landsting* anser å sin sida att LOV borde vara en tillräcklig förutsättning för införande av valfrihetssystem i landet.

### **Skälen för regeringens förslag**

#### *Proposition 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem*

Den 25 september 2008 beslutade regeringen proposition (2008/09:29) Lag om valfrihetssystem. Till grund för förslagen i propositionen ligger Frittvalutredningens betänkande LOV att välja – Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15).

Den föreslagna lagen reglerar vad som ska gälla för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva kommunala och landstingskommunala verksamheter genom att överlåta valet av utförare av stöd, vård- och omsorgstjänster till brukaren eller patienten. Valfrihetssystem enligt den föreslagna lagen är ett alternativ till upphandling enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) och kan tillämpas på bl.a. omsorgs- och stödverksamhet för äldre och för personer med funktionsnedsättning samt på hälso- och sjukvårdstjänster.

Den upphandlande myndighet som vill tillämpa lagen måste annonsera löpande i en nationell databas för valfrihetssystem. Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller fastställda krav godkänns, varefter kontrakt tecknas. Lagen bygger på att det inte råder någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten. Kommunen eller landstinget ansvarar för att brukarna eller patienterna får fullödlig information om samtliga leverantörer som man kan välja mellan. För personer som inte väljer ska det finnas ett ickevalsalternativ. Förfördelade leverantörer ges möjlighet till rättelse.

I propositionen (s. 56) slås fast att inom ramen för ett valfrihetssystem enligt LOV sluter den upphandlande myndigheten och leverantörerna skriftliga kontrakt med ekonomiska villkor om tillhandahållande av en tjänst. Det föreligger således ett offentligt kontrakt i upphandlingsdirektivens och LOU:s bemärkelse. Den upphandlande myndigheten kan välja att införa ett valfrihetssystem enligt kriterierna i LOV, eller upphandla tjänsterna enligt LOU.

Konkurrensverket utövar tillsyn över LOV och ska bland annat uppmärksamma regelöverträdelser som är av större betydelse eller av principiellt intresse.

Regeringen anför vidare att kontrakt om valfrihetssystem enligt LOV får anses utgöra en tjänstekoncession (s. 58). Bedömningen innebär att det inte föreligger någon skyldighet att föra in bestämmelser om tekniska specifikationer, efterannonsering, krav på uteslutning av leverantörer som begär viss typ av brottslighet, interimistiska åtgärder och skadestånd i LOV. Enligt upphandlings- och rättsmedelsdirektiven hade detta annars varit nödvändigt. För utförligare information om LOV, hänvisas till propositionen (2008/09:29) Lag om valfrihetssystem.

## LOV i vårdvalssystem i primärvården

Regeringen anser att lagen om valfrihetssystem, under förutsättning att den antas av riksdagen, ska tillämpas vid inrättandet av vårdvalssystem i primärvården. Lagen är en del av regeringens strävan att sätta brukaren i fokus med en maktförskjutning från politiker och tjänstemän till medborgare. Lagen syftar också till att klargöra rättsläget vad gäller hur valfrihetsmodeller förhåller sig till upphandlingslagstiftningen.

Genom förslaget att landstingen ska tillämpa LOV i vårdvalssystemet, garanteras dessutom att de EG-rättsliga principer som gäller i detta sammanhang, dvs. principerna om icke-diskriminering, öppenhet, förutsägbarhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet, uppfylls.

Det kan uppstå situationer då ingen leverantör vill tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget i valfrihetssystemet enligt LOV. För att attrahera privata vårdgivare att etablera verksamhet på en viss plats kan det då krävas att landstinget gör en upphandling enligt LOU. Invånarna ges därefter möjlighet att välja bland de vårdgivare som tecknat kontrakt med landstinget enligt LOV eller LOU.

Om LOV och LOU inte skulle kunna samexistera skulle ett landsting som infört valfrihetssystem inte kunna konkurrensutsätta den vård som bedrivs i egen regi, vilket vore en begränsning av den kommunala självstyrelsen.

### 8.4 Primärvårdens uppdrag

**Regeringens bedömning:** Landstingen bör ha möjlighet att besluta om krav för vårdgivare som vill etablera sig inom vårdvalssystemet i primärvården.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens bedömning. Utredningen har föreslagit att ett nationellt grunduppdrag ska fastställas för primärvården som sedan kan kompletteras med tilläggsuppdrag av landstingen. Utredningen anser att Socialstyrelsen är den myndighet som är bäst lämpad att fastställa ett sådant grunduppdrag.

**Remissinstanserna:** Av de remissinstanser som lämnat synpunkter på denna del av utredningens förslag ställer sig många positiva med hänvisning till att ett nationellt fastställt uppdrag skapar bättre förutsättningar för likvärdig vård i hela landet samt bidrar till att garantera en jämn och god kvalitet på de tjänster som erbjuds. Samtidigt avvisar många instanser förslaget med hänvisning till att förslaget inskränker det kommunala självbestämmandet och att landstingen behöver ha frihet att fullt ut kunna anpassa primärvården efter regionala och lokala behov.

*Socialstyrelsen* tillstyrker utredningens förslag och anser att detta dels kan underlätta arbetet för vårdgivarna, dels underlätta tillsynsarbetet som i dag regleras av flera olika författningar. *Barnombudsmannen*, *Handikappombudsmannen*, HO, *Malmö kommun*, *Karlskrona kommun*, *Östersunds kommun* *Gävleborgs läns landsting*, *Handikappförbundens samarbetsorgan*, HSO, *Svenska läkaresällskapet* och *Svenskt Näringsliv*

tillstyrker utredningens förslag bl.a. med hänvisning till att det kan bidra till en likvärdig vård i hela landet. *Sveriges läkarförbund* stöder också förslaget om ett enhetligt grunduppdrag och menar att även ersättningsmodell och beloppsnivåer bör definieras nationellt. *Vårdförbundet* anser att det är av avgörande vikt att primärvårdens grundläggande uppdrag fastställs innan beslut om fri etablering tas och att det är staten som bör ansvara för att fastställa uppdraget. *Praktikertjänst* anser att Socialstyrelsen är den expertmyndighet som bäst kan definiera det grundläggande primärvårdsuppdraget. *Läkemedelsindustriföreningen*, LIF, anser att staten bör formulera grunduppdraget för primärvården så tydligt som möjligt. *Akademikerförbundet*, SSR, anser att oavsett om vården utförs av landsting, kommuner eller privata vårdgivare är det nödvändigt att primärvårdens uppdrag definieras och kvalitetskrav ställs. *Sveriges Psykologförbund* anser att det är viktigt att primärvårdens grunduppdrag tydliggörs och preciseras. *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter*, FSA, påpekar att detaljreglering inte får hämma utvecklingen inom primärvården. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att grunduppdraget måste kunna följas upp och revideras utan byråkratiskt krångel. *Svensk förening för allmänmedicin*, SFAM, *Sveriges Pensionärsförbund*, SPF, och *Reumatikerförbundet* anser även de att förslaget om nationellt definierat primärvårdsuppdrag är bra.

Ett antal remissinstanser har synpunkter på hur grunduppdraget bör formuleras och landstingens möjligheter att komplettera uppdraget. T.ex. *Uppsala kommun* anser att grunduppdraget bör utformas på ett sådant sätt att regionala skillnader och behov kan tillgodoses. *Värmlands läns landsting* och *Västmanlands läns landsting* anser att det är viktigt att landstingen kan anpassa uppdraget utifrån lokala förutsättningar att de förutsätter att respektive huvudman får ett avgörande inflytande i utveckling av detta grundåtagande. Även *Dalarnas läns landsting* anser att ett nationellt uppdrag för primärvården kan ha ett värde men att arbetet med att formulera detta måste ske i nära samråd med sjukvårdshuvudmännen. *Jönköpings läns landsting* anser också att det är av stor betydelse att varje landsting får mandat att självständigt forma innehållet i den primärvård som ska ingå i vårdvalssystemet. Även *Västernorrlands läns landsting* anser att intrånget i den kommunala självbestämmanderätten måste minimeras. *Pensionärernas Riksorganisation*, PRO, anser att idéer och arbetssätt måste få tillfälle att utvecklas lokalt för att senare få vidare spridning. *Stiftelsen den nya välfärden* anser inte att det är tillräckligt att staten fastställer endast grunduppdraget för primärvården utan att staten ska ange alla de krav som bör ställas på vårdgivare vare sig de är offentliga eller privata.

Flera remissinstanser uttrycker också tveksamhet om ifall utredningens förslag kommer att stimulera mångfald eller avvisar förslaget med hänvisning till att det begränsar det kommunala självstyret. T.ex. *Statskontoret* anser att det med tanke på den snabba utvecklingen inom vården samt den oklara gränsen mellan primärvård och annan vård, kan ifrågasättas om det är lämpligt att genom en nationell reglering precisera primärvårdens grunduppdrag. *Gävle kommun* påpekar att det saknas skrivningar som tar hänsyn till att hemsjukvården i många fall överförs till kommunerna och att detta påverkar primärvårdens uppdrag.

Östergötlands läns landsting och Hallands läns landsting ställer sig tvetsamma till att definiera uppdraget mer detaljerat än så som det redan anges i HSL samt anser att ett nationellt fastställt uppdrag inte stärker patienternas rätt till valfrihet utan istället hämmar möjligheterna att anpassa vården efter medborgarnas behov. Kronobergs läns landsting anser att utveckling av ett mer patientfokuserat arbetssätt istället bör ske lokalt och regionalt. Västra Götalands läns landsting anser att beslut om organiseringen av primärvården även framgent bör ligga hos landsting och regioner. Örebro läns landsting avvisar förslaget med motiveringen att det kommer att medföra onödig byråkratisering. Norrbottens läns landsting avvisar förslaget eftersom de anser att det riskerar att försvåra dynamisk och naturlig utveckling av hela hälso- och sjukvården. Kalmar läns landsting avvisar förslaget med hänvisning till att de anser att det ska vara de folkvalda representanterna i respektive landstingfullmäktige som ska utveckla primärvården. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, avvisar förslaget då de anser att det innebär detaljstyrning och ett starkt ingrepp i den kommunala självstyrelsen.

**Skälen för regeringens bedömning:** Primärvårdens uppdrag beskrivs i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) som att primärvården som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper ska svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Primärvårdens uppdrag är som framgår övergripande uttryckt i lagen (se vidare kapitel 4).

I en vårdvalsmodell i primärvården behöver det därför fastställas preciserade krav som vårdgivaren ska uppfylla, oavsett om verksamheten bedrivs i offentlig eller privat regi. Kraven bör utformas och preciseras utifrån vad som anges i HSL om verksamhet inom primärvården. Regeringens bedömning är att det finns en relativt samstämmig uppfattning om vad som är primärvårdens övergripande uppgift.

Flera remissinstanser har påpekat att landstingen är de som bäst kan bedöma vilka krav som bör ställas utifrån regionala och lokala förhållanden. Remissinstanserna anser även att denna uppgift på ett naturligt sätt faller inom ramen för det kommunala självbestämmandet.

Regeringen kan konstatera att den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt. Ansvarsgränsen mellan sluten vård, öppen specialistvård och primärvård förflyttas kontinuerligt. Samtidigt bedriver sjukvårdshuvudmännen redan idag visst arbete med att utveckla primärvårdens tjänster. Regeringen avser mot den bakgrunden inte i nuläget gå vidare med utredningens förslag om att fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården.

Enligt den ansvarsfördelning som finns mellan staten och landstingen är det istället naturligt att landstingen beslutar om vilka krav som ska gälla inom vårdvalssystemet i primärvården. På så sätt kan systemen enklare anpassas mot regionala och lokala behov samt efter den pågående utvecklingen av vården.

Regeringen delar emellertid flertalet av remissinstansernas bedömning av det stora behovet av att tillse att en god och likvärdig vård tillhandahålls alla medborgare i landet, oavsett var de bor. För att främja

en sådan utveckling pågår redan ett omfattande utvecklingsarbete med metoder för att kunna jämföra och öppet redovisa primärvårdens resultat.

Mot bakgrund av det anförda, om behovet av likvärdig behandling i hela landet, anser regeringen att landstingen bör samverka för att skapa en så bred gemensam definition av primärvårdens grunduppdrag som möjligt. Regeringen kommer noggrant att följa detta arbete och aktualisera frågan i de löpande kontakterna med Sveriges kommuner och landsting.

Regeringen anser att det är viktigt att landstingen inte formulerar kraven på primärvården så att dessa knyts till en viss yrkesgrupp. Kraven bör utgå från vilka insatser primärvården ska kunna fullgöra och vilka kompetenskrav som krävs för uppgiften. Det är vidare viktigt att reglerna inte utformas så att någon yrkesgrupp hindras från att etablera sig inom primärvården.

Regeringen vill särskilt framhålla vikten av att landstingen inte ställer sådana krav som systematiskt utesluter andra aktörer än landstingets egna verksamheter. Alla de krav som ställs bör i så stor utsträckning som möjligt garantera konkurrensneutralitet mellan olika aktörer.

En förutsättning för att ett världsvalssystem ska få positiva effekter på kvalitet, brukarinflytande och kostnadseffektivitet är att brukaren ges en reell möjlighet att välja utförare. För att kunna välja krävs att brukaren ges möjlighet att göra rationella val utifrån egna behov och preferenser. Detta kräver tillgänglig och jämförbar information om valalternativen. Det bör därför ingå i landstingens ansvar att se till att medborgarna får sådan nödvändig information.

Kunskap om primärvårdens utveckling och de tjänster som erbjuds är också viktig när det gäller medborgarnas möjligheter att ställa krav på primärvården. En tydlig information om primärvårdens vägval är samtidigt viktig för de vårdgivare som ska verka inom primärvården.

Regeringen vill här framhålla att det i Sverige pågår en utveckling inom informationstekniken som syftar till att vidareutveckla och modifiera de system som finns inom hälso- och sjukvården. På sikt ska informations- och tekniska strukturer göra det möjligt för alla invånare att kunna ta del av de resultat som framkommer i undersökningar om kvalitet och resultat inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting arbetar också sedan ett antal år med att utveckla kvalitetsmått för hälso- och sjukvården för att kunna redovisa öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet.

Den nationella Sjukvårdsrådgivningen AB, som består av webbplats och telefontjänst (1177) och som de flesta landsting/regioner har anslutit sig till eller ska ansluta sig till, kommer att medföra att mer information finnas samlad och många fler tjänster kommer att finnas elektroniskt.

Det finns också kvalitetsinformation om hälso- och sjukvården i olika databaser på nationell nivå såsom hälsodataregister, kvalitetsregister, öppna jämförelser och väntetider i vården.

### *Uppföljning och uppdrag om utvärdering*

I syfte att stimulera det arbete som bedrivs med att utveckla primärvården, kommer regeringen i ett särskilt regeringsuppdrag ge



Socialstyrelsen i uppgift att i samråd med sjukvårdshuvudmännen följa införandet av vårdvalssystemen t.ex. vad avser hur huvudmännen definierar primärvård samt vilka valmöjligheter och vilken information som patienterna får.

I Socialstyrelsens verksamhetstillsyn ingår också att bevaka att vårdgivarna bedriver sin verksamhet i enlighet med gällande lagstiftning. Den nya lagstiftningen om vårdvalssystem omfattas således av denna tillsyn.

Det är också viktigt att vårdvalssystemen följs upp kontinuerligt för att se till att konkurrens sker på lika villkor och att systemen är utformade så att de verkligen stimulerar fler vårdgivare att etablera sig i primärvården.

Regeringen kommer även fortsatt att överväga behovet av att genom författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården. Om det skulle visa sig att de krav som landstingen ställer i vårdvalssystemen, motverkar etablering eller leder till allt för stora skillnader i villkoren för de vårdgivare som vill etablera verksamhet eller för patienterna som ska välja vårdgivare, avser regeringen att ta initiativ till att genom författning fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården.

## 8.5 Privata vårdgivares rätt att etablera sig

**Regeringens bedömning:** Privata vårdgivare bör ha rätt att etablera sig inom primärvården i landstinget med offentlig ersättning om de uppfyller de av landstinget beslutade kraven i vårdvalssystemet.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Flertalet av de remissinstanser som valt att kommentera denna del av utredningens förslag är positiva till att privata vårdgivare ska ha rätt att etablera sig inom primärvården med offentlig ersättning om de uppfyller kraven i vårdvalssystemet. Svaren hänger ofta ihop med synpunkter på betydelsen av att ersättningssystemets utformning.

*Socialstyrelsen* tillstyrker utredningens förslag att låta privata vårdgivare etablera sig enligt det vårdvalssystem som utredningen föreslår. Socialstyrelsen påpekar dock att erfarenheten från myndighetens tillsyn är att skillnader i vårdens medicinska kvalitet inte kan knytas till ägar- eller driftsform. Även *Karlskrona kommun* och *Östergötlands läns landsting* bifaller förslaget. *Svenskt Näringsliv* tillstyrker också förslaget och framhåller att det är genom att vårdcentralerna får konkurrera om patienterna som de positiva drivkrafterna i vårdval erhålls. *Sveriges läkarförbund* instämmer i förslaget men anser att en strävan måste vara att så småningom definiera nationella krav för att få ansluta sig till systemet. Också *Vårdförbundet* anser att privata vårdgivare ska ha rätt att etablera sig i landstinget om de uppfyller kraven i vårdvalssystemet. Förbundet anser också att de vårdgivare som deltar i vårdvalssystem öppet måste redovisa vårdens kvalitet och säkerhet. *Svensk sjuksköterskeförening*, SSF, instämmer även de i förslaget men framhåller att kvalitetsuppföljning bör vara obligatorisk för samtliga vårdgivare. *Läkemedelsindustriföreningen*, LIF, stöder utredningens förslag och

anser också att det borde vara möjligt att fritt etablera sig även i andra delar av vården än primärvården, förutsatt att man som vårdgivare lever upp till nationellt fastställda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav. Även *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, FSA, stöder förslaget och anser att en ökad mångfald av vårdgivare kan stimulera till högre kvalitet och ökad tillgänglighet inom hälso- och sjukvården. *Försäkringskassan* instämmer i utredningens förslag men framhåller att det i avtalet mellan landstinget och vårdgivaren är viktigt att det ingår en skyldighet att leverera de utlåtanden som Försäkringskassan behöver. *Barnombudsmannen*, BO, anser att det är angeläget att god och likvärdig kvalitet tillförsäkras barn och unga i de tjänster som erbjuds barn inom hälso- och sjukvården oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig. *Gävleborgs läns landsting* tror att det trots rätten för privata vårdgivare att etablera sig kommer att finnas stor risk att landstinget kommer ha skyldighet att etablera sig på affärsmässigt olönsamma orter. *Praktikertjänst* instämmer i utredningens förslag och anser att rätten att fritt etablera sig måste vara förenlig med de grundkrav som ställs upp oberoende av dessa är nationella eller regionala. *Luleå kommun* anser att det bör finnas en tydlighet och ett krav på att de vårdgivare som etablerar sig har behörighet till gemensamt journalsystem. *Sveriges Kommuner och Landsting*, SKL, anser att frågorna kring fri etablering är alltför vagt beskrivna i utredningen och att förslaget förefaller innehålla en geografisk begränsning till det egna landstinget, och det är oklart om det betyder att landstingen ska upphandla de vårdgivare som ligger utanför landstinget eller om landstingen kan skriva kontrakt med dem enligt LOV. *Stiftelsen Den Nya Valfärden* anser att kraven ska gälla alla vårdgivare, även offentliga, och att det i sin tur leder till att godkännande av vårdgivare inte, som utredningen anser, kan betraktas som en upphandling. Stiftelsen avstyrker följaktligen förslaget att godkännande av vårdgivare ska ses som en upphandling som är underkastad civilrättsliga regler. *Kalmar läns lansting* vänder sig mot utredningens uppfattning att fler privata utförare är ett självändamål. Landstinget anger att de är för medborgarnas rätt att välja, men att det avvisar att medborgaren ska tvingas bli kund på en marknad för att få del av sjukvården. *Pensionärernas Riksorganisation*, PRO, avvisar utredningens förslag eftersom de anser att fri etablering leder till stark koncentration av etablering, inte till områden med vårdbehov utan till områden med ekonomisk och social status.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen anser att en mångfald av vårdgivare inom den offentligt finansierade vården kan stimulera utvecklingen av nytänkande och kostnadseffektiva lösningar samt bidra till förbättrad tillgänglighet. Valfrihet stärker också patientens ställning gentemot vården genom att patienten får ökat inflytande över var han eller hon vill söka vård och genom att pengarna följer patienten.

Genom att landstingen är skyldiga att införa vårdvalssystem och tillämpa LOV kan vårdgivare etablera sig fritt inom den offentligt finansierade primärvården förutsatt att de av landstinget uppställda kraven är uppfyllda. Genom att de som vill etablera sig inom primärvården måste uppfylla de av landstinget beslutade kraven inom valfrihetssystemet, garanteras att verksamheten håller en god kvalitet och är anpassad till befolkningens behov.

En del remissinstanser anser att fri etablering enligt en obligatorisk vårdvalsmodell kan leda till att landstingen förlorar möjligheten att styra vården så att den finns tillgänglig inom alla geografiska delar av landstinget. Några remissinstanser uttrycker också farhågor om att etableringen skulle kunna bli snedfördelad utifrån socioekonomiska förhållanden och vårdtyngd. Regeringen vill i detta sammanhang klargöra att landstingen har stora möjligheter att utforma vårdvalssystem efter lokala förutsättningar. Genom att landstingen kan besluta om krav för primärvården, kan landstingen påverka etableringen inom primärvården så att befolkningens behov tillgodoses. Landstingen har också som framgår i avsnitt 8.7, frihet att utforma ersättningssystemen och kan därmed motverka en eventuell snedfördelning av etablering genom att justera ersättningsnivåer inom olika områden i landstinget.

### *Informations- och utvecklingsfrågor*

För att det ska uppstå konkurrens som patienterna har nytta av och som leder till att primärvården utvecklas, krävs att det finns ett antal olika aktörer med profilerade tjänsteutbud och att patienterna är informerade exempelvis om den kvalitet som vårdgivarna erbjuder.

Med en situation som i framtiden innebär att fler aktörer än i dag har andra ägare än landstinget, så måste en diskussion följa kring hur de relationer mellan staten och landstingen, som idag upprätthålls av Sveriges Kommuner och Landsting, ska organiseras. För arbeten med öppna redovisningar, kvalitetsregister och vissa andra uppföljningsfrågor gäller det att skapa förhållanden som av privata vårdgivare inte uppfattas som uteslutande eller misstänks ha former som missgynnar dem. Samtidigt gäller det att finna former så att alla privata vårdgivare som verkar inom vårdvalssystemet, deltar i nationella och lokala utvecklingsarbeten. Det är också viktigt att det råder lika villkor för alla vårdgivares skyldigheter att lämna uppgifter kring verksamheten.

### *Forskning och utveckling*

Alla vårdgivare som verkar med offentlig finansiering ska ha lika villkor. Det gäller även i de fall som landstinget engagerar primärvårdsenheter i forsknings- och utvecklingsuppgifter eller exempelvis i grund- och vidareutbildningar för vårdpersonal. Sådana uppgifter förutsätts tillkomma genom dialog och ersättas på lika villkor oavsett om vårdgivaren är privat eller ingår i landstingets organisation.

## 8.6 Patienternas valmöjligheter

|  |
|--|
| <b>Regeringens förslag:</b> Kravet i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin ska tas bort. |
|--|

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** En stor majoritet av remissinstanserna instämmer i utredningens förslag att kravet i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL) om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin, ska tas bort. Remissinstanserna anser att detta avsevärt kommer att förbättra landstingens möjligheter att leva upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagen om att erbjuda en fast läkarkontakt till alla som så önskar. Några remissinstanser anser att det även ska gå att välja andra professioner än läkare som fast vårdkontakt. Ytterligare några remissinstanser vill framhålla vikten av att på olika sätt säkra att den fasta läkarkontakten har fullgod kompetens. Några remissinstanser befarar att förslaget kan leda till ökad remitteringsfrekvens mellan olika specialister.

*Socialstyrelsen* tillstyrker utredningens förslag och ser det som rimligt att t.ex. människor med kroniska sjukdomar har andra specialistläkare än en allmänläkare som fast läkarkontakt. Socialstyrelsen anser dock att en allmänläkare bör ses som det naturliga valet av fast läkarkontakt inom primärvården för de flesta patienter. *Statens beredning för medicinsk utvärdering*, SBU, delar också uppfattningen att även andra specialister än allmänläkare kan utgöra den fasta läkarkontakten och att detta gynnar patientens valfrihet. SBU menar att en sådan förändring sannolikt också ökar möjligheterna till klinisk forskning. Även *Barnombudsmannen*, BO, stöder förslaget och anser att för barn och unga ska den fasta läkarkontakten i första hand vara pediatriker. *Östersunds kommun* stöder också utredningens förslag men är tveksam till om det blir lättare att rekrytera andra läkarspecialister om man tar bort kravet på allmänläkarkompetens. *Stockholms läns landsting*, SLL, anser att bristen på allmänläkare gör att detta förslag inte längre är kontroversiellt. SLL framhåller också att det inom landstinget redan idag finns möjlighet för patienterna att välja en allmänläkare, geriatriker eller barnläkare som sin fasta vårdkontakt. Även *Uppsala läns*, *Västmanlands läns*, *Jönköpings läns*, *Östergötlands läns*, *Gävleborgs läns*, *Skåne läns*, *Västra Götalands läns*, *Dalarnas läns* samt *Örebro läns landsting* ställer sig bakom förslaget men framhåller att specialister i allmänmedicin är fortsatt mycket viktiga inom primärvården. *Sveriges Kommuner och Landsting*, SKL, *Kalmar läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* stöder också förslaget och anser att det ligger i linje med deras uppfattning att staten inte ska detaljreglera hur landstingen organiserar primärvården. *Handikappförbundens samarbetsorgan*, HSO, *Reumatikerförbundet*, *Pensionärernas Riksorganisation*, PRO, *Sveriges Pensionärsförbund*, SPF, *Svensk Näringsliv*, *Sveriges Läkarförbund*, *Sveriges Psykologförbund*, *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund*, *Svenska barnmorskeförbundet* och *Vårdförbundet* stöder också utredningens förslag. *Vårdförbundet* och *Svenska barnmorskeförbundet* anser dock att skrivningen i lagen bör ändras till fast vårdkontakt istället för läkarkontakt. Även *Läkemedelsindustriföreningen*, LIF, anser att det bör vara möjligt att kunna välja andra professioner än läkare som fast vårdkontakt.

T.ex. *Västernorrlands läns landsting* anser att det bör framgå att läkare ska inneha specialistkompetens inom annat område för att få lista patienter om kravet på specialistkompetens i allmänmedicin tas bort. *Försäkringskassan* påpekar att om kravet på specialist i allmänmedicin

försvinner så är det av betydelse att den som är fast läkarkontakt har goda kunskaper i försäkringsmedicin. *Luleå kommun* framhåller att för de flesta äldre och svårt sjuka med ett flertal vårdkontakter är kontinuitet, närhet till vård och trygghet det i första hand prioriterade och att rätt läkarkompetens ska föreslås utifrån patientens vårdbehov och diagnos. *Västerbottens läns landsting* och *Svenska läkaresällskapet* uttrycker viss oro för att förslaget kan leda till ökad remitteringsfrekvens och föreslår att andra specialister än allmänmedicinare ska ha en individuellt utformad plan där de under handledning införskaffar specialistkompetens i allmänmedicin inom en viss given tidsram. *Svensk förening för allmänmedicin*, SFAM, anser att förslaget är ogenomtänkt samt delar oron för ökad remitteringsfrekvens och avvisar därför förslaget. *Göteborgs kommun* anger att äldre och funktionshindrade personer som får hälso- och sjukvård inom kommunen ofta har stort behov av specialiserad hälso- och sjukvård. Kommunen anser därför att det ska finnas krav på att den fasta läkarkontakt som inte är specialist i allmänmedicin är specialist i någon annan klinisk disciplin. *Malmö kommun* anser att det i stället ska framgå på vilket sätt landstinget ska tillgodose patientens rätt att hos vårdgivaren få konsultera en specialist i allmänmedicin. *Värmlands läns landsting* framhåller att de i yttrande över Ansvarskommitténs betänkande ”Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft” (SOU 2007:10) avstyrkte förslaget om att medborgarna ska kunna välja andra läkare än läkare med specialistkompetens och står fast vid denna uppfattning. *Sveriges Pensionärers Riksförbund*, SPRF, avvisar förslaget med hänvisning till att de anser att det innebär en neddragning av läkarkompetensen inom primärvården.

**Skälen för regeringens förslag:** Det grundläggande syftet med att införa ett vårdvalssystem i primärvården är att stärka patienternas valmöjligheter. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienten. Ett vårdvalssystem med fri etablering ökar dessutom möjligheten för fler vårdgivare att etablera sig.

Genom att vårdgivaren finansieras genom patientens val är det av avgörande betydelse för vårdgivarna hur patienterna väljer. I ett vårdvalssystem tar enskilda vårdgivare således en ekonomisk risk om de inte väljs av ett tillräckligt antal patienter.

Rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården finns redan i dag i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763; HSL). Enligt lagen ska läkaren vara specialist i allmänmedicin. Regeln har sitt ursprung i lagen (1993:588) om husläkare. Då lagen upphävdes den 1 januari 1996 (prop. 1994/95:195, bet. 1994/95:SoU24, rskr. 1994/95:383) överfördes rätten att välja en fast läkarkontakt i primärvården till 5 § HSL.

Syftet med kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten i vården för den enskilde patienten. I praktiken har regeln emellertid inte tillämpats på det sätt som avsetts. Andelen av befolkningen som uppger att de har en fast läkarkontakt har legat på drygt 50 procent åren 2005–2007, enligt den nationella befolkningsundersökningen Vårdbarometern. De faktiska möjligheterna att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt genom en specialist inom allmänmedicin förefaller heller

inte realistiska. En förklaring till detta är att antalet specialister i allmänmedicin är för få.

Med nämnda brister riskerar den nuvarande formuleringen i HSL enbart att skada primärvårdens trovärdighet. Den nuvarande regleringen kan också komma att begränsa utvecklingen av vårdvalssystem.

Regeringen instämmer mot bakgrund av detta i utredningens bedömning att kravet i HSL om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin bör tas bort. Genom att ta bort kravet skapas möjligheter även för andra kategorier av specialister att fungera som fast läkarkontakt. Därmed förbättras landstingens förutsättningar att leva upp till kraven i hälso- och sjukvårdslagen. Det är heller inte önskvärt att ha kvar en över tio år gammal bestämmelse som på flertalet håll i landet inte fungerar eller tillämpas.

Förslaget innebär inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskar eller omvärderas. Allmänläkar-specialisten kommer även framöver att vara en central resurs och en nödvändig kompetens i primärvården.

Bestämmelsen om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin kan som nämnts verka hämmande på utvecklingen av vårdvalssystem. Regeln kan innebära ett hinder i konkurrensen mellan vårdgivare då patienterna är hänvisade till en viss specialitet för fast vårdkontakt. Det ligger också i patientens intresse att kunna välja en specialist som fast vårdkontakt inom det område där patienten oftast söker vård.

Alla landsting ska enligt regeringens förslag ha infört vårdvalssystem i primärvården till utgången av år 2009. För att inte hindra utvecklingen av vårdvalssystem är det viktigt att kravet i HSL tas bort så snart som möjligt.

I uppdraget för utredningen Patientens rätt (S 2007:07) ingår att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Regeringen har därför för avsikt att återkomma med förslag om detta.

## 8.7 Vårdvalssystemets utformning

**Regeringens förslag:** Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättning till vårdgivare som verkar inom ett vårdvalssystem i primärvården ska följa den enskildes val av utförare.

**Utredningens förslag:** Utredningens förslag innebar att ersättningen ska följa den enskildes val av utförare och utgå enligt de grunder landstinget bestämmer. Utredningen föreslog inte att principen om likabehandling av utförare skulle lagfästas.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som lämnat synpunkter på denna del av förslaget instämmer i stort i utredningens förslag med hänvisning till att utformningen av ersättningssystemen är en del av det kommunala självstyret och ett verktyg för landstingen att anpassa primärvården efter regionala och lokala förhållanden. Flera instanser framhåller dock vikten av att ersättningssystemet utformas på ett sådant

sätt att det tar hänsyn till rådande sociala och demografiska skillnader inom landstinget. Utan sådana hänsyn riskerar vissa områden med större vårdtyngd att bli utan nyetableringar. Vissa instanser framhåller samtidigt behovet av nationella riktlinjer.

*Socialstyrelsen* vill framhålla att det är angeläget att hälso- och sjukvårdens styr- och ledningssystem samt ersättningssystem utvecklas så att de möjliggör och ger incitament för vårdens kvalitet och resultat, samt att de omfattar ett sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbetssätt. Systemen bör byggas upp så att de stimulerar vårdenheterna att uppnå resultat i form av hälsoeffekter av olika insatser snarare än i form av vårdprestationer. Också *Barnombudsmannen* delar utredningens uppfattning att privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika men saknar ett klagörande av hur avgifterna för olika patienter och patientgrupper kommer att se ut i det nya systemet. *Konkurrensverket* delar utredningens bedömning att ersättningen bör kunna differentieras inom ett landsting, exempelvis för att stimulera etablering även inom områden med ett litet befolkningsunderlag. Även *Verket för näringslivsutveckling*, Nutek, välkomnar att utredningen pekar på att det kan finnas anledning att betala högre ersättning i glest bebyggda områden. *Karlskrona kommun* instämmer i utredningens förslag att pengarna ska följa patientens val och att privata och offentliga vårdgivare ska behandlas lika. *Malmö kommun* anser att det är angeläget att det nationellt ges anvisningar kring ersättningssystemets utformning så att ålders- och eller socioekonomiska faktorer beaktas. *Östersunds kommun* anser att landstinget i viss utsträckning själv bör få besluta om ersättningssystemets utformning men att vissa generella riktlinjer gällande ersättningssystem måste anges nationellt. *Stockholms, Östergötlands och Västra Götalands läns landsting* stöder förslaget att grunderna i ersättningssystemet innebär att pengarna följer patientens val samt att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. *Uppsala läns landsting* anser att det är centralt att landstingen ges tillräckliga möjligheter att styra ersättningssystemet för att hålla kostnadskontroll samt konkurrensneutralitet mellan egen och extern regi. *Dalarnas läns landsting* anser att det är naturligt att landstinget självt avgör såväl form på ersättningssystem som ersättningsnivåer men att systemet kommer att vara kostnadsdrivande. *Gävleborgs läns landsting* anser att såväl vårdtyngd som socioekonomiska faktorer måste vägas in i ersättningsmodellen. *Västmanlands läns landsting* instämmer i att grunden i systemet ska vara att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. För att locka till etablering vill dock landstinget betona vikten av att kunna ge högre ersättning för områden som kräver särskilda insatser. *Pensionärernas Riksorganisation*, PRO, stöder utredarens förslag men anser att ersättning till vårdgivarna helt eller till största del bör ges i form av fasta ersättningar viktade efter ålder och vårdtyngd. *Svenska Läkaresällskapet* stödjer systemet med vårdpeng men anser att utredningen kunnat gå längre syftande till en nationell harmonisering. *Sveriges Läkareförbund* anser att en konsekvensbeskrivning av olika ersättningsmodellens inverkan borde ha gjorts samt att utredare borde ha lyft fram de små aktörernas betydelse och möjligheter. *Läkemedelsindustriföreningen*, LIF, anser att utredningens förslag bör kompletteras på så sätt att hela ersättningen inte bör följa patienterna utan att en del av

ersättningen istället bör vara kopplad till medicinska behandlingsresultat samt att det är viktigt att ersättningsmodellerna tar hänsyn till värde tyngd. *Svenska barnmorskeförbundet* anser å sin sida att kapitering ska stå för den absoluta merparten av ersättningen samt att det är viktigt att ersättningsnivåerna inte skiljer beroende på vilken personalkategori som träffar patienten. *Sveriges Psykologförbund* anger att de gärna skulle gärna se en nationellt fastlagd viktning av ersättningen utifrån bl.a. socioekonomiska faktorer samt en större del av kapiteringsersättning. *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, FSA, delar utredningens bedömning att pengarna ska följa patientens val. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att förslaget om ersättning som följer patientens val av vårdgivare minskar risken för kostnadsövertäckning, men att risken finns att ”gatekeeperfunktionen” blir för kraftfull. Förbundets bedömning är också att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet behöver stimuleras med en särskild ersättningsform. *Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte*, Famna, anger att de delar utredningens syn och att deras erfarenhet är att landstingens roll som både beställare och utförare är problematisk inte minst med hänsyn till ekonomisk jämförbarhet. *Svenska Kommunalpensionärernas Förbund*, SKPF, anser att för att ett fritt vårdval ska kunna fungera tillfredsställande krävs att ersättningssystemet utformas så att ingen del av befolkningen i området diskrimineras på något sätt. *Stiftelsen Den Nya Valfärden* anger att de finner det självklart att staten ska fastställa enhetliga ersättningsregler för hela landet för att sjukvårdens mål ska uppnås samt att det är viktigt att olika intressen i samhället inte får möjlighet att med ersättningsreglerna som vapen sabotera valfrihetsreformen. *Svensk förening för allmänmedicin*, SFAM, anser att ersättningssystemens utformning har en avgörande betydelse för hur systemet kommer att fungera och att en konsekvensbeskrivning av olika ersättningsmodellers inverkan på primärvårdsverksamheten borde gjorts. *Astma- och allergiförbundet* anger att de ser en fara i att vårdcentralerna kommer att prioritera de patienter som har korta och enkla besök, eftersom vårdcentralen ersätts per besök.

**Skälen för regeringens förslag:** Grundförutsättningen i ett vårdvalssystem är att den offentliga ersättningen ges till den vårdgivare som patienten väljer. Ersättningen kan utformas på olika sätt. Som framgår av kapitel 5 har de landsting som infört vårdvalssystem också konstruerat ersättningen på olika vis. Varierande lokala förhållanden och olika ekonomiska konstruktioner ligger bakom skillnader mellan landstinget när det gäller ersättningssystemens form.

I en regional vårdvalsmodell är det enligt regeringens bedömning naturligt att landstinget också i fortsättningen, inom ramen för det kommunala självbestämmandet, beslutar om ersättningssystemets utformning så att detta anpassas efter regionala och lokala behov.

En viktig grundprincip är att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika ur ersättningssynpunkt och att man eftersträvar konkurrensneutralitet. Det behöver inte innebära ett enhetligt ersättningssystem i hela landstingsområdet. Det kan t.ex. finnas skäl att betala högre ersättning i glest bebyggda delar av landstinget för att stimulera till etableringar just i dessa områden. Det är i detta avseende viktigt att systemet för ersättning är transparent och förutsägbart för företagen. Det



är också av central betydelse att ersättningen ger likvärdiga förutsättningar oavsett driftsform. Även när det gäller de krav som landstinget ställer upp för att utförare ska kunna ingå i vårdvalssystemet är det angeläget att offentliga och privata utförare behandlas lika. Såsom påpekats under avsnitt 8.4 bör de krav som ställs i så stor utsträckning som möjligt garantera konkurrensneutralitet mellan olika aktörer. För att i största möjliga mån motverka särbehandling bör en bestämmelse införas i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat.

Vid utformning av ersättningssystem är det även angeläget att landstinget tar hänsyn till om vårdgivaren har en stor andel vårdkrävande, äldre patienter och om vårdgivaren ansvarar för hemsjukvård.

## 8.8 Uppföljning och utvärdering av konkurrensen på marknaden, prövningsmöjligheter m.m.

**Regeringens bedömning:** Vårdvalssystemens effekter på konkurrensen bör noga följas upp och utvärderas. Konkurrensverket bör bli den myndighet som svarar för denna uppföljning och utvärdering.

Landstingets beslut att inrätta ett vårdvalssystem kan överklagas enligt bestämmelserna i 10 kap. kommunallagen (1991:900). När vårdvalssystemet föreligger blir som regel bestämmelserna om rättsmedel i 10 kap. lagen (2008:00) om valfrihetssystem tillämpliga.

**Utredningens bedömning:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** I stort sett alla remissinstanser som valt att kommentera denna del av utredningen instämmer i att konkurrens ska ske på lika villkor mellan privata och offentligt drivna vårdinrättningar. De remissinstanser som kommenterar förslaget om tillsynsmyndighet instämmer i att Konkurrensverket bör ges denna uppgift. Många instanser framhåller även andra förutsättningar för att konkurrensen ska fungera inom ett vårdvalssystem, t.ex. tillgång till adekvat information om de alternativ som det finns att välja mellan samt om kvalitet och tillgänglighet hos olika vårdinrättningar.

*Konkurrensverket* anser att det är angeläget att vårdvalssystemen följs upp från konkurrenssynpunkt och verket har inte något att invända mot att få ett sådant uppdrag. Uppdragets omfattning och inriktning bör dock närmare preciseras. Konkurrensverket anser även att det vore ändamålsenligt att kombinera uppdraget med ett tillsynsansvar över den föreslagna lagen om valfrihetssystem. *Ekonomistyrningsverket*, *ESV*, *Värmlands* och *Västmanlands läns landsting*, *Karlskrona kommun*, *Svensk Näringsliv* och *Pensionärernas Riksorganisation*, *PRO*, instämmer också i att konkurrens bör ske på lika villkor och att Konkurrensverket bör bli den myndighet som svarar för uppföljning och utvärdering. *Västmanlands läns landsting* anser samtidigt att det är

viktigt att villkor om tillåtelse till etablering kan prövas i rättslig instans. *Svenska Läkarförbundet* anser att det är viktigt att kvalitet belönas och att inte redan etablerade landstingsdrivna enheter gynnas. Förbundet välkomnar också förslaget att Konkurrensverket ska bli tillsynsmyndighet. *Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund* anser att uppdraget till Konkurrensverket måste göras tydligare samt att tillsynen riskerar att bli tandlös utan sanktionsmöjligheter. Även *Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte*, Famna, delar utredningens förslag om tillsynsmyndighet. Famna anser också att Konkurrensverkets uppdrag bör utökas till att även följa och granska hur konkurrensneutraliteten upprätthålls mellan olika privata aktörer, som non-profit, kooperativa och kommersiella företag.

*Verket för Näringslivsutveckling*, NUTEK, instämmer i att offentliga och privata vårdgivare ska behandlas lika men påpekar samtidigt att landsting och kommuner alltid har ett ansvar för att invånarna ges den vård och omsorg de har rätt till, medan privata leverantörer kan välja att avstå från att åta sig något ansvar. Privata leverantörer kan också erbjuda sina tjänster till flera köpare, medan kommuner och landsting i princip endast får bedriva verksamhet för den egna kommunens invånare. *Akademikerförbundet*, SSR, menar att kravet på konkurrensneutralitet också måste gälla kraven på sekretess, miljömål, samarbete med kommuner och Försäkringskassan, krav på tillgång till rehabilitering och förebyggande verksamhet.

Både *Barnombudsmannen*, BO, och *Handikappombudsmannen*, HO, instämmer i utredningens förslag när det gäller vikten av information för att patienterna ska kunna göra välgrundade val. BO framhåller att för att barn och unga ska ha reella valmöjligheter krävs att information tas fram som är anpassad både för föräldrar och barn. HO framhåller att det måste vara lätt att hitta och ta del av information om olika vårdgivares kvalitet, inriktning och behandlingsresultat samt att informationen bör ges på ett språk som är klart, enkelt och begripligt. *Statens beredning för medicinsk utvärdering*, SBU, anser att samhället som finansierar verksamheten med offentliga medel måste ha rätt att ställa motkrav som visar att vårdgivarna levererar den kvalitet som patienterna har rätt till. Också *Statskontoret* anger att de delar utredningens uppfattning att landstingen har ett stort ansvar för att ta fram och presentera den information som patienterna behöver för att kunna göra aktiva val. Även *Värmlands läns landsting* och *Östersunds kommun* framhåller att det är av största vikt att arbetet med hur den enskilde patienten ska kunna få och finna information kommer igång så snart som möjligt samt att regler bör tillskapas så att även privata vårdgivare ska vara skyldiga att lämna uppgifter om kvalitet och tillgänglighet m.m. för att få del av den offentliga ersättningen.

**Skälen för regeringens bedömning:** En mångfald av vårdgivare är en förutsättning för de vårdvalssystem som regeringen föreslår och för att patienternas valmöjligheter ska öka. För att vårdgivare ska kunna konkurrera på likvärdiga villkor med den verksamhet som drivs i landstingsregi samt med andra privata vårdgivare inom vårdvalssystemet är det viktigt att etableringsvillkoren för att etablera sig inom primärvården är så likvärdiga som möjligt för alla aktörer. Om det inte skapas förutsättningar för en konkurrens på lika villkor finns det risk för

att framför allt små vårdgivare slås ut från marknaden eller avstår från att etablera sig. System med fri etableringsrätt bör därför utformas så att konkurrens sker på likvärdiga villkor för all offentligt finansierad primärvård.

Regeringens förslag om vårdvalssystem inom primärvården leder till att landstingen dels har rollen som finansiär och beställare av vårdtjänster, dels rollen som producent eller utförare av tjänsterna i konkurrens med externa aktörer. Samtidigt domineras produktionsformerna inom dagens primärvård av den verksamhet som landstingen bedriver i egen regi. Dagens situation innebär att många landsting saknar erfarenhet av att organisera de institutionella förhållandena på ett sådant sätt och i sådana former att konkurrensneutralitet är prioriterad.

Konkurrensverket har vid flera tillfällen (se t.ex. rapporten Öka konsumentnyttan inom vård och omsorg, KKV 2007:3 ) påpekat riskerna att landstingen gynnar sina egna utförarenheter, exempelvis genom att subventionera dessa på olika sätt utöver den förutbestämda ersättningen för utförda prestationer. Av detta kan följa en snedvriden konkurrens mellan aktörerna vilken i sin tur kan minska förutsättningarna för en effektiv resursanvändning och kvalitetsutveckling till nackdel för vårdtagare, konsumenter och vårdgivare, liksom för det allmänna.

Erfarenheterna visar att det med stöd av gällande konkurrens-lagstiftning är svårt att komma till rätta med den här formen av konkurrensnedvridning. (För utförligare diskussion om detta hänvisas till betänkanterna Konkurrens i balans (SOU 1995:105) och Konkurrens på lika villkor mellan offentlig och privat sektor (SOU 2000:117 samt Ds 2001:17).)

### *Uppföljning och utvärdering av konkurrensen på marknaden*

Regeringen delar mot bakgrund av det ovan anförda utredningens åsikt att det är angeläget att den föreslagna vårdvalsreformen följs upp och utvärderas ur konkurrenssynpunkt. En sådan uppföljning underlättar en snabbare observans av eventuella oönskade effekter och möjliggör korrigerande genom nya eller ändrade regler. Regeringen anser att Konkurrensverket är den myndighet som är bäst lämpad att genomföra denna uppföljning och utvärdering. Regeringen har för avsikt att återkomma om den närmare utformningen och omfattningen av uppdraget till Konkurrensverket i ett särskilt regeringsbeslut under år 2009.

Om uppföljningen och utvärderingen skulle visa att de krav som landstingen beslutar om i vårdvalssystemen, innebär en snedvridning av konkurrensen, försvårar för vårdgivare att etablera sig inom primärvården eller för patienterna att fritt välja vårdgivare, anser regeringen att det kan övervägas att fastställa ett nationellt grunduppdrag för primärvården.(Se vidare avsnitt 8.4).

Konkurrensverket har också getts i uppdrag (S2008/7698/ST) att ta fram ett informationsmaterial om lagen om valfrihetssystem. I uppdraget ingår att aktivt sprida information och ge generell vägledning om tillämpningen av den nya lagen.

## *Redovisning av landstingen*

För landstingen kan vissa myndighetsuppgifter eller motsvarande skyldigheter enligt särskild reglering tillkomma, som inte kan vidaredelegeras till andra vårdgivare. För dessa uppgifter utgår i dag oftast ingen särskild ersättning, utan de förutsätts ingå i det generella bidrag som landstinget tilldelar sina enheter. Det är lämpligt att landstingen beräknar dessa kostnader särskilt och redovisar dem på ett sådant sätt att de kan granskas av utomstående.

Regeringen delar utredningens bedömning att detta i huvudsak kan ske utan större svårigheter för landstingen, även om det kan behövas ett visst utrednings- och förberedelsearbete. Ett tydliggörande av sådana kostnader är inte till nackdel för landstingen, utan kan snarare motivera varför viss landstingsverksamhet behöver omgärdas av särskilda villkor och ersättningar.

Ett tydligt sätt att särskilja en viss verksamhets kostnader och intäkter och därmed undvika misstankar om konkurrensnedvridning till följd av att ekonomiska medel förs från en verksamhet till en annan är att organisera verksamheten i ett separat bolag eller att särredovisa kostnaderna för den verksamhet som bedrivs i konkurrens med privata aktörer från övrig offentligfinansierad verksamhet.

När det gäller särredovisning av verksamhet inom det offentliga området vill regeringen erinra om de principer för att beräkna kostnader och intäkter som finns upptagna i Gemenskapens rambestämmelser för statligt stöd i form av ersättning för offentliga tjänster (2005/C 297/04), i EG-kommissionens beslut av den 28 november 2005 om tillämpningen av artikel 86.2 i EG-fördraget på statligt stöd i form av ersättning för offentliga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (2005/842/EG) och i lagen (2005:590) om insyn i vissa finansiella förbindelser m.m. Principerna bör kunna vara vägledande även i de fall de angivna tröskelvärdena inte uppnås.

## *Villkor, ersättningar och möjligheten till prövning*

Förslaget till etablering genom en regional modell innebär att villkor och ersättningar huvudsakligen bestäms av landstingen. För aktörer som vill etablera sig kommer det att innebära att det delvis kommer att råda olika villkor i olika landsting, beroende på att landstingen behöver anpassa kraven till regionala och lokala förhållanden. Detta behöver inte vara en nackdel ur ett mångfaldsperspektiv.

För att undvika att regler kommer att vara konkurrensförstärkande är det nödvändigt att vårdgivare som vill etablera sig har möjlighet att få villkoren prövade i rättslig instans.

Enligt 3 kap. 9 § kommunallagen (1991:900) beslutar fullmäktige i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget, exempelvis om budget och andra viktiga ekonomiska frågor. Ersättningsnivåer i ett vårdvalssystem är en ekonomisk fråga av sådan betydelse att det får förutsättas vara en fråga som fullmäktige har att besluta om. Landstingets beslut att inrätta ett vårdvalssystem, i vilket även grunderna för ersättning och kraven för att ingå i vårdvalssystemet

fastställs, kan överklagas hos allmän förvaltningsdomstol enligt bestämmelserna om laglighetsprövning i 10 kap. kommunallagen (1991:900). Klagorätt har varje medlem av landstinget, dvs. de som är folkbokförda, äger fast egendom eller är taxerade till kommunalskatt i kommun inom landstinget. Om den som är missnöjd med landstingets beslut inte är medlem i landstinget kan någon som är medlem överklaga i dennes ställe eftersom det inte krävs att den som överklagar är personligen berörd av beslutet. Laglighetsprövningen kan exempelvis avse huruvida landstingets beslut strider mot den föreslagna bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) om att landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika (se avsnitt 8.7). Kommunallagens likställighetsprincip är bara tillämplig när kommunen träder i förbindelse med sina medlemmar i denna deras egenskap.

Av 10 kap. 4 § lagen (2008:000) om valfrihetssystem (LOV) följer att ett beslut som LOV är tillämplig på inte får överklagas med stöd av 10 kap. kommunallagen. När nödvändiga beslut redan är fattade i fullmäktige och de nämnder som eventuellt berörs och således vårdvalssystemet föreligger blir därför som regel i stället bestämmelserna om rättsmedel i 10 kap. LOV tillämpliga. En vårdgivare som gör gällande att landstinget brutit mot en bestämmelse i LOV, t.ex. genom att ett eller flera krav i förfrågningsunderlaget inte uppfyller de grundläggande principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet, får ansöka om rättelse hos allmän förvaltningsdomstol. Det kan exempelvis anses strida mot proportionalitetsprincipen att landstinget ställer större krav för att vårdgivare ska kunna ingå i ett vårdvalssystem än som behövs och kan anses vara ändamålsenligt eller erbjuder vårdgivare alltför låg ersättning. Proportionalitetsprincipen gäller inte i förhållande till landstingets egna verksamheter men i förhållande till externa utförare. En privat vårdgivare kan därmed hävda att det föreligger ett brott mot proportionalitetsprincipen och som bevis härför åberopa de ekonomiska villkor som landstingets egna verksamheter arbetar under.

Vidare kan ett brott mot principerna om likabehandling eller icke-diskriminering anses föreligga om ett landsting t.ex. ställer upp olika krav för deltagande i vårdvalssystemet eller olika villkor för ersättning för externa utförare jämfört med egenregiverksamheten.

Regionalt utformade ersättningssystem innehåller såväl möjligheter som svårigheter. Utvecklingen av ersättningssystemen måste omgärdas med en aktiv uppföljning, också från ett perspektiv av att upprätthålla konkurrensneutralitet. Ersättningssystemens utformning har även stor betydelse för vilka vårdgivare som kan tänkas ha intresse för etablering inom primärvården. En utformning som utsätter aktörer för stora ekonomiska osäkerheter utesluter med stor sannolikhet mindre aktörer, med små möjligheter att ta ekonomiska risker över tid.

### *Mervärdesskattefrågan*

I och med Sveriges inträde i EU infördes en särskild kompensationsordning som sedan 2006 regleras i lagen (2005:807) om ersättning

för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting. Kommuner och landsting har efter ansökan till Skatteverket rätt till ersättning för ingående skatt som inte får dras av enligt mervärdesskattelagen (1994:200), eller för vilken de inte har rätt till återbetalning enligt mervärdesskattelagen.

Privata aktörer som är verksamma inom de ej mervärdesskattepliktiga områdena vård, omsorg och skola (utbildning) påförs kostnader för mervärdesskatt som gäller deras inköp av varor och tjänster. För att åstadkomma konkurrensneutralitet vid valet mellan att bedriva verksamhet i egen regi eller genom en extern utförare har kommuner och landsting sedan 1991 rätt till ersättning för de ökade kostnader som till följd av bestämmelserna om mervärdesskatt uppkommer vid upphandling av verksamhet inom de nämnda områdena. Rätt till ersättning har kommunen och landstinget även när de lämnar bidrag till näringsidkare för dennes verksamhet inom nämnda områden.

I betänkandet Kommunkontosystemet och rättvisa - momsen, kommunerna och konkurrensen (SOU 1999:133) redovisades bl.a. en utvärdering av konkurrensneutralitetsaspekter. Utredaren konstaterade vissa tillämpningsproblem, men pekade samtidigt på att EG-rätten utgör ett hinder för ändringar av de svenska mervärdesskattebestämmelserna. I betänkandet LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem (SOU 2008:15) gjorde utredaren bedömningen att begreppet upphandling och bidragsgivning i lagen (2005:807) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting, samt i förordningen (2005:811) om ersättning för viss mervärdesskatt för kommuner och landsting, även omfattar anskaffning enligt förslaget till lag om valfrihetssystem, varför någon författningsändring inte behöver föreslås.

Med hänsyn härtill är det angeläget, utifrån vikten av att det råder konkurrensneutralitet mellan landstingets vårdenheter och privata utförare inom ramen för vårdvalssystemet, att landstingen beaktar de skilda momsreglerna för aktörerna vid beräkning av ersättningen till sistnämnda utförare för utförd vård. Det kan framhållas att detta redan görs av vissa landsting vid tillämpning av valfrihetssystem inom primärvården.

## 9 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

**Regeringens förslag:** Förslaget att ta bort kravet på att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin ska träda i kraft den 1 april 2009. Övriga lagändringar ska träda i kraft den 1 januari 2010. Bestämmelsen om att landstinget ska tillämpa lagen om valfrihetssystem vid inrättande av vårdvalssystem gäller inte avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som har ingåtts före ikraftträdandet, så länge avtalet gäller. Ett sådant avtal får inte förlängas efter ikraftträdandet.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer delvis med regeringens förslag. Utredningen föreslog att samtliga lagändringar skulle träda i kraft den 1 januari 2009, men att landstingets skyldighet att organisera

primärvården genom vårdvalssystem inte skulle inträda fullt ut förrän vid utgången av år 2009.

**Remissinstanserna:** Några av de remissinstanser som lämnat synpunkter på denna del av förslaget bedömer att de kommer att kunna anpassa befintliga system inom föreslagen tid. Flera instanser uttrycker dock tveksamhet över den korta tiden för införande. Någon instans har synpunkter på hur befintliga avtal med ersättning enligt nationella taxan kommer att hanteras.

*Stockholms läns landsting* anger att de anser att förslagen kan genomföras på relativt kort tid, då några förändringar av huvudmannskapet mellan stat och kommun inte behöver ske. Även *Västmanlands läns landsting* anger, under förutsättning att redan träffade avtal med utförare kan förändras, att inga hinder finns för landstinget att anpassa sig till det nya regelverket inom föreslagen tidsram.

*Socialstyrelsen* anser att tidsramarna för genomförandet av de förslag som läggs i betänkandet är mycket snäva. Det förberedelsearbete som krävs för att arbeta fram ett dokument om grunduppdrag för primärvården förutsätter enligt myndigheten en samverkan med många olika aktörer. *Vårdförbundet* anser att det är olyckligt med den korta tid som står till förfogande för landstingen att införa vårdvalssystem i primärvården samt att det inte bör fattas några beslut förrän hela utredningsuppdraget avslutats. Också *Värmlands läns landsting* konstaterar att införandetiden är mycket kort för en så omfattande utveckling. *Gävleborgs läns landsting* anser att hänsyn bör tas till en eventuell kommande regionindelning och att tidsaspekten därför är för kort. *Luleå kommun* och *Förbundet Sveriges arbetsterapeuter*, FSA, är också tveksamma till det snabba genomförandet och anser att olika vårdvalsmodeller som redan har startat runt om i landet, först bör utvärderas. *Östersunds kommun* anser att den av utredningen förslagna genomförandeperioden är alltför kort.

*Örebro läns landsting* konstaterar att det i betänkandet inte nämns något om de idag existerande privatetableringarna som ersätts genom den nationella taxan. Landstinget antar att det kommer att innebära att dessa etableringar får drivas vidare. *Gävleborgs läns landsting* anser att det innebär en snedvridning av konkurrensen att under en övergångsperiod låta befintliga entreprenadavtal fortsätta gälla.

**Skälen för regeringens förslag:** De föreslagna ändringarna i 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), varigenom vårdvalssystem görs obligatoriska för landstingen, bör träda i kraft så snart som möjligt.

Eftersom förslaget innebär krav på att tillämpa lagen (2008:00) om valfrihetssystem är det tidigast möjliga ikraftträdandet den tidpunkt då LOV föreslås träda i kraft, dvs. den 1 januari 2009. Det krävs en hel del arbete från landstingens sida med att organisera om verksamheten i primärvården i valfrihetssystem. Regeringen bedömer det därför rimligt att lagändringarna om valfrihetssystem kan träda i kraft först den 1 januari 2010. Landstingen kan därmed under 2009 förbereda sig genom att bygga upp vårdvalssystem.

Entreprenadavtal om primärvård som ingåtts innan ikraftträdandet ska fortsätta att gälla för den tid som överenskommits i avtalet. Avtal om förlängning av sådana avtal får inte träffas efter utgången av år 2009.

Kravet om att den fasta läkarkontakten ska vara specialist i allmänmedicin kan som tidigare nämnts verka hämmande på utvecklingen av vårdvalssystem och bör därför tas bort så snart som möjligt. Regeringen föreslår därför att denna lagändring ska träda ikraft redan den 1 april 2009 för att inte hindra landstingen i deras uppbyggnad av vårdvalssystem.

## 10 Konsekvenser av förslagen

### 10.1 Ekonomiska konsekvenser

Regeringens förslag till lagstiftning om obligatorisk vårdvalsmodell innebär att landstingen ska konstruera ersättningssystemen så att ersättningen följer patientens val, oavsett om vården utförs i offentlig eller privat regi. Grunden i ett sådant ersättningssystem är en kapitationsersättning, dvs. en fast ersättning utbetalas per invånare till den vårdgivare som invånaren väljer. Kapitationsersättningen kan kompletteras med andra ersättningar, t.ex. för prestation eller för uppnådda kvalitetsmål.

Regeringens förslag innebär att ersättningens sammansättning bestäms av det enskilda landstinget. Det är landstinget som beslutar om primärvårdens budget, liksom den totala budgeten för hälso- och sjukvården. I en vårdvalsmodell fastställs en kapitationsersättning och eventuella andra ersättningar till vårdgivaren utifrån de resurser som avsatts i budgeten. Invånarnas vårdtyngd kan viktas på olika sätt, vanligtvis utifrån ålder.

En vårdvalsmodell i primärvården ökar således inte landstingets kostnader för primärvården. Vilket resursutrymme som avsätts till primärvården blir, liksom i dag, ett politiskt ställningstagande i varje enskilt landsting. En vårdvalsmodell innebär inte heller att landstingens finansieringsansvar utvidgas. Sammantaget bedöms därmed förslagen inte medföra några ökade kostnader för stat, kommun och/eller landsting.

Vad gäller konsekvenser för domstolarnas verksamhet, bedömer regeringen att lagförslaget kan förväntas medföra endast ett fåtal ansökningar om rättelse varför ytterligare resurstilldelning till domstolsväsendet inte är nödvändig.

### 10.2 Konsekvenser för det kommunala självstyret

Regeringens förslag innebär en påverkan på landstingens självstyre genom att det blir en skyldighet för landstingen att organisera primärvården i ett regionalt vårdvalssystem. Regeringen har samtidigt valt att föreslå att fri etablering ska införas i primärvården genom en modell som tar hänsyn till landstingens självstyre. Syftet med detta förslag är att förbättra kvalitet och tillgänglighet för patienterna.

Med regeringens förslag ges landstingen frihet att utforma vården utifrån regionala och lokala förutsättningar och behov. Landstinget kan fastställda krav för primärvården samt besluta om vilka tjänster som ska



ingå i vårdvalssystemet. Dessutom är det landstinget som bestämmer hur tjänsterna ska utföras, hur ersättningsystemet utformas samt hur medborgarna ansluts till och informeras om systemet m.m.

Samtidigt ökar landstingens möjligheter att styra verksamheten genom förslaget om att kravet på att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin, tas bort. Landstingen får genom detta större möjlighet att använda tillgängliga resurser på ett effektivare sätt.

### 10.3 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service

Tillgången till vårdpersonal skiljer sig åt i landet. I vissa landsting eller delar av landsting är det svårt att rekrytera framför allt läkare. Det är inte ovanligt att landstingen måste använda sig av så kallade stafettläkare i dessa områden. Sett i ett historiskt perspektiv är detta ingen ny utveckling utan problemet har funnits länge.

Regeringen bedömer det inte troligt att förslagen kommer att förmå att vända denna utveckling. Det är många faktorer som avgör var i landet personer väljer att vara yrkesverksamma. Det handlar om en eventuell partners möjlighet att få sysselsättning, om barnomsorg, skola etc. Det har också visat sig att många personer stannar kvar på studieorten, eftersom de ”rotat sig där” under studietiden.

Förslaget om att den fasta läkarkontakten inte måste vara specialist i allmänmedicin kan underlätta för andra läkarspecialiteter att etablera sig som fast läkarkontakt i primärvården. Vidare innehåller modellen en begränsning mot överetablering i befolkningstäta områden, eftersom en vårdgivare behöver ett visst antal patienter för att ekonomiskt kunna driva verksamheten. Genom att regeringen inte föreslår en centralt reglerad ersättningsmodell har landstingen möjlighet att betala högre ersättning i områden där det är svårare att få vårdpersonal.

### 10.4 Konsekvenser för företag

Generellt kan konstateras att en fri etablering i primärvården medför förbättrade möjligheter för företag att verka och utvecklas genom att de kan konkurrera med den verksamhet som landstinget bedriver i egen regi.

Regeringens förslag till regional vårdvalsmodell innebär att villkor och ersättningar huvudsakligen bestäms av landstingen. Detta kommer troligen att innebära att villkoren kommer att skilja sig åt en del mellan olika landsting eftersom landstingen behöver anpassa kraven till regionala och lokala förhållanden och behov.

Vårdgivare som önskar etablera sig i eller utvidga sin verksamhet till flera landsting kan därmed komma att behöva anpassa sin verksamhet till flera vårdvalsmodeller med olika innehåll. Detta inkluderar även utländska vårdgivare som avser att etablera sig på den svenska marknaden.

Regeringen bedömer dock att det råder en samstämmighet bland landstingen i synen på vad som ingår i primärvårdens verksamhet och därmed vilka krav som kan ställas på de aktörer som vill etablera sig inom vårdvalssystemen i primärvården. Därmed torde inte kraven för de

företag som vill etableras sig över landstingsgränserna komma att skilja sig åt i större utsträckning. Samtidigt utgör lagen om valfrihetssystem, LOV, en gemensam grund för reglerna för etablering vilket, jämfört med idag, bidrar till ökad enhetlighet och förutsägbarhet för de aktörer som vill etablera sig och verka inom vårdvalssystemen.

Regeringen gör också bedömningen att lagstiftningen, jämfört med dagens situation, blir tydligare med regler om obligatoriska vårdvalssystem och att den administrativa bördan för de vårdgivare som planerar att etablera verksamhet i primärvården därigenom minskar.

Förslagen ligger samtidigt i linje med regeringens initiativ att ge Verket för näringslivsutveckling, Nutek, 30 miljoner kronor för att myndigheten ska stimulera till mångfald inom hälso- och sjukvård samt omsorg (S2007/11030/HS). Regeringen har dessutom under 2008 (S2008/7698/ST) gett NUTEK i uppdrag att ta fram ett informationsmaterial om lagen om valfrihetssystem, LOV. Målgruppen för informationen är potentiella och befintliga leverantörer av vård och omsorg.

## 10.5 Konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män

I utvärderingar av det norska husläkarsystemet har det uppmärksamats att kvinnliga läkare i mindre omfattning än manliga läkare väljer att arbeta som husläkare. Till skillnad från Sverige där mer än 40 procent av allmänläkarkåren är kvinnor uppgår andelen kvinnliga husläkare i Norge till runt 30 procent. Två anledningar till detta som lyfts fram i utvärderingarna är det större antalet äldre manliga husläkare som fanns redan vid reformens inledning samt misstanke om att arbetsvillkoren för husläkare i Norge passar sämre för kvinnor än för män.

Till skillnad mot den vårdvalsmodell som regeringen föreslår innebär dock det norska husläkarsystemet att det är enskilda läkare som är den centrala resursen i systemet. I regeringens förslag knyts inte den fria etableringen till en enskild individ, utan till ett bredare primärvårdsuppdrag. Det finns därför inte fog för att anta att förslagen skulle få konsekvenser liknande de i Norge.

Sammantaget är det regeringens mening att förslagen i denna lagrådsremiss så långt det går att bedöma inte på något påtagligt sätt påverkar jämställdheten mellan kvinnor och män.

## 11 Författningskommentar

### 11.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763); avsnitt 2.1

#### 5 §

Förslaget behandlas närmare i avsnitt 8.6.

Genom en ändring i paragrafens *andra stycke* tas det nuvarande kravet på specialistkompetens i allmänmedicin för den fasta läkarkontakten inom primärvården bort. Bestämmelsen justeras vidare genom att ”ska” ersätter ”skall”.

Lagändringen träder i kraft den 1 april 2009.

### 11.2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763); avsnitt 2.2

#### 5 §

Förslagen i andra stycket behandlas närmare i avsnitt 8.2 och 8.7. Förslaget i tredje stycket behandlas i avsnitt 8.3.

I paragrafens *andra stycke* införs ett krav på landstingen att inrätta vårdvalssystem inom primärvården. Alla som är bosatta inom landstinget ska kunna välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster, såväl inom landstingets egna regi som privata vårdgivare. Med utförare avses exempelvis vårdenheter eller mottagningar. Den närmare utformningen av vårdvalssystem inom primärvården har landstinget i egenskap av sjukvårdshuvudman att bestämma om utefter de lokala förutsättningarna. Under förutsättning att bestämmelserna i exempelvis hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och upphandlingslagstiftningen samt de grundläggande gemenskapsrättsliga principerna om bl.a. proportionalitet, öppenhet, icke-diskriminering och likabehandling beaktas, finns det en rad krav som landstinget kan ställa upp. Kraven kan exempelvis avse mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan, kvalitetssäkring, utbildning och fortbildning av vårdpersonal samt deltagande i utvecklings- och forskningsprojekt. Landstinget kan inrätta olika vårdvalssystem för olika tjänster.

I *andra stycket* införs vidare en bestämmelse om att landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Inte heller utförare inom landstingets egen regi får särbehandlas i förhållande till varandra eller till de privata utförarna. Bestämmelsen är utformad med förebild i den s.k. likställighetsprincipen i 2 kap. 2 § kommunallagen (1991:900) och ska på motsvarande sätt som den nämnda principen kunna ligga till grund för en laglighetsprövning enligt 10 kap. kommunallagen (se även avsnitt 8.8). Skäl att särbehandla olika utförare kan föreligga exempelvis då ingen utförare är intresserad av att tillhandahålla vård inom ett visst geografiskt område med den ekonomiska ersättning som anges i förfrågningsunderlaget enligt LOU, och landstinget därför måste göra en vanlig upphandling enligt LOU, med andra ekonomiska villkor. Vidare kan landstingets s.k

befolkningsansvar motivera förmånligare ekonomiska villkor än för de externa utförarna i den mån detta yttersta ansvar för patienterna medför högre kostnader.

Av *andra stycket* följer vidare att ersättningen ska lämnas till den utförare av hälso- och sjukvårdstjänster som den enskilde väljer. Att pengarna ska följa den enskildes val av utförare är en grundläggande komponent i ett valfrihetssystem. I de vårdvalssystem som finns redan i dag förekommer såväl fasta belopp som olika slags rörliga ersättningar.

I ett nytt *tredje stycke* anges att vid inrättande av ett vårdvalssystem inom primärvården ska landstinget tillämpa lagen (2008:00) om valfrihetssystem (LOV). Själva inrättandet av ett vårdvalssystem ska således ske genom ett förfarande enligt LOV. Samtliga vårdgivare som uppfyller kraven i ett aktuellt förfrågningsunderlag eller en annons ska, om de inte har uteslutits från att delta i valfrihetssystemet, godkännas och kunna ingå avtal med landstinget (8 kap. 1 och 3 §§ LOV). Det är dock inte bara vårdgivare som deltagit i ett sådant förfarande som kan ingå i ett vårdvalssystem. Landstinget kan som komplement till förfarandet enligt LOV även teckna avtal med olika privata leverantörer efter traditionell entreprenadupphandling av driften av en verksamhet enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). För att uppnå konkurrensneutralitet mellan den LOU-upphandlade driftentreprenaden och vårdgivare som godkänns enligt LOV kan landstinget i LOU-upphandlingen inte ange några volymgarantier. Vidare ska den ekonomiska ersättningen framgå av förfrågningsunderlaget. I situationer där exempelvis ett landsting vill konkurrensutsätta egenregiverksamhet i ett visst geografiskt område där ingen privat vårdgivare ansökt om att få etablera sig vid förfarandet enligt LOV kan, som påpekats ovan, landstinget dock erbjuda bättre ekonomiska villkor till den LOU-upphandlade verksamheten än till en utförare som tecknat kontrakt efter att ha godkänts enligt LOV. Inom ett vårdvalssystem kan det förutom privata utförare, som tecknat kontrakt enligt LOV eller LOU, finnas vårdgivare inom landstingets egen regi. Samtliga dessa ska patienterna således kunna välja som utförare av hälso- och sjukvårdstjänster.

### *Ikraftträdande och övergångsbestämmelser*

Bestämmelserna behandlas närmare i avsnitt 9.

I *punkt 1* anges att lagen träder i kraft den 1 januari 2010.

Av *punkt 2* framgår att bestämmelsen i 5 § tredje stycket om att landstingen vid inrättande av ett vårdvalssystem ska tillämpa LOV, inte gäller avtal om hälso- och sjukvårdstjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalet gäller. Bestämmelsen innebär att om det finns ett avtal mellan landstinget och en viss vårdgivare som tecknats före den 1 januari 2010, har landstinget inte någon skyldighet att teckna ett nytt avtal med vårdgivaren, baserat på en ansökan enligt LOV. Bestämmelsen får enbart betydelse för sådana hälso- och sjukvårdstjänster som ingår i ett vårdvalssystem. Av bestämmelsen framgår vidare att ett sådant avtal, till den del det avser tjänster som omfattas av ett vårdvalssystem, efter ikraftträdandet inte får förlängas.

# Sammanfattning av betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37)

I delbetänkandet föreslår Utredningen om patientens rätt i vården (S 2007:07) i enlighet med direktiven hur fri etablering kan införas i primärvården, dvs. hur det ska bli möjligt för vårdgivare att fritt etablera sig med rätt till offentlig ersättning (dir. 2007:90). Utgångspunkten för utredningens förslag är att stärka patientens rätt till valfrihet.

Utredningen överväger i betänkandet olika system för hur fri etablering i primärvården skulle kunna införas. Det som skiljer sig mellan systemen är bl.a. omfattningen av den nationella regleringen. Utredningen har stannat för att föreslå att fri etablering ska införas genom att landstingen blir skyldiga att införa ett vårdvalsystem som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare.

Förslaget innebär att ett grunduppdrag för primärvården fastställs nationellt av regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer. Landstingen kan komplettera grunduppdraget utifrån lokala förutsättningar och på så sätt forma sitt vårdvalsystem. Alla vårdgivare som uppfyller ställda krav har rätt att etablera sig. Landstinget ska tillämpa den av Frittvalsutredningen föreslagna lagen (2008:xx) om valfrihetssystem för att ansluta privata vårdgivare. Grunderna i ersättningssystemet ska vara att pengarna följer patientens val och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta om ersättningens närmare utformning.

Förslaget fokuserar på patientens ställning. Genom rätten till vårdval där ersättningen följer patienternas val förtydligas och förstärks patienternas valmöjligheter. Makten att välja utförare överlämnas från landstinget till patienten. Ett vårdvalsystem med fri etablering ökar dessutom möjligheten för fler vårdgivare att etablera sig. Genom att vårdgivaren finansieras genom patientens val är det av avgörande betydelse för vårdgivarna hur patienterna väljer, vilket kan utveckla vårdens kvalitet. Det nationellt fastställda grunduppdraget kan vidare bidra till att göra det offentliga åtagandet tydligare och möjliggöra en enhetligare uppföljning av primärvården. Samtidigt blir ingreppet i landstingens självstyrelse begränsat. Förslaget lämnar handlingsutrymme till varje enskilt landsting att utforma systemet efter sina egna förutsättningar och motverkar inte den pågående utvecklingen i landstingen. Ytterligare en fördel är att förslaget kan genomföras på relativt kort tid, eftersom det inte innebär några huvudmannaskapsförändringar mellan stat och landsting. Förslaget innebär också att systemen kan utvecklas genom att olika vårdvalsystem kan existera parallellt och prövas mot varandra.

Efter det att de regionala vårdvalsystemen varit i kraft en tid och också utvärderats kan det finnas anledning att återkomma till frågan om en mer enhetlig nationell reglering bör införas. Det är enligt utredningens bedömning mycket som talar för en sådan utveckling. Ett nationellt system innebär bl.a. en mer likartad primärvård över landet och ett tydligare offentligt åtagande. Nationellt fastlagda kompetens-, kvalitets- och säkerhetskrav gynnar också kvalitetsutvecklingen. Patientens rätt kan dessutom tydliggöras nationellt samtidigt som vårdgivarna ges lika regler att verka inom. Utredningens förslag kan mot den bakgrunden ses som ett

led i en handlingslinje där regionala system alltmer övergår till ett nationellt enhetligt hälso- och sjukvårdssystem.

I betänkandet föreslås också att bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen om att den fasta läkarkontakten i primärvården ska vara specialist i allmänmedicin tas bort. Regelns syfte har varit att garantera tillgång till en viktig kompetens inom primärvården och att säkerställa kontinuiteten för den enskilde patienten genom en fast läkarkontakt. I praktiken har regeln inte tillämpats på det sätt som avsetts och de faktiska möjligheterna att under överskådlig tid erbjuda alla invånare en fast läkarkontakt genom en specialist inom allmänmedicin är inte realistiska. Därmed riskerar den nuvarande formuleringen enbart att skada primärvårdens trovärdighet. Den nuvarande regleringen kan också komma att begränsa utvecklingen av vårdvals-system. Förslaget innebär inte att betydelsen av att ha specialister i allmänmedicin i primärvården minskar eller omvärderas. Allmänläkarspecialisten kommer även framöver att vara en central resurs och en nödvändig kompetens i primärvården.

För att olika valsystem verkligen ska ge patienterna utökade valmöjligheter är det viktigt att patienterna förses med verkningfulla redskap så att de kan tillvarata sina valmöjligheter. Bland annat är information av stor betydelse för att man ska kunna göra välgrundade val. Utredningens uppdrag är emellertid att i ett första led föreslå hur fri etablering kan införas i primärvården så att patienternas möjlighet att välja bland olika vårdgivare kan öka. I utredningens fortsatta uppdrag ingår bl.a. att lämna förslag om hur det fria vårdvalet och vårdgarantin ska lagregleras.

Alla förslag som ändrar reglerna för hur etablering inom primärvården kan ske, utan att förändra landstingens ansvar för planering och finansiering, kommer att innebära att landstingen dels kommer att ha rollen som finansär och beställare av vårdtjänster, dels rollen som producent eller utförare av tjänsterna i konkurrens med externa aktörer. Det finns risk för att landstingen gynnar sina egna utförarenheter, exempelvis genom att subventionera dessa på olika sätt utöver den förutbestämda ersättningen för utförda prestationer. Utredningen anser mot den bakgrunden att det är angeläget att den föreslagna vårdvalreformen följs upp och utvärderas från konkurrens- och konsumentsynpunkt och föreslår att Konkurrensverket får ett sådant uppdrag.

Ändringarna i hälso- och sjukvårdslagen föreslås av utredningen träda i kraft den 1 januari 2009. Vid utgången av år 2009 ska vårdvals-system i primärvården ha införts i samtliga landsting.

Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen  
(1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 och 5 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) ska ha följande lydelse

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

**3 §**

Varje landsting *skall* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *skall* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *skall* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samsällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för

Varje landsting *ska* erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt *ska* landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och *ska* därvid ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. *För avtal om primärvård finns närmare bestämmelser i 5 §.* En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till ett bolag, en förening, en samsällighet, en stiftelse eller en enskild individ.

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för

landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *skall* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget *ska* bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

## 5 §

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *skall* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppna vård. Primärvården *skall* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Landstinget *skall* organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. *En sådan läkare skall ha specialistkompetens i allmänmedicin.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning *ska* det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppna vård. Primärvården *ska* som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

*Regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer ska meddela föreskrifter om grunduppdrag för primärvården.* Landstinget *ska* organisera primärvård genom vårdvals-system, så att alla som är bosatta inom landstinget *kan* välja utförare och får tillgång till och kan välja en fast läkarkontakt. *Ersättning ska följa den enskildes val av utförare och utgå enligt de grunder landstinget bestämmer.* Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.



*Landstinget ska tillämpa lagen  
(2008:XX) om valfrihetssystem för  
sådana tjänster som omfattas av  
vårdval enligt andra stycket.*

Bilaga 2

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 april 2009.
  2. Landstingets skyldighet enligt 5 § andra och tredje stycket att organisera primärvård genom vårdvals-system inträder inte fullt ut förrän vid utgången av år 2009.
  3. Bestämmelsen i 5 § sista stycket gäller inte beträffande de avtal om tjänster som landstinget träffat med vårdgivare före lagens ikraftträdande, så länge avtalen gäller. Sådana avtal får efter den 1 april 2009 inte förlängas till att gälla efter utgången av år 2009.

## Förteckning över remissinstanser som avgett yttrande över betänkandet Vårdval i Sverige (SOU 2008:37)

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Länsrätten i Stockholms län, Datainspektionen, Kommerskollegium, Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN), Statens beredning för medicinsk utvärdering, Barnombudsmannen (BO), Ekonomistyrningsverket (ESV), Statskontoret, Lunds universitet, Konkurrensverket, Verket för näringslivsutveckling, Handikappombudsmannen (HO), Stockholms kommun, Nacka kommun, Uppsala kommun, Karlskrona kommun, Malmö kommun, Simrishamns kommun, Göteborgs kommun, Stenungsunds kommun, Gävle kommun, Ånge kommun, Östersunds kommun, Nordmalings kommun, Luleå kommun, Gotlands kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Sörmlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Cancerfonden – Riksföreningen mot Cancer, Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO), De Handikappades Riksförbund (DHR), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsförbund (SPF), Sveriges Kommuner och Landsting, Svenska läkaresällskapet, Sveriges akademikers centralorganisation SACO, Svensk Näringsliv, Näringslivets regelnämnd (NNR), Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Distriktsköterskeföreningen, Capio AB, Vårdföretagarna, Praktikertjänst AB, Läkemedelsindustriföreningen (LIF), Svensk Barnmorskeförening, Akademikerförbundet (SSR), Svenska Kommunalarbetareförbundet, Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF), Sveriges läkarsekreterarförbund, Sveriges Psykologförbund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR), Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Svenska föreningen för psykisk hälsa (sfph), Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte, Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF), Svenska Kommunalpensionärernas Förbund (SKPF), Riksförbundet Pensionärs gemenskap (RPG), Föreningen Svensk Företagshälsovård, Stiftelsen Den Nya Välfärden, Delegationen för samverkan inom klinisk forskning, Reumatikerförbundet, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Gemensam välfärd i Stockholm, Privattandläkarna.