

Avdelningen för vård och omsorg  
Olle Olsson

Socialdepartementet  
103 33 Stockholm

## Digifysiskt vårdval

### Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet SOU 2019:42

#### Sammanfattning

Svensk hälso- och sjukvård är inne i en omställning. Den digitala vården har utmanat gamla strukturer, både hur människor söker vård, men även vårdens organisering och finansiering. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) delar utredningens bild av att patientens ställning behöver stärkas och att utbudet av kontaktvägar behöver öka. SKR menar också att vården i ökad utsträckning behöver ges utifrån behov och mer jämlikt samt att möjligheten till kontinuitet i mötet med vården behöver förbättras.

Utredningen behandlar inte den kommunala hälso- och sjukvården eller samspelet mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Det innebär att det finns en risk att delar av den strukturförändring som pågår inom svensk hälso- och sjukvård inte tas i beaktande. Det försvårar bedömningen av vilka effekter förslagen kan komma att få, inte bara på hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta de utmaningar man står inför, utan även dess förmåga att omfamna de möjligheter som kommer med ny teknikutveckling i kombination med omställningen till en god och nära vård.

SKR menar att utredningen, i samarbete med, utredningen om en samordnad utveckling för god och nära vård, hade varit betjänt av samordnade förslag.

SKR menar att visioner för framtidens hälso- och sjukvård måste utvecklas inom ramen för en nationell strategi för Nära vård. Den nationella samordningen och det kommunala självstyret bör handla om att kunna anpassa vårderbjudandet till behoven, inte om organisatoriska och geografiska strukturer.

Digitala lösningar införs i allt snabbare takt och berör alla delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Vård och omsorg ska erbjudas så nära individen som möjligt. Samtidigt koncentreras alltmer av den högspecialiserade vården till ett fåtal platser i landet. Detta får till följd att dagens gränser mellan organisationer, nivåer och professioner håller på att suddas ut. Det finns ett stort behov av mer effektiva arbetssätt, nyttjande av digitalisering, mer samverkan och ibland nationella lösningar. Man behöver också alltmer använda patienternas egna förmågor och resurser för att utveckla vården. Vi behöver fundera över hur incitamenten kan stärkas för patienten att kunna bli mer delaktig i sin vård, behandling och i hälsoarbetet.

I utredningens delbetänkande (SOU 2018:55) utpekades också ett antal viktiga, principiella frågor kring styrningen av hälso- och sjukvården som pekar i den här riktningen. Utredningens förslag fokuserar dock i slutbetänkandet (förutom frågor om

tillståndsprovning och hyrpersonal) i princip uteslutande på valfriheten och vårdvalet i regionernas primärvård. Utredningen hade varit betjänt av att också belysa annan vård utanför primärvården, exempelvis den så kallade nationella taxan.

SKR beslutade under hösten 2019 om en Färdplan för digital vård. Den är ett samlat arbete för att fokusera på flera av de möjligheter och utmaningar som lyfts i utredningen. Färdplanen har fem fokusområden, dessa är:

1. Målbild för framtidens hälso- och sjukvård med stöd av digitalisering
2. Proaktiv policyutveckling som stödjer framtidens hälso- och sjukvård
3. Ersättningar, avgifter och affärsmodeller
4. Uppföljning och kvalitetsutveckling
5. Samarbete kring införande, upphandling med mera

Arbetet kommer att genomföras i bred samverkan mellan SKR, regionerna, privata utförare och andra aktuella intressenter.

- SKR anser att det bör finnas en laglig möjlighet för regionerna att reglera hur många gånger en patient listar om sig per år, regionen ska själva avgöra hur detta regelverk ska vara utformat, dock ska patienten ha rätt till att lista om sig minst två gånger per år.
- Att möjlighet till listningstak skrivs in i lagstiftningen skulle innebära en kodifiering av gällande praxis. Det måste dock, enligt SKR, tydliggöras att detta är frivilligt för regionerna och att beslut om eventuellt tak fattas av regionen.
- SKR avstyrker förslaget om att vårdgarantin bara ska gälla hos den utförare där patienten är listad.
- SKR tillstyrker att patientens möjlighet att lista sig hos en vårdgivare i en annan region kvarstår.
- SKR instämmer i att en stor del av vårdutbudet behöver erbjudas i integrerad form. SKR menar dock att det i framtiden, precis som redan idag gäller för fysisk vård, kommer att finnas behov av digital vård som inte bör vara integrerad utan snarare centraliserad. Detaljstyrning av i vilken form uppdraget ska levereras riskerar att försvåra möjligheterna för en sådan utveckling och andra idag okända utvecklingsspår.
- SKR tillstyrker förslaget om att i lagstiftningen tydliggöra att regionernas geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem.
- En enhetlig nationell patientavgift skulle, enligt SKR, innebära en försvagning av det kommunala självstyret. SKR avstyrker förslaget att det ska vara en enhetlig patientavgift (över hela landet) endast för listade patienter.
- SKR avstyrker förslaget om att inga ändringar av betydelse för ersättningen får göras oftare än vart tredje år och förslaget om årlig indexuppräknings.
- SKR delar utredningens bedömning att det för närvarande inte finns skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården.

- Sammantaget anser SKR att utredningen har fångat den komplexa problematiken med inhyrning av vårdpersonal, den hade dock kunnat fördjupas.
- SKR välkomnar förslaget om ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd med uppdrag till välfärdscommissionen och Vårdanalys.
- SKR förordar inte ytterligare kortsiktiga lösningar i form av riktade statliga satsningar som till exempel statlig finansiering av specialisttjänster inom allmänmedicin.
- SKR välkomnar att en offentlig utredning får i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården.
- SKR välkomnar förslaget att regeringen genom en parlamentarisk kommitté ska låta utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras.
- Eftersom utredningens förslag fokuserar i princip uteslutande på valfriheten och vårdvalet i regionernas primärvård menar SKR att de ekonomiska konsekvenserna för hela hälso- och sjukvårdsystemet blir svåra att bedöma.

## **17.1 Reform av vårdvalet i primärvården**

### **17.1.1 Målbild och framtidsscenario för reformerad valfrihet och stärkt tillgänglighet**

SKR delar utredningens bild av att patientens ställning behöver stärkas, att utbudet av kontaktvägar behöver öka och att vården i ökad utsträckning behöver ges utifrån behov och mer jämlikt samt med förbättrad möjlighet till kontinuitet i mötet med vården. Svensk primärvård lider dock idag av en strukturell underkapacitet och SKR ser en risk att utredningens förslag om begränsningar av möjligheterna till val och omval samt att fördelar ska ges till listade patienter kan komma att drabba grupper som inte förmår hålla sig framme och därmed hamnar utanför listorna och hänvisas till enheter som ligger längre bort. Det saknas, enligt SKR, en analys och en problematisering över hur denna risk för undanträngning ska hanteras utifrån de presenterade förslagen och hur man kan säkerställa att förslagen inte leder till en större ojämlikhet istället för en mindre.

### **17.1.2 Listning på utförare ska bli grunden för valfrihet i ett system baserat på kontinuitet**

Att begränsa valfriheten till listning skulle, enligt SKR, visserligen skapa bättre kontinuitet och bättre planeringsförutsättningar för huvudmannen och för utföraren. Det skulle dock samtidigt innebära att patienten valfrihet begränsas. Regionerna har väldigt olika förutsättningar och effekten av förslagen kan därför komma att variera. T.ex. så är valmöjligheterna i glesbygd redan idag begränsad och förslagen skulle

därför få mindre påverkan där jämfört med storstadsregionerna. Regionerna lägger idag också olika tyngd i sin styrning vad gäller valfrihet respektive kontinuitet. Kontinuitet är viktigt för många människor och dagens valfrihet medger redan, rent teoretiskt, detta om patienten vill. Det som behövs är istället ofta bättre förutsättningar för reell kontinuitet (bättre tillgänglighet, förbättrade möjligheter till informationsöverföring, bättre arbetsmiljö, effektivare arbetsätt o.s.v.). Värdet av kontinuitet beror inte heller bara på möjlighet att möta samma person (t.ex. läkare) kontinuerligt utan centralt är även patientens upplevelse av tillgängligheten och bemötandet samt hur väl patienten erbjuds vara delaktig och självständig. Det är snarare dessa frågor som, enligt SKR, behöver adresseras mer istället för en teoretiskt reglerad personkontinuitet. Att begränsa valfriheten till listning för alla via lagstiftning menar SKR skulle försvåra en regional anpassning och försvaga patientens ställning. SKR ser därför ett behov av att regeringen i den fortsatta hanteringen utreder frågan vidare och då beaktar behovet av och önskemålet om både reell kontinuitet, valmöjligheter och bibehållet kommunalt självstyre.

SKR menar vidare att om begreppet listning ska användas i lagstiftningen måste det tydligt definieras vad det innebär (förmåner, förpliktelser osv för både patient, leverantör och enskild vårdpersonal) så att begreppet inte sammanblandas med fast vårdkontakt eller fast läkarkontakt.

### **17.1.3 Listningstjänst för vårdval som en del i en nationell portal**

SKR ser det som i grunden positivt att befolkningen erbjuds en enhetlig och central informationskanal inför val av enhet. Att reglera detta i lag och förordning känns dock onödigt. Regionerna, SKR och INERA har länge arbetat för att få en central funktion på plats.

### **17.1.5 Patienten kan välja att lista om sig två gånger per år**

SKR anser att det bör finnas en tydlig laglig möjlighet för regionerna att reglera hur många gånger en patient kan lista om sig. Det ska dock vara upp till regionen att själv avgöra hur den begränsningen ska utformas. Grunden ska dock vara att det finnas möjlighet för patienten att lista om sig minst vid två tillfällen per år.

### **17.1.6 Begränsningar av listan ska vara tillåtna**

Utredningen föreslår att det i lagstiftningen regleras en möjlighet att, efter samråd och på begäran av regionen eller utföraren, införa listningstak. Som framförts ovan menar SKR att det är viktigt att skilja på listning på enhet och val av fast läkarkontakt.

När det gäller enskilda läkares arbetsbörda håller SKR fast vid det som framfördes i SKR:s remissvar till God och nära vård - En primärvårdsreform (SOU 2018:39). SKR sa då bland annat att det bör vara verksamhetschefen som tillsammans med den enskilde läkaren, utifrån lokala förhållanden, reglerar uppdraget för den enskilde läkaren.

När det gäller listningstak för utförare så beviljar många regioner detta redan idag i varierande omfattning och varierande längd och då främst av patientsäkerhetsskäl. Att denna möjlighet skrivs in i lagstiftningen skulle innebära en kodifiering av gällande praxis. Det måste dock tydliggöras att detta är frivilligt för regionerna och att beslut om eventuellt tak fattas av regionen.

### **17.1.7 Vårdgarantin i primärvården gäller hos den utförare där patienten är listad**

SKR avstyrker förslaget om att vårdgarantin bara ska gälla hos den utförare där patienten är listad. SKR anser att förslaget inte uppfyller kravet i HSL på att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Om förslaget genomförs skulle behovet av tillgängligheten inte utgå från individens behov utan från var man är listad. Förslaget skulle dessutom förmodligen leda till fler omlistningar vid dålig tillgänglighet och ett ensidigt fokus på tillgänglighet som grund för val.

SKR menar vidare att det av lagstiftningsförslagen inte framgår om och hur en patient som är listad hos en vårdgivare i en annan region ska kunna åberopa vårdgarantin i hemregionen.

### **17.1.9 Regeringen och huvudmännen behöver gemensamt satsa på primärvården och omställningen mot nära vård**

I regionerna pågår idag ett stort arbete med omstrukturering mot en nära vård. Insikten om ökade kostnader och minskad produktivitet i specialistvården har ökat och detta, menar SKR, måste hanteras i helheten.

SKR:s inriktning är att staten, regioner och kommuner behöver ha en gemensam målbild för den framtida hälso- och sjukvården och en dialog om vad som krävs för att nå dit. Det kan resultera i penninglösa överenskommelser om färdriktning och generella bidrag. Prioriteringarna ska göras av regioner och kommuner själva utifrån deras lokala förutsättningar och behov samt med utgångspunkt i den överenskomna inriktningen.

SKR avstyrker tanken på statliga bidrag som villkoras med lika stora insatser från regionerna inom ett visst område.

Vidare menar SKR att resursöverföring inte bara handlar om finansiella medel utan också till exempel om kompetens, utbildning och forskning.

## **17.2 Patientens val av utförare i annan region**

### **17.2.1 Val i primärvården ska ske genom listning oavsett var patient och utförare befinner sig**

SKR tillstyrker att patientens möjlighet att lista sig hos en vårdgivare i en annan region kvarstår.

## **17.3 Tydligare styrning av utförare i primärvården**

### **17.3.1 Tydligare reglering av kraven på en utförare där patienten kan lista sig**

SKR ställer sig positiv till att företag ges möjlighet att samverka kring ett uppdrag och menar att det möjliggör större flexibilitet och asymmetriska lösningar där företag och företagsgrupper snabbt kan anpassa sig till förändringar i lokala förutsättningar och behov. Det underlättar också för små företag att delta i vårdvalssystemen.

Utredningen föreslår att det endast är den avtalsansvariga vårdvalsutföraren som ska ersättas av regionen. Underleverantör till en utförare som har ett kontrakt med en region ska bara kunna erbjuda tjänster till den avtalsansvariga vårdvalsutförarens listade patienter. Det här skulle innebära att dagens digitala vårdgivare antingen måste ha ett eget kontrakt med en region och ha fysiska vårdgivare som underleverantörer eller (som idag) själva vara underleverantörer till en vårdcentral som har kontrakt med en region. I båda fallen kommer de dock endast att kunna ta emot de patienter som är listade på den kontraktsägande vårdgivaren.

Det finns, enligt SKR, en stor osäkerhet kring i vilken riktning utvecklingen skulle gå om underleverantörerna begränsas på detta sätt. Det finns en risk att både utförare och patienter på olika sätt försöker kringgå regelverket.

### **17.3.2 Regionen bör ställa tydligare krav på utförare i primärvården**

SKR välkomnar att utredningen omtolkat direktivet från nätdoktorer till digitala vårdtjänster. SKR instämmer också i att en av de största potentialerna i den digitala utvecklingen ligger i ett bättre stöd till att hantera kroniska sjukdomar.

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

SKR menar också att det i framtiden, precis som redan idag gäller för fysisk vård, kommer att finnas behov av digital vård som inte bör vara integrerad utan snarare centraliserad. Den digitala formen kan skapa helt nya förutsättningar för samnyttjande över gränser, vilket både ger patient/brukar-vinster, effektivitetsvinster och en bättre kvalitet. Det kan t.ex. handla om självmonitorering av astma där patienten själv sköter mycket av sin behandling. eller specialister som via digitala kontaktvägar kan underlätta behandlingen av sår hos patienter inom hemsjukvården. Detaljstyrning av i vilken form uppdraget ska levereras riskerar att försvåra möjligheterna för en sådan utveckling och andra idag okända utvecklingsspår.

### **17.3.3 Regionerna bör enas om en nationell policy för marknadsföring**

SKR instämmer i att regionerna bör enas om en nationell policy för marknadsföring av offentligt finansierad vård. SKR fattade därför i december beslut om en rekommendation med riktlinjer för marknadsföring. Beslutet innebär att SKR rekommenderar regionerna att föra in riktlinjerna i sina etableringsvillkor och i andra

relevanta styrdokument. Riktlinjerna är teknikneutrala och gäller oavsett om vård erbjuds fysiskt eller digitalt.

#### **17.3.4 Regionens geografiska område ska få delas upp i flera vårdvalssystem**

SKR tillstyrker förslaget om att i lagstiftningen tydliggöra att regionernas geografiska område får delas upp i flera vårdvalssystem. Detta ökar möjligheten till lokal anpassning utifrån lokala förutsättningar. Särskilt i glesbygd och i socioekonomiskt svaga delar av en region kan det finnas behov av att bygga system som ser annorlunda ut.

### **17.4 Ett mer nationellt primärvårdssystem**

#### **17.4.2 En nationellt reglerad patientavgift i primärvården**

En enhetlig nationell patientavgift skulle, enligt SKR, innebära en försvagning av det kommunala självstyret och möjligheten att styra i önskvärd riktning med hjälp av avgifter. Om en nationellt enhetlig och på sikt avgiftsfri primärvård ska övervägas behöver en sådan förändring, enligt SKR, föregås av en grundlig konsekvensbeskrivning där för- och nackdelar tydligt analyseras. SKR menar att det inte går att bara titta på primärvården eftersom regionerna ofta arbetar strategiskt (högre avgifter i akutvård, lägre i primärvård etc.) utan man behöver i så fall se över hela patientavgiftsfloran inom hälso- och sjukvården. Man behöver också i ett sådant sammanhang ta hänsyn till nivån på högkostnadsskyddet. Vidare menar SKR att det måste analyseras om en sådan reform i praktiken skulle bidra till att prioriterade grupper i större utsträckning får tillgång till vård efter behov. Finns det med lägre patientavgifter en risk för överkonsumtion och därmed undanträngning av prioriterade grupper som istället leder till en mer ojämlig hälso- och sjukvård?

SKR avstyrker förslaget att det ska vara en enhetlig patientavgift (över hela landet) endast för listade patienter. Regionerna skulle därmed ha möjlighet att ta ut högre patientavgift för olistade patienter vilket utredningen också rekommenderar men som enligt SKR skulle strida mot 3 kap. 1§ i HSL som anger målet för hälso- och sjukvården om en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

#### **17.4.3 Nationella ersättningsprinciper för primärvården**

Regionerna samverkar sedan länge tätt med varandra och med SKR kring utvecklade ersättningsprinciper och ersättningsmodeller i syfte att lära av varandra. En ökad likriktning skulle kunna ha vissa fördelar men skulle också riskera att hämma den innovations- och utvecklingskraft som ligger inbyggd i denna samverkan.

Förslaget om att inga ändringar av betydelse för ersättningen får göras oftare än vart tredje år och förslaget om årlig indexuppräknings skulle visserligen skapa goda planeringsförutsättningar för vårdgivarna men skulle samtidigt utgöra ett stort ingrepp i regionernas självstyre och möjlighet till ansvarstagande. Förslagen tar inte heller hänsyn till att systemen och nivåerna i respektive region är olika i utgångsläget. En av

de stora fördelarna med LOV jämfört med LOU anses av regionerna vara just att LOV möjliggör snabb anpassning till en förändrad verklighet. SKR avstyrker därför förslagen.

SKR anser inte att ersättningssystemens utformning och komponenter är en fråga som kan regleras centralt utan måste ske regionalt utifrån de förutsättningar som gäller och i relation till respektive regions styrsystem i stort.

Mot denna bakgrund är det, enligt SKR, en fördel att utredningen inte föreslår någon lagreglering på området. Däremot är det mer tveksamt att utredningen, om de rekommenderade principerna inte tillämpas efter två år, uppmanar regeringen att i så fall överväga ytterligare åtgärder i form av reglering av principerna.

#### **17.4.6 En mer dialogbaserad uppföljning av primärvården**

SKR instämmer i att minskad detaljstyrning behöver gå hand i hand med en förbättrad uppföljning. Den basmodell för uppföljning som SKR i samverkan med regionerna tagit fram och kontinuerligt utvecklar är ett bra verktyg för detta.

### **17.5 Nationell tillståndsprovning och förutsättningar för provning av utförare**

#### **17.5.1 Nationell tillståndsprovning inom hälso- och sjukvården bör inte införas**

SKR delar utredningens bedömning att det för närvarande inte finns skäl att införa någon form av tillståndsprovning i hälso- och sjukvården, utöver de situationer som redan är reglerade. SKR instämmer också i att på förhand definierade kvalitetskrav för hälso- och sjukvården skulle riskera att gå på tvärs med utvecklingen av kunskapsstyrningen i övrigt och kan dessutom innebära ett trögrörligt system.

#### **17.5.2 Vägledning för regionens provning av utförare**

SKR välkomnar att upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för provning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering.

#### **17.5.3 Nationellt register över prövade utförare**

SKR välkomnar utredningens förslag om att regeringen bör ta initiativ till att utreda förutsättningarna för ett nationellt register över utförare som har deltagit i någon process för provning inom hälso- och sjukvården. Det är ett gemensamt intresse för huvudmän och seriösa utförare att hitta former för hur man kan hantera situationer där utförare eller personer i ägar- eller ledningsställning som har bedömts olämpliga i en region rör sig mellan regionerna.



## 17.6 Minskat beroende av inhyrd personal

### Minskat beroende av inhyrd personal

Sammantaget anser SKR att utredningen har fångat den komplexa problematiken med inhyrning av vårdpersonal. Analysen och de åtgärder som utredningen föreslår är väl avvägda och så långt man kan gå utan att föreslå begränsning av inhyrningen t.ex. genom tids-, sektors-, orsaksbegränsning eller förbud.

SKR anser dock att analys och problematisering kring en eventuell reglering av inhyrning av personal hade kunnat fördjupas. Utredningen anger att om de förslag som lagts inte ger önskat resultat bör regeringen överväga andra åtgärder. Vad som menas med ”andra åtgärder” hade behövt utvecklas och förtydligas.

#### 17.6.1 Bättre upphandling och marknadskontroll

I enlighet med vad utredningen rekommenderar samverkar Sveriges regioner sedan 2016 aktivt, med stöd av SKR och under ledning av regiondirektörerna, inom ett stort antal områden för att uppnå ett oberoende av inhyrd personal<sup>1</sup>.

Inom ramarna för arbetet pågår eller har genomförts flera aktiviteter av de som utredningen föreslår. Till exempel ses möjligheterna över att förbättra den löpande uppföljningen av kostnaderna genom att komplettera med fler gemensamma indikatorer som bättre avspeglar kontinuitet, trygghet, kvalitet, utveckling och arbetsmiljö.

I september 2019 genomfördes även en kartläggning av regionernas upphandlingsmodeller vilken har identifierat fyra olika modeller för upphandling att överväga. Utifrån kartläggningen drivs ett projekt under perioden 2019-10-01 till 2019-12-14 som undersökt hur regionerna i större utsträckning kan genomföra samordnade upphandlingar. Dialog har även skett med Upphandlingsmyndigheten kring eventuell framtagande av en vägledning för bättre upphandling och samordning av inhyrd personal.

Utredningens förslag om att Upphandlingsmyndigheten tar fram ett mer specifikt stödmaterial riktat just mot upphandling av inhyrd personal skulle med andra ord vara i linje med regionernas redan pågående arbete.

#### 17.6.2 Ökad patientsäkerhet

SKR välkomnar även förslagen att Socialstyrelsen respektive Upphandlingsmyndigheten ska ta fram riktlinjer för användandet av inhyrd personal, som stöd till verksamhetschefer och andra i deras arbetsmiljö- och patientsäkerhetsarbete. SKR vill påpeka att det bör ske genom samordning mellan

---

<sup>1</sup>Rapport från det nätverksgemensamma projektet 2016-2018 [Projekt Oberoende av inhyrd personal](#)

berörda myndigheter. Arbetsmiljöverket tydliggör exempelvis på sin webbplats<sup>2</sup> hur arbetsmiljöansvaret ser ut för den som hyr ut personal och den som hyr in personal samt ger rekommendationer.

En ökad helhetssyn beträffande arbetsmiljö och patientsäkerhet är angeläget för att förverkliga en bättre styrning av hälso- och sjukvården samt främja en jämlik och behovsbaserad vård. Ledningen på alla nivåer i regionerna behöver ha kunskap om patientsäkerhet och systematiskt arbetsmiljöarbete för att kunna leda och styra verksamheten mot ökad säkerhetskultur. Stöd för ett integrerat patientsäkerhets- och arbetsmiljöarbete kan skapa synergier som kan bidra till effektivitet, helhetssyn, delaktighet och högre patientsäkerhet.

### **17.6.3 Nationellt arbete med planering och dimensionering av kompetensförsörjning**

SKR delar uppfattning om att det finns behov av utvecklade samverkansformer och samordning på både nationell och regional nivå, och vill påtala att det gäller även mellan olika statliga aktörer, för att effektivisera kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.

SKR ser positivt på att Socialstyrelsen och Universitetskanslersämbetet har lämnat förslag till regeringen om ett nationellt råd som ska inrättas för samverkan mellan regioner, kommuner, universitet och högskolor. Kompetensförsörjning är komplexa frågor som spänner över många olika huvudmän och politikområden. SKR uppskattar de senaste årens ökade statliga engagemang i frågorna och vill trycka på att ett framgångsrikt arbete kräver konstruktiv samverkan mellan inblandade aktörer, där alla bidrar utifrån sina ansvarsområden.

Aktörer med ett nationellt perspektiv uttrycker ibland frustration över vad man uppfattar som en bristande samordning mellan regionerna i kompetensförsörjningsfrågor och framför ökad statlig styrning som en lösning. SKR vill påtala att det också finns en frustration över bristen på samordning mellan de olika statliga aktörerna och deras arbete med kompetensförsörjningsfrågor, inte minst mellan departement och myndigheter på utbildnings- arbetsmarknads- och sjukvårdsområdet.

SKR anser att det finns goda förutsättningar för utvecklade samverkansformer framåt och arbetar med att i ökad utsträckning tillgängliggöra data som kan bidra till en bättre nationell bild av tillgång och efterfrågan på hälso- och sjukvårdspersonal.

---

<sup>2</sup>Arbetsmiljöverket om arbetsmiljöansvar för inhyrd personal [För dig som hyr in personal](#)

#### **17.6.4 Ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd**

SKR välkomnar förslaget om ökad kunskap om kompetensförsörjning i glesbygd och långsiktig finansiering av välfärd med uppdrag till välfärdskommissionen och Vårdanalys. Ett förbehåll SKR vill göra är att frågor kring vad som får vårdpersonal att vilja arbeta inom hälso- och sjukvård i glesbygd behöver belysas utifrån ett bredare samhällsperspektiv kring vad som får människor att vilja arbeta och bosätta sig i glesbygd, något som lämpar sig bättre för välfärdskommissionen än Vårdanalys att hantera.

SKR förordar inte ytterligare kortsiktiga lösningar i form av riktade statliga satsningar som till exempel statlig finansiering av specialisttjänster inom allmänmedicin.

Det är av stor vikt att en långsiktig utveckling av hälso- och sjukvården sker genom största möjliga samsyn mellan olika aktörer – hälso- och sjukvårdens huvudmän, medarbetare och patienter och dessa gruppers organisationer. Fokus behöver vara på nya personcentrerade och teambaserade arbetssätt med inriktning på främjande, förebyggande och proaktiva arbetssätt och nya arbetssätt med stöd av digital teknik som stödjer omställningen mot en nära vård.

Kommuner och regioner behöver utveckla sin samverkan för att se hur resurserna skulle kunna användas mer optimalt genom t.ex. utvecklade IT-stöd, kombinationsanställningar som medger tjänstgöring hos flera olika huvudmän, vårdgivare eller utförare, uppgiftsväxling, interna bemanningspooler, samarbetsmodeller kring smalare specialistkompetenser m.m.

Staten har en viktig roll i att stödja utvecklingsarbetet, till exempel genom sitt ansvar att finansiera och samordna utbildning och arbetsmarknad.

Utbildningar till välfärdsyrken generellt behöver i större utsträckning finnas på fler platser eftersom verksamheterna måste finnas i hela landet. Att utbildningar finns på samma ort som jobben är viktigt liksom möjligheter till distans- och fjärrundervisning behöver stärkas. Här behöver staten anpassa utbildningarnas dimensionering efter regionala förutsättningar för att främja kompetensförsörjningen i glesbygden. Vidare behöver det regionala och lokala samarbetet mellan utbildare och arbetsgivare stärkas.

### **17.7 Övriga förslag**

#### **17.7.1 Ökad långsiktighet i statens styrning av hälso- och sjukvården**

SKR har länge varit kritisk mot de specialdestinerade statsbidragen och till detaljerade och kortsiktiga överenskommelser. Utredningens förslag om att genom parlamentariska kommittéer ta fram kunskapsunderlag för prioriteringar och förslag på en mer långsiktig och strategisk statlig styrning inom utvalda viktiga områden välkomnas därför av SKR.

Frågan om prioriteringar inom hälso- och sjukvården har hög aktualitet. Läkemedelsutredningen (SOU 2018:89) har föreslagit en utredning om prioriteringsplattformen. Även utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård har signalerat ett behov av en översyn. SKR instämmer och menar att det är viktigt att problematisera kring hur prioriteringsplattformen relaterar till en ökad personcentrering och omställningen av hälso- och sjukvården mot en mer nära vård. SKR välkomnar därför att en offentlig utredning får i uppdrag att genomföra en öppen och bred debatt om grunderna för prioriteringar i hälso- och sjukvården.

SKR välkomnar förslaget att regeringen genom en parlamentarisk kommitté ska låta utreda hur befintliga förslag när det gäller informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst skyndsamt kan genomföras. SKR har drivit krav på förändringar inom området under lång tid och utredningens förslag ligger därför i linje med vad SKR och regionerna vill. En sådan kommitté bör dock även se över problemen med informationsöverföring mellan offentlig och privat. Den måste också, menar SKR, samordna sina insatser med den utredning som socialdepartementet nyligen tillsatt och som har i uppdrag att utreda och lämna förslag som rör personuppgiftshantering inom och mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård.

Förslaget om att utreda om det skulle vara ändamålsenligt att staten tar över ansvaret för infrastrukturen när det gäller information i hälso- och sjukvård och socialtjänst behöver, enligt SKR, vidareutvecklas, motiveras och konsekvensbeskrivas - Vad skulle det innebära konkret?

## **Ekonomiska konsekvenser och Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen**

Eftersom utredningens förslag fokuserar i princip uteslutande på valfriheten och vårdvalet i regionernas primärvård menar SKR att de ekonomiska konsekvenserna för hela hälso- och sjukvårdssystemet blir svåra att bedöma. Som tidigare nämnts menar SKR t.ex. att det, när det gäller patientavgiften, inte går att bara titta på primärvården eftersom regionerna ofta arbetar strategiskt (högre avgifter i akutvård, lägre i primärvård etc.).

Som tidigare nämnts menar SKR att förslagen om en nationellt fastställd patientavgift, förslaget att inga ändringar av betydelse för ersättningen får göras oftare än vart tredje år samt förslaget om årlig indexuppräknning skulle innebära stora ingrepp i regionernas självstyre och möjlighet till ansvarstagande.

Utredningens förslag är utformade på ett sådant sätt att finansieringsprincipen inte blir tillämplig eftersom man använder rekommendationer istället för lag. Men kostnaden kommer ändå att uppstå hos regionerna. Rekommendationer har ingen rättsverkan men SKR menar att de ändå riskerar att bli normerande på ett sätt som urholkar det kommunala självstyret och skapar förväntningar.

Sveriges Kommuner och Regioner



**Anders Henriksson**  
**Ordförande**

*Särskilt yttrande lämnades av Vänsterpartiet, bilaga 1.*

## SÄRSKILT YTTRANDE

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Regioner  
2020-01-31

### *Särskilt yttrande från Vänsterpartiet*

#### **Digifysiskt vårdval – SOU 2019:42**

Remissvaret från SKR är resonerade och lyfter fram komplexiteten i detta, vilket vi välkomnar. Däremot menar vi i Vänsterpartiet att i ett läge där LOV:en är en tvingande lagstiftning för regionerna så vore det bra om de digitala vårdgivarna inkorporeras i samma system. Digitala möjligheter ska inte vara något valbart utan bör erbjudas när så är lämpligt av vårdgivare generellt.

De resonemang som finns om jämlikheten i vårdvalssystemet är mer komplicerade än vad remissvaret lyfter fram. Redan idag ser vi hur välutbildade och friskare personer har lättare att navigera i vårdvalssystemet vilket är en utmaning.