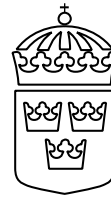


Regeringens proposition

2017/18:83



Styrande principer inom hälso- och sjukvården
och en förstärkt vårdgaranti

Prop.
2017/18:83

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 25 januari 2018

Stefan Löfven

Annika Strandhäll
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

Denna proposition är ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har lämnat ett första delbetänkande vilket utgör grunden för denna proposition. Utredningen ska lämna ytterligare två betänkanden 2018 och 2019.

Om Sverige ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Vården måste bli bättre på att sätta patientens behov i centrum.

I propositionen görs bedömningen att alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av hälso- och sjukvården. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

I propositionen föreslår regeringen en ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

Vidare föreslås att vårdgarantin inom primärvården ska stärkas. I dag är den formulerad så att den enskilde inom viss tid ska få besöka läkare.

Prop. 2017/18:83 Enligt det nya förslaget ska den enskilde i stället inom en viss tid garanteras en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det är patientens behov som ska styra vilken yrkesgrupp hon eller han får träffa. Syftet är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården för att på bästa sätt möta patienternas behov. Fördelarna med detta är att patienten snabbare får träffa den kompetens man har störst behov av och att läkartid kan frigöras för de patienter som har behov av en läkare.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2019.

1	Förslag till riksdagsbeslut	5
2	Lagtext	6
2.1	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	6
2.2	Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	7
3	Ärendet och dess beredning	8
4	En god och nära vård	9
4.1	Första steget för en omstrukturering av svensk hälso- och sjukvård	9
4.2	Hälso- och sjukvårdens styrning och organisation	9
4.3	Hälso- och sjukvårdens utmaningar.....	11
4.4	En omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet är nödvändig	15
4.5	En gemensam målbild för en god och nära vård	16
4.6	Styrande principer för vårdens organisering.....	19
5	Tillgängligheten i primärvården behöver öka	24
5.1	Väntetider inom vården – en kort historik.....	24
5.2	Dagens vårdgaranti (0-7-90-90)	26
5.3	En förstärkt vårdgaranti inom primärvården	28
6	Ikraftträdande	33
7	Konsekvenser	34
7.1	Övergripande konsekvenser av förslagen	34
7.2	Ekonomiska konsekvenser för samhället.....	34
7.3	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	35
7.4	Ekonomiska konsekvenser för landstingen	36
7.5	Ekonomiska konsekvenser för staten.....	40
7.6	Konsekvenser för en jämlik vård.....	41
7.7	Konsekvenser för jämställdheten mellan könen	42
7.8	Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården	42
7.9	Konsekvenser för kommunerna.....	43
7.10	Administrativa konsekvenser	44
7.11	Konsekvenser för sysselsättningen.....	44
7.12	Konsekvenser för företagen.....	45
7.13	Övriga konsekvenser	46
8	Författningskommentar	46
8.1	Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)	46
8.2	Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)	48
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)	49

Prop. 2017/18:83	Bilaga 2	Lagförslag i betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53).....	53
	Bilaga 3	Förteckning över remissinstanser som beretts tillfälle att avge yttrande över betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)	56
	Bilaga 4	Lagrådets yttrande	57
		Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 januari 2018.....	58

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2017/18:83

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
2. lag om ändring i patientlagen (2014:821).

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 9 kap. 1 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas en ny paragraf, 7 kap. 2 a §, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.**2 a§**

Landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

9 kap.**1 §**

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *besöka* läkare inom primärvården, 2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

2.2 Förslag till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

Prop. 2017/18:83

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

3 §¹

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *besöka* läkare inom primärvården, 2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården,*
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2019.

¹ Senaste lydelse 2017:66.

3 Ärendet och dess beredning

Regeringen beslutade den 21 november 2013 att ge en nationell samordnare i uppdrag att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt (dir. 2013:104). Analysen skulle bland annat belysa de effektivitetsproblem och utvecklingsområden som finns. I januari 2016 överlämnades slutbetänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). I betänkandet framhåller utredningen att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Många av remissinstanserna, och även många andra aktörer, välkomnade de flesta av förslagen i Effektiv vård och regeringen delar utredningens övergripande bedömning. I remissvaren betonades dock att omstruktureringen måste göras gradvis och att det finns behov av ytterligare analys. För att realisera en omstrukturering av den omfattning som föreslås krävs dessutom en nationell samordning. Regeringen gav därför den 2 mars 2017 en särskild utredare i uppdrag (dir. 2017:24) att utifrån förslagen i betänkandet Effektiv vård stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01). Utredaren ska fördjupa analyserna av vissa förslag i Effektiv vård samt även i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer utarbeta en nationell plan där primärvården är utgångspunkten för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska i planen redovisa vad som krävs för en nationellt samordnad förändring, vilka utmaningar som finns samt redovisa en med berörda aktörer förankrad tidsplan för det fortsatta förändringsarbetet.

Denna proposition utgår från förslagen i utredningens första delbetänkande God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53) som överlämnades till regeringen den 7 juni 2017. Dessa förslag utgår i sin tur ifrån förslag i betänkandet Effektiv vård. En sammanfattning av delbetänkandet God och nära vård finns i *bilaga 1*. Delbetänkandets lagförslag finns i *bilaga 2*. Delbetänkandet har remitterats och en förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (dnr S2017/03549) Ytterligare ett delbetänkande ska lämnas senast den 1 juni 2018. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2019.

Lagrådet

Regeringen beslutade den 13 december 2017 att inhämta Lagrådets yttrande över lagförslag som överensstämmer med lagförslaget i denna proposition. Lagrådet lämnar förslagen utan erinran. Lagrådets yttrande finns i *bilaga 4*.

4.1 Första steget för en omstrukturering av svensk hälso- och sjukvård

Denna proposition är ett första steg i regeringens avsedda omstrukturering av hälso- och sjukvården där primärvården ska bli den tydliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01), nedan benämnd utredningen, har lämnat ett första delbetänkande vilket utgör grunden för denna proposition. Utredningen ska lämna ytterligare två betänkanden 2018 och 2019. I utredningens uppdrag ligger bl.a. att, i dialog med företrädare för samtliga landsting, myndigheter och andra berörda aktörer, utarbeta och presentera en nationell plan för primärvården för en ökad närhet till patienten. Utredaren ska också i enlighet med de tilläggsdirektiv (dir. 2017:97) som beslutades den 21 september 2017 utreda ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård samt lämna förslag på hur samverkan mellan primärvården och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg kan underlättas och på hur gränssnittet mellan dessa verksamheter bör se ut. Utredarens uppdrag pågår till och med mars 2019, men omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård kommer inte att vara avslutad då. Det är ett långsiktigt arbete som involverar många aktörer och kommer att pågå under flera år.

4.2 Hälso- och sjukvårdens styrning och organisation

Övergripande lagreglering

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, avses med hälso- och sjukvård åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter och omhändertagande av avlidna (2 kap. 1 § första stycket). Av HSL framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket). Det framhålls också att hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 §).

Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvårdsverksamhet bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska vara av god kvalitet med en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och sjukvårdspersonalen och vara lätt tillgänglig.

I HSL definieras vård som antingen sluten eller öppen vård. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård. Primärvård definieras i HSL som hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, före-

byggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 4–6 §§).

Riksdagen har fastslagit tre principer som utgör en etisk plattform som ska ligga till grund för prioriteringar inom vården (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186):

- människovärdesprincipen: alla människor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället,
- behovs- och solidaritetsprincipen: resurserna bör fördelas efter behov,
- kostnadseffektivitetsprincipen: vid val mellan olika verksamheter eller åtgärder bör en rimlig relation mellan kostnader och effekt, mätt i förbättrad hälsa och förhöjd livskvalitet, eftersträvas.

Människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen ligger till grund för bestämmelserna i 3 kap. 1 § andra stycket HSL om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Kostnadseffektivitetsprincipen (jfr. 4 kap. 1 § HSL) är underordnad de andra principerna (a. prop. s. 21).

Enligt 2 kap. 13 § 1 diskrimineringslagen (2008:567) är diskriminering i fråga om hälso- och sjukvård och annan medicinsk verksamhet förbjuden. Detta avser diskriminering på grundval av de diskrimineringsgrunder som fastslås i lagens 1 kap. 1 och 5 §§, dvs. kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Regeringen har även ett delmål för jämställdhetspolitiken om att kvinnor och män ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor.

Hälso- och sjukvårdslagen har specifika bestämmelser om att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare (7 kap. 3 § HSL).

Av 9 kap. 1 § HSL och 2 kap. 3 § patientlagen (2014:821) följer att landstingen ska erbjuda vårdgaranti bl.a. åt den som är bosatt i landstinget. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. besöka läkare inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

En decentraliserad organisation

Hälso- och sjukvårdens andel av BNP uppgick år 2015 till 11,0 procent. Ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger huvudsakligen i dag på de 21 landstingen och på de 290 kommunerna.

Staten å sin sida har ett övergripande systemansvar och ansvarar för bland annat normering, tillsyn och utjämningsystem. Inom de ramar som ges av lagar och andra nationella regelverk har landsting och kommuner en stor frihet att, utifrån lokala förhållanden, välja hur man organiserar och tillhandahåller den vård man enligt hälso- och sjukvårdslagen har ansvar för att erbjuda. Denna långtgående decentralisering präglar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet även vad gäller finansieringen. Landstingen och landstingsägda bolag stod år 2015 för 56,5 procent av de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna för Sverige, kommunerna stod för 25,4 procent och staten för 1,5 procent. Totalt sett stod offentlig sektor år 2015 för ca 84 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvården. Resterande kostnader fördelades mellan frivilliga sjukvårdsförsäkringar (0,6 procent), hushållens ideella organisationer (0,1 procent), företag (0,4 procent) och hushållens utgifter ur egen ficka/patientavgifter (15,2 procent).

Digital och virtuell vård

Det traditionella sättet att erbjuda vårdtjänster, dvs. genom att patienten träffar hälso- och sjukvårdspersonal på en vårdinrättning, kompletteras i dag i begränsad, men ökande, utsträckning av olika innovativa sätt att erbjuda vård med hjälp av tekniska lösningar.

Patienten kan t.ex. via dator eller mobiltelefon få hjälp där han eller hon befinner sig. Olika appar gör det möjligt för patienter att snabbt träffa läkare via videomöten och få hjälp med besvär som varken kräver fysisk undersökning eller provtagning för att diagnostisera och därför går bra att behandla på distans.

Flera typer av planerad behandling kan utföras på distans direkt mot patienten i hemmet, ofta via video. Andra gånger innebär den tekniska lösningen att det räcker att patienten beger sig till sin vårdcentral eller till närmaste sjukhus, som i sin tur har system för konsultation på distans med specialister vid t.ex. regionsjukhus.

Vård på distans förekommer exempelvis i fråga om kognitiv beteendeterapi, handrehabilitering efter skador eller kirurgiska ingrepp, logopedi-behandling för patienter med röst- och talstörningar samt smärtrehabilitering. Andra exempel som kan nämnas är hjärtundersökningar med ultraljudsrobot, dermatologiska undersökningar och justering av hörsel-hjälpmiddel. Kroniskt sjuka patienter kan med mätinstrument själva i hemmet sköta rutinkontroll av t.ex. blodtryck, blodvärde och blodsocker. Mätresultaten kan då skickas till en databas där läkare tar del av dem.

4.3 Hälso- och sjukvårdens utmaningar

Hälso- och sjukvården i Sverige uppnår enligt flera olika internationella jämförelser medicinska resultat i världsklass. Ytterligare andra undersökningar, bl.a. från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys), visar emellertid att det också finns stora utmaningar t.ex. när det gäller tillgänglighet, kontinuitet och patienternas upplevelse av delaktighet. I betänkandet Effektiv vård anger utredaren att Sverige har ett sjukhustungt system som i mångt och mycket är uppbyggt utifrån att

möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Alltså att sjukvården gör punktinsatser för enskilda sjukdomar eller skador som patienten drabbats av. Denna typ av insatser har hälso- och sjukvårdssystemet hanterat väl, men befolkningens behov har över tid förändrats både på grund av den medicinska utvecklingen och förbättrade levnadsvillkor. Medellivslängden ökar och med ökande ålder drabbas fler av kroniska sjukdomar som de behöver hälso- och sjukvårdens hjälp att hantera under lång tid. Dessutom ökar befolkningens storlek. Nuvarande hälso- och sjukvårdssystem bedöms framöver, enligt betänkandet Effektiv vård, inte förmå att använda de begränsade resurserna på ett tillräckligt effektivt sätt med bibehållen eller förbättrad vårdkvalitet.

I den internationella jämförelsen International Health Policy Survey (IHP), utförd av Commonwealth Fund 2016, tillfrågades patienter i olika länder om sina upplevelser av vården. I jämförelsen uppvisade Sverige sämre resultat än flera andra länder när det gäller patienternas upplevelse av vårdens förmåga att ge information och stöd och att göra patienten delaktig. Många patienter upplevde att den läkare de besökt inte kände till deras sjukdomshistoria. För personer med kronisk sjukdom hade Sverige genomgående relativt svaga resultat jämfört med andra länder. Till exempel saknar vissa patienter en diskussion med vården kring målsättningar och hur de själva kan ta hand om sin sjukdom. De svenska patienterna upplevde i betydligt lägre utsträckning än patienter i andra länder att ordinarie läkare eller vårdpersonal tar ett koordineringsansvar för kontakten med andra delar av vården. Sverige var dessutom betydligt sämre på att samordna informationen efter utskrivning från sjukhus jämfört med de andra länderna. Endast hälften av patienterna menade att deras ordinarie läkare eller mottagning verkade informerad om den vård som de fått på sjukhuset. I rapporten Samordnad vård och omsorg från 2016 visar Vårdanalys att cirka en miljon patienter och brukare har komplexa samordningsbehov och samtidigt små förutsättningar att vara delaktiga i samordningen av sin vård och omsorg.

Ytterligare utmaningar enligt betänkandet Effektiv vård

Utredningen tar, i enlighet med direktiven, sin utgångspunkt i analysen och förslagen i betänkandet Effektiv vård. I det betänkandet gjordes en grundlig analys av olika effektivitetsproblem och utvecklingsområden som det är viktigt att svensk hälso- och sjukvård samordnat och strukturerat tar sig an för att framöver klara att tillhandahålla den vård som befolkningen har behov av, till bibehållen eller bättre kvalitet. Förutom de problem som diskuterats ovan, dvs. *tillgänglighet*, *kontinuitet* och *patientdelaktighet*, listas nedan de ytterligare utmaningar som framhölls i betänkandet Effektiv vård:

- Sveriges hälso- och sjukvårdssystem är alltför *sjukhustungt* och primärvården har inte förutsättningar att klara uppdraget som första linjens vård. Primärvården är underdimensionerad både i förhållande till förväntningar och till potential. Resurser som skulle behöva verka ”utanför sjukhusens väggar” är i dag knutna till sjukhusen.
- *Föråldrade* och *fragmentiserade organisationer* och *arbetssätt*, som ofta utgår från en standardiserad logik kopplat till ett visst sjukdomstillstånd eller diagnos och inte anpassas till patientens behov. Åter-

kommande överbeläggningar påverkar såväl vårdens kvalitet som arbetsmiljön negativt.

- *Styrningen av vården är fragmentiserad* med en rad olika aktörer, bitvis oklar rollfördelning och bristande samordning och samverkan dem emellan. Gränsdragningen mellan öppen och slutna vård är inte längre ändamålsenlig. Splittringen gör det svårt för såväl medarbetare som patienter att agera ändamålsenligt i systemet.
- *Kompetensförsörjning*. Det gäller såväl strukturella problem kopplat till bristande strategisk och samordnad styrning vad gäller kompetensmixen som bristande möjligheter att erbjuda en attraktiv och sund arbetsmiljö för dem som jobbar inom vården.
- *Svårigheten att skapa arbetsplatskulturer* baserade på värderingar och förhållningssätt som understöder kvalitet, effektivitet och kontinuerlig utveckling i verksamheterna.
- *Verksamhetsstöden* för personalen är otillräckliga. Det gäller såväl informationssystem som kunskapsstöd.
- *Den administrativa bördan* för vårdens medarbetare är för tung.
- *Det behöver satsas mer på att främja hälsa och förebygga ohälsa.*
- *De begränsade möjligheterna att följa upp primärvården* gör att det saknas central information för att få en helhetsbild av svensk hälso- och sjukvård.

Betänkandet Effektiv vård har remitterats och en stor majoritet av remissvaren uttryckte stöd för dess analys. Det finns i dag en bred samsyn om vilka utmaningar svensk hälso- och sjukvård står inför och att dessa måste hanteras i närtid.

En stark primärvård är viktig för en jämlik vård men historiskt sett har sjukhusvård premierats

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i sjukhusvård snarare än i primärvård. Primärvården har sina rötter i 1600-talets provinsialläkarväsende. År 1688 infördes de första förordningar som reglerade provinsial- och stadsläkarnas verksamhet i Sverige (och Finland). Provinsialläkarna skulle arbeta på landsbygden och stadsläkarna i städerna. De statligt anställda provinsialläkarna hade ett brett ansvarsområde, vilket också utmärker dagens primärvård. Kännetecknande för det gamla provinsialläkarsystemet var att dess läkare arbetade ensamma eller med mycket lite biträdande personal. Hembesök var ett betydande inslag i verksamheten. Provinsialläkarsystemet fungerade enligt dåtidens krav relativt väl – fram till efter andra världskriget.

Den slutna sjukvården började byggas ut först under 1700-talet. I och med 1862 års kommunallagstiftning bildades landstingen som fick ansvar bl.a. för hälsovård. I och med detta började en stark sjukhusexpansion även om antalet läkare vid sjukhus och andra vårdinrättningar för slutna vård ända fram till 1940-talet var mindre än det antal läkare som var verksamma utanför sjukhusen. Vid tiden för andra världskriget började behovet av en reformering av den öppna sjukvården att diskuteras och en rad omdanande förslag presenterades. Grundprincipen var att skapa s.k. hälsocentraler, som var avsedda för både sjuka och friska

och som skulle fungera som center för både specialiserad och allmänmedicinsk öppen vård.

Ansvar för kroniskt sjuka människor var i princip oreglerat fram till införandet av 1951 års sjukhuslag då landstingen fick en obligatorisk vårdskyldighet för ”långvarigt kroppssjuka”. Efter det följde en kraftig expansion av sjukhusvården. Den högspecialiserade sjukvården koncentrerades till regionsjukhus och landet delades 1960 in i sju sjukvårdsregioner.

På 1950-talet var provinsialläkarväsendet inne i en svår kris. Arbetet var isolerat vid enläkarstationer med stor bundenhet av ständig jourtjänst. Den gamla tidens hemsjukvård som bedrevs genom hembesök hos patienten och dennes familj minskade kraftigt. Ensamarbetet och bristen på fortbildning medförde att kunskaperna snart blev föråldrade och det blev allt svårare att rekrytera unga läkare som hellre lockades av en karriär på sjukhuset, med möjlighet till specialistutbildning. Allmänhetens förtroende för sjukhusen växte och påverkade sökmönstren. Patienterna sökte sig till sjukhusens öppna mottagningar, då dessa hade tillgång till laboratorieundersökningar, röntgen och annan modern utrustning.

Problembilden går att känna igen även i dag, trots att flera olika utredningar under 1940-, 1950- och 1960-talet identifierade problem inom den öppna vården och kom med förslag på reformer för att åtgärda dessa. Ansvar för fler och fler delar av hälso- och sjukvården fördes successivt över till landstingen. Inga större innehållsmässiga förändringar av den öppna vården kom emellertid att ske förrän i slutet av 1960-talet. Då presenterade Socialstyrelsen sitt principprogram om öppen vård i vilken bl.a. begreppet vårdcentral lanserades, behovet av personal med andra kompetenser än läkare påtalades och olika alternativ till sluten vård lyftes fram. Även behovet av samverkan med socialvården framhölls.

Under 1970-talet omvandlades provinsialläkartjänsterna till distriktsläkartjänster och i flertalet landsting delades primärvården in i distrikt med fasta upptagningsområden. På vårdcentralerna skapades fasta arbetslag och barn- och mödrahälsovård och även sjukhemmen inkluderades i primärvården. De flesta av vårdcentralerna hade under 1970-talet svårt att leva upp till de ambitiösa målsättningarna och bristen på distriktsläkare var mycket stor.

I Socialstyrelsens principprogram för hälso- och sjukvård inför 1980-talet beskrevs primärvård som både ett verksamhetsområde och en organisatorisk vårdnivå och utmålades som basen för svensk hälso- och sjukvård. År 1979 lämnade hälso- och sjukvårdsutredningen (HSU) sitt slutbetänkande (SOU 1979:78) i vilket en ny ramlag för hälso- och sjukvården presenterades. I betänkandet betonades vikten av att tyngdpunkten i mottagningsverksamheten skulle finnas i verksamheter vid olika närmottagningar. Även om hälso- och sjukvårdslagen blev just en ramlag som inte kom att reglera formerna för verksamheten framhöll propositionen bl.a. att hälso- och sjukvården skulle planeras med primärvården som bas för organisationen samt att det var angeläget att utbyggnaden av primärvården prioriterades.

I principprogrammet inför 1990-talet (HS-90) framhölls återigen att huvudmännan i sin planering av hälso- och sjukvården skulle utgå från primärvården. I proposition 1984/85:181 om inriktningen och utveck-

lingen av hälso- och sjukvården angavs att primärvården utgjorde basen i hälso- och sjukvården och vikten av förebyggande insatser betonades. Det senaste större och mer genomgripande försöket att ställa om hälso- och sjukvårdsstrukturen genomfördes i samband med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Syftet var att stärka primärvården i såväl landstingen som kommunerna (för de äldre) för att komma till rätta med obalansen mellan dess resurser och dess åtagande. Socialstyrelsens uppföljning visade dock på att handlingsplanen överlag inte fick den avsedda verkan och att landstingen inte gjort de avsedda omfördelningarna av resurser till primärvården och psykiatrin.

Gemensamt för de tidigare satsningarna på nationell nivå för att stärka primärvården är att de aldrig kom att få något större genomslag. Primärvården i Sverige utgör fortfarande en relativt liten del av hälso- och sjukvården i internationell jämförelse. Primärvårdens andel av de totala nettokostnaderna för hälso- och sjukvård var 2016 knappt 17 procent. Antalet läkare per invånare har ökat över tid och Sverige har relativt många läkare per invånare internationellt sett. Antalet specialister i allmänmedicin har emellertid ökat jämförelsevis långsamt. År 2014 utgjorde specialister i allmänmedicin 22,4 procent av samtliga läkare med specialistkompetens.

4.4 En omstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet är nödvändig

En stärkt primärvård för en mer jämlik vård

Om Sverige ska bibehålla och öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna i vården går det inte att fortsätta att tillhandahålla vård och omsorg på samma sätt som i dag. Givet de begränsade resurserna finns det i dag ett behov av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser och styra resurserna dit de gör mest nytta för patienterna. Ett personcentrerat synsätt bygger på att se hela personens samlade vårdbehov, och primärvården lyfts i betänkandet fram som den vårdnivå som, tillsammans med delaktiga patienter, borde ha bäst förutsättningar att tillgodose det. Svensk hälso- och sjukvård har emellertid i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i sjukhusvård snarare än primärvård. Forskning visar att primärvården behöver ha en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet och att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen. I betänkandet Effektiv vård görs bedömningen att en förstärkning av primärvården är nödvändig och att det sannolikt är den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan vidta för att minska ojämlikhet i hälsa bland befolkningen. Kommissionen för jämlik hälsa instämmer också i att en välfungerande primärvård är särskilt viktig för att åstadkomma en jämlik hälsa (SOU 2017:47). Personer med sämre socioekonomiska förutsättningar kontaktar enligt Vårdanalys primärvården i högre grad än befolkningen i övrigt. Att stärka primärvården så att den har förutsättningar att erbjuda en vård av högre kvalitet kan alltså särskilt komma att gynna

dessa grupper och därigenom leda till en mer jämlik vård. Primärvården är också den del av hälso- och sjukvården som enligt utredningen borde ha bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför patienterna i första hand förväntas vända sig dit för att få en bedömning. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bland annat på grund av bristande tillgänglighet till primärvården. Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i en icke optimal vård av patienten, i höga kostnader och i vissa fall även vårdskador. En slutenvårdsepisod motsvarar i genomsnitt kostnaden för 57 besök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre.

Omstruktureringen är ett långsiktigt arbete som behöver göras stegvis

Utredningen har presenterat en färdplan för omstruktureringen som sträcker sig över tio år. Att förändra ett komplext system på ett hållbart sätt med bibehållen kvalitet behöver få ta tid. Många olika typer av förändringar behöver göras i många steg och i olika skeden. Det är avgörande att alla berörda aktörer förmår att samverka och att hålla engagemanget levande både på kort och lång sikt.

4.5 En gemensam målbild för en god och nära vård

Regeringens bedömning: Alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

Utredningens förslag: Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Utredningens förslag är att ”det behövs en gemensam målbild för förflyttningen från dagens sjukhustunga system till en ny första linjens hälso- och sjukvård. En hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.”

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som lämnat synpunkter på utredningens förslag uttrycker 46 instanser att de är positiva eller tillstyrker, medan tio inte har någon invändning mot förslagen. Inga remissinstanser avstyrker utredningens förslag. Den sammantagna bilden är att förslaget om att det behövs en målbild välkomnas av remissinstanserna. Remissinstanserna konstaterar vanligtvis att en målbild är nödvändig, men därefter går uppfattningarna om hur målbilden bör se ut isär. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)* delar den problembild som presenteras i betänkandet och instämmer i att hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att åstadkomma såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Vårdanalys menar att den målbild som utredningen presenterar lägger en

god grund för det fortsatta arbetet. Myndigheten menar emellertid liksom flera andra remissinstanser, exempelvis *Vårdförbundet*, att patient- och personcentreringsperspektivet inte får en tillräckligt framträdande roll i utredningens förslag till målbild. *Socialstyrelsen* tillstyrker förslaget om att ha en gemensam målbild för den föreslagna omställningen men föreslår att målbilden omformuleras något för att ännu tydligare utgå från de nya styrande principerna. Myndigheten betonar att det behövs ett flexibelt och integrerat hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patientens behov. *Socialstyrelsen* anser vidare att en nationell och gemensam definition av begreppet nära vård är viktig för att ge tydlighet åt såväl den föreslagna målbilden som de styrande principerna för vårdens organisering. *Cancerfonden* understryker behovet av att genomgående säkra forskningens plats, för att säkra att kontinuerlig utveckling och förbättringsarbete är en självklar del i hälso- och sjukvårdens alla delar.

Åre kommun instämmer med utredningens förslag om målbild och understryker vikten av samverkan med kommuner. Andra remissinstanser, t.ex. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, anser emellertid att samverkan bör breddas och då särskilt till tandvården. *Sveriges Farmaceuter* anser att samspelet bör utvidgas till hela vårdsektorn. Att endast omnämna sjukhus och kommunala insatser menar de är alltför avgränsande och täcker inte in övriga vårdgivare såsom apotek och tandvård. *Sveriges Läkarförbund* ifrågasätter ordet samspel och menar att det inte tydliggör vem som förväntas ha huvudansvaret. *Vårdförbundet* anser att den kommunala hälso- och sjukvården, inklusive hemsjukvården, inte kan beskrivas som ”insatser” och att det inte ska vara fråga om ”samspel” eftersom det kan uppfattas som marginaliserande att beskriva den kommunala hälso- och sjukvården på det sättet. Målbilden bör enligt *Vårdförbundet* vara tydlig med att det är fråga om en förflyttning till en nära vård och att det inte handlar om ett samspel mellan primärvård, sjukhus och kommunala insatser utan om hela vården. *Kronobergs läns landsting* framhåller att det är viktigt att även befolkningen får förståelse för målbilden.

Skälen för regeringens bedömning

Dagens hälso- och sjukvårdssystem är uppbyggt efter de behov och de behandlingsmöjligheter som fanns förr, enligt en logik som inte längre möter de behov som många av dagens patienter har. Sverige har ett sjukhusstunt system som i mångt och mycket är uppbyggt utifrån att möta, diagnostisera och behandla patienter med akuta sjukdomstillstånd. Sjukvården gör med andra ord punktinsatser för enskilda sjukdomar eller skador som patienten drabbats av. Men befolkningen och medellivslängden ökar och med ökande ålder drabbas fler av sjukdomar som de behöver hälso- och sjukvårdens hjälp att hantera under lång tid. Vården behöver ges utifrån ett personcentrerat synsätt där hela personens samlade vårdbehov tillgodoses med en tydlig patientmedverkan. Om Sverige ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna, kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera som utgår från

patientens behov och möjlighet till patientmedverkan för att åstadkomma såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. Hälso- och sjukvården behöver bli mer jämlik. Det måste finnas förutsättningar att använda bästa tillgängliga kunskap i varje patientmöte, möjlighet att följa upp medicinska resultat och i högre grad utnyttja digitaliseringens möjligheter för att förbättra kvalitet, effektivitet och tillgänglighet. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är nödvändig. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov. För att primärvården ska kunna utgöra en verklig första linjens hälso- och sjukvård ser regeringen att det finns ett omfattande behov av att utveckla och förstärka den. Detta krävs för att möta patienternas behov och uppnå en socialt och ekonomiskt hållbar hälso- och sjukvård med ökad kontinuitet och tillgänglighet. En starkare och mer tillgänglig primärvård kan avlasta sjukhusens akutmottagningar bl.a. genom att patienterna i större utsträckning vänder sig hit i första hand och genom att bättre omhänderta äldre patienter med komplexa vårdbehov och på så sätt undvika att de behöver söka vård på akuten. Den önskade utvecklingen ställer nya krav på primärvårdens utformning och innehåll, där dagens ohälsoutmaningar måste få utrymme att tas om hand på ett annat sätt än i dag. Utmaningarna består bl.a. av bemötande och omhändertagande av psykisk ohälsa, inte minst hos unga, beroendeproblematik, omhändertagande av äldre med många olika sjukdomar och läkemedel och den allt större andelen av befolkningen som lever allt längre med kroniska sjukdomar. Ett nytt sjukvårdssystem med primärvården som tydlig bas måste också vara organiserat för att möta behovet av stärkt kontinuitet och tillgänglighet. I och med att mer vård ska bedrivas utanför sjukhusens väggar kommer det att behövas en förflyttning av kompetenser från akutsjukhusen ut till den nya nära vården. Den förflyttningen kan ibland innebära att personal rent fysiskt flyttas över genom att de byter arbetsplats eller delar sin arbetstid mellan olika arbetsplatser men den kan också innebära att olika typer av specialister på sjukhusen deltar i den nära vården med hjälp av virtuella lösningar. En av anledningarna till att tidigare försök till förstärkning av primärvården inte fallit så väl ut kan vara att behovet av denna kompetensförflyttning har underskattats. Sjukhusvårdens organisering är liksom läkarkåren uppbyggd utifrån olika medicinska specialiteter. Läkarkåren kan sägas ha en hierarkisk ordning med utvecklingsmöjligheter, belöningssystem och karriärvägar inom den egna specialiteten som främst är knuten till sjukhusvården. Sverige har ingen generell läkarbrist men i primärvården är det svårt att rekrytera och behålla läkare. Primärvård och övrig öppen vård behöver bli en mer attraktiv arbetsplats för läkare och annan personal med tydligare utvecklingsmöjligheter och karriärvägar. Det behöver finnas goda förutsättningar för att bedriva utbildning och forskning.

Regeringen bedömer att det är viktigt att redan tidigt i detta omfattande omstruktureringsarbete enas om, och sluta upp bakom, en gemensam grundläggande målbild. Denna målbild kan sedan stegvis fördjupas och specificeras under arbetets gång. Svensk hälso- och sjukvårds utmaningar finns på många olika nivåer och områden, såväl inom styrning och

ledning som inom verksamhet och administration. Därför krävs ett samordnat arbete som involverar många olika aktörer i riktning mot en gemensam målbild som vårdens olika intressenter och aktörer principiellt kan stå bakom. Engagemanget och uthålligheten från samtliga aktörer i systemet är avgörande. Det är nödvändigt om verkliga, hållbara förändringar ska kunna uppnås för hela befolkningen. Målbilden involverar två centrala begrepp: god och nära vård.

God vård

God vård är en övergripande beskrivning av hur vården ska bedrivas för att uppfylla kraven i HSL.

Vården ska enligt 5 kap. 1 § HSL särskilt:

- vara av god kvalitet med en god hygienisk standard
- tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet
- bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet
- främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och
- vara lätt tillgänglig

Begreppet god vård, i nuvarande och tidigare form, är inarbetat i sjukvårdens ledningssystem för kvalitet, i dag reglerat i ”Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9), och ligger till grund för Socialstyrelsens arbete med bl.a. nationella indikatorer för god vård.

Nära vård

Nära vård är en term som används såväl i betänkandet Effektiv vård (”närsvård”) som i arbetet hos flera av vårdens huvudmän, och som beskriver hur vården i allt större utsträckning förflyttas från byggnaden ”sjukhuset” och ut i andra vårdformer: till vårdcentral, hälsocentral, andra former av externt belägna specialismottagningar, sjukstugor, mobila team, digitala lösningar eller patientens hem. Att vården är nära kan ibland innebära geografiskt nära, ibland kan närheten också åstadkommas med hjälp av tekniska och digitala lösningar. Enligt utredningens direktiv ska ett nationellt uppdrag för primärvården formuleras i ett kommande delbetänkande. Utredningen anger i det första delbetänkandet att en gemensam definition av begreppet nära vård kommer att formuleras i samband med detta.

4.6 Styrande principer för vårdens organisering

Regeringens förslag: Landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

Regeringens bedömning: Vården bör ges som öppen vård i första hand.

Utredningens förslag: Överensstämmer delvis med regeringens förslag och bedömning. Utredningen föreslår en annan placering och en delvis annan lydelse av bestämmelsen om att vården ska ges nära befolkningen. Vidare föreslår utredningen en ny bestämmelse i HSL om att hälso- och sjukvården i första hand ska ges som öppen vård. I de nuvarande bestämmelserna i HSL och patientlagen om att vården ska vara lätt tillgänglig föreslår utredningen ett tillägg om att detta ska gälla för kontakt, bedömning och besök.

Remissinstanserna: Den samlade bilden av remissinstansernas svar är att det finns en stor enighet kring behovet av nya styrande principer för hälso- och sjukvården. Bland de remissinstanser som tillstyrker utredningens förslag i sin helhet återfinns bland annat sexton *landsting*, tio *kommuner*, *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)*, *Folkhälsomyndigheten* och *E-hälsomyndigheten*. Av flera kommuners remissvar framgår emellertid en önskan om ytterligare konsekvensanalys ur ett kommunalt perspektiv. *Myndigheten för vård och omsorgsanalys (Vårdanalys)* avstyrker utredningens förslag med hänvisning till att det är för tidigt i utredningen att i detta skede förändra lagstiftningen och de styrande principerna för hälso- och sjukvården. Vårdanalys bedömning är att det först finns ett behov av en bredare översyn av de styrande principerna, där fler delar än de principer som nu berörs i utredningen ses över för att bättre svara mot dagens och framtidens behov av hälso- och sjukvård. Lagstiftningen skulle enligt Vårdanalys vinna på att utvecklas när primärvårdens uppdrag har fastställts samt på att översynen sker samordnat med andra pågående lagstiftningsinitiativ.

Förslaget om att vården ska ges nära befolkningen tillstyrks av flera remissinstanser. *Socialstyrelsen* anger att det är av stor vikt att tydligt slå fast principen om nära vård som en grundbult i sjukvårdens utformning: geografiskt nära vård i första hand, men i allt större utsträckning närmare med hjälp av nya tekniska lösningar. *Socialstyrelsen* lyfter liksom flera kommuner fram att principen om nära vård även påverkar den kommunala hälso- och sjukvårdens organisering och resursfördelning. *SKL* skriver att det är en självklarhet att befolkningen ska uppleva att vården är lättillgänglig och nära. *SKL* anser emellertid att närhetsbegreppet som styrande princip bör kompletteras med ett resonemang och en djupare analys för att kunna tolkas och användas i styrning av vårdens organisation. *Stockholms läns landsting* anser också att det behövs en fördjupad analys kring vad närhetsbegreppet kan komma att betyda för olika typer av vård, olika patientgrupper och olika behov samt i vårdförloppets olika delar. *Socialstyrelsen*, *Vårdanalys* och *Svenska Läkaresällskapet* anser att det finns ett behov av en förtydligande och gemensam definition av begreppet nära vård. *Norrbottens läns landsting* lyfter fram att det är viktigt att begreppen nära och tillgänglig ges en innebörd som inte enbart avser en geografisk och tidsmässig dimension. Landstinget betonar att den nära vården i allt högre grad kommer att kunna organiseras i hemmet via digitala lösningar vilket är en viktig aspekt i glesbefolkade områden med stora geografiska avstånd. Vidare anser landstinget att skrivningen att vården får koncentreras geografiskt är ett viktigt tillägg. När det gäller sällan förekommande vård finns det en större acceptans för att resa hos patienterna, samtidigt som koncentreringen av viss specialiserad vård säkerställer en tillräckligt hög frekvens av sjukdomsfall för att vård-

kompetens inom området ska upprätthållas och utvecklas över tid. Även andra remissinstanser, däribland *Västerbottens läns landsting*, *Väster-norrlands läns landsting*, *Vårdförbundet*, *SPF Seniorerna*, *Swedish Medtech* och *Funktionsrätt Sverige*, instämmer i att vården ska få koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Ingen remissinstans avstyrker förslaget om geografisk koncentration men Funktionsrätt Sverige noterar att det med nuvarande skrivelse handlar om effektivitet inom vården, inte vad som är effektivt för patienten. Socialstyrelsen menar vidare att det finns skäl att tydliggöra vad begreppet geografisk koncentration innebär. Vårdanalys menar att vården som princip alltid bör organiseras utifrån det sätt som på evidensmässig bas bidrar till högsta kvalitet och effektivitet. Vårdanalys menar därför att ordet får blir för svagt och föreslår att det ändras till bör eller ska i den aktuella paragrafen.

Förslaget om att vården ska ges som öppen vård i första hand tillstyrks av ett flertal remissinstanser, däribland Socialstyrelsen, Vårdanalys, *Örkelljunga kommun*, *Danderyds kommun*, *Dalarnas läns landsting*, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, *Akademikerförbundet SSR*, *SPF Seniorerna*, *Vårdföretagarna* och *Swedish Medtech*. SKL och Stockholms läns landsting anger att principen att vård i huvudsak ska ges som öppen vård får anses okontroversiell för en modern hälso- och sjukvård och vill lyfta fram vikten av utredningens fortsatta arbete med att analysera definitioner. Vårdanalys stöder utredningens bedömning att det ur patientens synvinkel finns flera skäl till att vård i öppna vårdformer är att föredra framför sluten vård. Vårdanalys bedömer också att skrivningen om att vård ska ges som öppen vård i första hand ger uttryck för att primärvården ska vara basen i hälso- och sjukvården och att tillägg är principiellt viktigt för en sådan fortsatt utveckling. *Malmö kommun*, liksom ett flertal landsting, välkomnar att utredningen i tilläggsdirektiv fått uppgiften att utreda ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård och en tydligare definition av begreppen efterfrågas.

Socialstyrelsen avstyrker förslaget om att de nuvarande bestämmelserna i HSL och patientlagen om att vården ska vara lätt tillgänglig kompletteras med att den ska vara lätt tillgänglig *för kontakt, bedömning och besök*. Ett sådant tillägg riskerar enligt Socialstyrelsen snarare att snäva in vilken vård och behandling som avses. Socialstyrelsen anser att det inte finns behov av att ange i lagstiftningen vad som ska vara lätt tillgängligt utan att samtliga delar av hälso- och sjukvården ska vara det. Även Vårdanalys, *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* och *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)* avstyrker tillägget med liknande motivering. E-hälsomyndigheten, *Karlstads kommun*, *Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter*, *SPF Seniorerna* och *Vårdföretagarna* tillstyrker utredarens förslag. *Kalmar läns landsting* anser att den föreslagna lagtexten innebär en utvidgning av tillgänglighetsbegreppet.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Behovet av styrande principer för vårdens organisering

I 5 § i den tidigare hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) angavs att det för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska finnas sjukhus, att vård som ges under intagning benämns sluten vård och att

annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. I betänkandet Effektiv vård kritiserades paragrafen för att vara föråldrad och bidragande till ett alltför sjukhuscentrerat hälso- och sjukvårdssystem. Utredningen ansåg bl.a. att lagstiftningen inte överensstämde med den inriktning av hälso- och sjukvårdssystemet som är mest effektiv ur ett resursperspektiv (SOU 2016:2 s. 357 f.). Sedan den 1 april 2017 gäller i stället den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. I denna lag har bl.a. bestämmelsen om att det ska finnas sjukhus placerats efter bestämmelsen om hur landstingen ska organisera primärvården (7 kap. 3 och 4 §§ HSL). Enligt regeringens mening utgår den nya HSL inte i samma utsträckning från sjukhusvårdens perspektiv. Det finns dock fortfarande ett behov av att i lag införa grundläggande styrande principer för hur vården bör organiseras, i syfte att utgöra ett stöd för att alla inblandade aktörer strävar åt samma håll i omstruktureringen av vården. Som konstateras i avsnitt 4.5 kräver en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård att fokus skiftas från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Enligt regeringen är det angeläget att i lagstiftningen markera den inriktning som eftersträvas.

Hälso- och sjukvården ska som huvudregel ges nära befolkningen

Regeringen bedömer att det i lagstiftningen behövs en bestämmelse om att vården ska ges nära invånarna. Även i fortsättningen ska vården i första hand finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock vården framöver att distribueras via olika tekniska lösningar. Målsättningen med denna förändring är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården.

Tidigare har det fysiska besöket i hälso- och sjukvården varit det självklara. I dag är det nödvändigt att organisera vården så att även andra säkra typer av besök kan ingå i utbudet. Om patienten med hjälp av dator, mobiltelefon eller på annat sätt kan få den önskade hjälpen där han eller hon befinner sig har vården på riktigt flyttat nära medborgaren, och närhetsbegreppet har fått en förändrad innebörd.

Huvudmännan ska kunna erbjuda samma service och en jämlik vård till alla medborgare, men vården kan inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt, beroende på exempelvis skiftande förutsättningar i glesbygd jämfört med storstad.

Det finns tillfällen när vården av olika skäl inte kan finnas fysiskt nära alla i befolkningen utan behöver koncentreras geografiskt. Av kvalitets- eller effektivitetsskäl kan vården t.ex. behöva koncentreras vid behov av högre specialisering runt en viss patientgrupp, diagnos eller åtgärd. Regeringen har nyligen presenterat förslag till ändringar i HSL som innebär en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Den nya processen ska den 1 juli 2018 ersätta systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstrukturerings av cancervården (prop. 2017/18:40).

Det kan också finnas t.ex. budgetmässiga eller samhällsekonomiska skäl för en geografisk centralisering. Det finns en gräns för hur mycket vård som distribueras på ett visst sätt kan få kosta, jämfört med andra skattefinansierade behov. Detta är svåra prioriteringar, där målkonflikter mellan olika perspektiv kan uppkomma och måste hanteras.

Utredningen placerar den aktuella paragrafen i 3 kap. HSL, avdelning II, dvs. i den avdelning som innehåller bestämmelser som rör all hälso- och sjukvård. Enligt regeringen behöver en bestämmelse om nära vård inte gälla exempelvis den kommunala hälso- och sjukvården, elevhälsovården eller den hälso- och sjukvård som ges med staten som huvudman eftersom den redan ges nära människor. Vidare bör bestämmelsen inte heller gälla inom privat verksamhet utan offentlig finansiering. Bestämmelsen bör därför placeras i avdelning III, med bestämmelser om landstingets ansvar som huvudman. Regeringen anser vidare att det tydligt bör framgå av lagtexten att den nya paragrafen reglerar just hur landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten.

Lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök

Enligt 5 kap. 1 § HSL och 2 kap. 1 § patientlagen ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig. Av förarbetena till motsvarande bestämmelse i den gamla hälso- och sjukvårdslagen framgår att med lätt tillgänglig främst avses de geografiska förhållandena men att denna närhet måste förenas med lättillgänglighet även i andra avseenden. Därmed avses främst vårdmottagningarnas öppethållandetider, jourtjänstgöring och förekomsten av köer inom hälso- och sjukvården (prop. 1981/82:97 s. 117). I delbetänkandet gör utredningen bedömningen att bestämmelserna om tillgänglighet i allt väsentligt kommit att få en tidsmässig innebörd, dvs. en koppling till väntetider.

Utredningen föreslår ett tillägg till de nämnda bestämmelserna med innebörd att vården ska vara lätt tillgänglig ”för kontakt, bedömning och besök”. Syftet med ändringen är att förtydliga olika dimensioner av tillgänglighet och dess betydelse för en jämlik vård. Inte minst utbudet av moderna tekniska lösningar gör det möjligt att erbjuda en hög tillgänglighet till vårdens olika kompetenser på annat sätt än via ett fysiskt besök. Flera remissinstanser, bl.a. SBU, Socialstyrelsen, IVO och Myndigheten för vårdanalys, anser dock att tillägget kan tolkas som begränsande eftersom inte alla slags insatser som hälso- och sjukvården ska erbjuda patienterna nämns. Regeringen delar remissinstansernas synpunkter och föreslår därför inte några ändringar i de befintliga bestämmelserna om att vården ska vara lätt tillgänglig. Regeringen anser att den föreslagna bestämmelsen om att landstingen ska organisera vården så att den kan ges nära befolkningen i sig breddar tillgänglighetsbegreppet. Tillsammans med HSL:s definition av god vård pekar denna bestämmelse ut inriktningen för en god och nära vård: vården ska i första hand vara geografiskt nära men i allt större utsträckning nära med hjälp av nya tekniska lösningar för till exempel kontakt och bedömning.

Vården bör ges som öppen vård i första hand

Regeringen instämmer i remissinstansernas synpunkter att det är okontroversiellt att vården ska ges som öppen vård i första hand. Så bedrivs vården i stor utsträckning redan i dag. Slutenvård som hade kunnat undvikas resulterar inte bara i olägenhet och hälsorisker för patienten utan också i onödigt höga kostnader.

I utredningens tilläggsdirektiv (dir. 2017:97) ligger att analysera ändamålsenligheten med uppdelningen i öppen och sluten vård i relation till

utredningens övriga förslag samt redogöra för vilka konsekvenser det skulle kunna få om dessa begrepp förändrades eller togs bort. Regeringen avstår därför i dagsläget från att lägga förslag som berör dessa begrepp men avser att återkomma i frågan. Eftersom det är principiellt viktigt för den fortsatta utvecklingen vill dock regeringen nu betona att vården i första hand bör ges som öppen vård.

5 Tillgängligheten i primärvården behöver öka

5.1 Väntetider inom vården – en kort historik

I dag vänder sig många till akutmottagningar med besvär som skulle kunna ha avhjälpits i primärvården om tillgängligheten varit bättre. Det är en bidragande orsak till att väntetiderna på akuten blir långa och att vårdresurserna inte utnyttjas effektivt. Vård på sjukhus är heller inte alltid det mest optimala för patienten och kan leda till onödiga patient-säkerhetsrisker för till exempel infektiösa personer. Att vården ska vara lätt tillgänglig framhålls i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och patientlagen (2014:821). Tillgänglighet är av stor vikt för patienternas förtroende för, och nöjdhet med, vården. En tillgänglig vård innebär bl.a. en vård som är lätt att nå och som ges i rimlig tid.

Väntetider till vården är dock inte något nytt fenomen i svensk hälso- och sjukvård. Redan 1958 lyfte en utredning problemet (SOU 1958:15 s. 24). På 1960-talet rapporterade Socialstyrelsen om långa väntetider till vården och 1981 publicerade myndigheten en rapport om att långa väntetider var den vanligaste orsaken till klagomål. Väntetiderna till vården fick stor uppmärksamhet i medierna och 1987 togs ett första nationellt initiativ för att minska köerna. Landstingen kunde, via Socialstyrelsen, ansöka om statliga medel för att öka antalet utvalda operationer som vid denna tid hade årslånga väntetider. Köerna kortades väsentligt under en period men effekten var kortvarig. Olikheterna i landstingens och sjukhusens rutiner för registrering av väntetider var påfallande och försvårade uppföljningen. Fortsatta statliga stimulansmedel för en förbättrad tillgänglighet gavs 1990.

Den första vårdgarantin kom 1992. Staten och dåvarande Landstingsförbundet enades om att åtgärder med särskilt långa väntetider skulle omfattas. Tolv åtgärder ingick i garantin varav tio var operationer. Dessa operationer omfattade ca 20 procent av det totala antalet operationer. Landstingen fick extra statsbidrag för att genomföra garantin där patienter som omfattades skulle erbjudas behandling inom tre månader eller vård hos en annan vårdgivare. En utvärdering av garantins effekter visade att väntetiderna hade minskat men att effekten även denna gång var kortvarig. Regeringen och Landstingsförbundet kom 1996 överens om att vårdgarantin successivt skulle utvidgas och förändras. Den ursprungliga garantin behölls men kompletterades med en garanti som

syftade till att korta väntetiderna till en första bedömning i primärvården och i den specialiserade vården, den så kallade besöksgarantin. I överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet för 1997 togs 1992 års delar av vårdgarantin bort medan besöksgarantin behölls och utformades i stort till den som gäller i dag.

År 1998 fick Landstingsförbundet i en överenskommelse med staten ansvar för att utveckla en nationell väntetidsuppföljning och databas och det nationella projektet Väntetider i vården initierades. I april 2000 genomfördes den första nationella väntetidsmätningen inom den planerade specialiserade vården. Två år senare, 2002, startade uppföljningen av väntetider inom primärvården. I och med detta blev det tydligt att väntetiderna fortfarande var långa inom en rad områden.

Medel avsattes 2004 i ytterligare en överenskommelse för landstingens fortsatta utvecklingsarbete och för att förbereda för en utvidgad vårdgaranti. Den nya vårdgarantin trädde i kraft den 1 november 2005 med tidsgränserna 0-70-90-90 (se avsnitt 5.2). Ett nationellt samordningsprojekt ”Vårdgaranti 05” startade hösten 2004 för att stötta landstingen. Resultaten förbättrades successivt under de första åren men variationerna mellan landstingen och mellan specialiteter var stora.

För att ytterligare stimulera landstingens arbete beslutade staten i slutet av 2008 om en särskild satsning som kom att kallas ”kömiljarden”. Via en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gavs prestationsbaserad ersättning till landsting som mötte de tidsgränser som satts upp för planerad specialiserad vård. Kömiljardens tidsgränser gällde alltså inte primärvården. Den sista kömiljarden avsåg 2014.

Vårdvalssystem som förväntades påverka tillgängligheten positivt började införas på frivillig väg 2009. Sedan den 1 januari 2010 är det obligatoriskt för alla landsting att ha vårdvalssystem inom primärvården enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV.

Den 1 juli 2010 infördes bestämmelser om vårdgarantin i den förra hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och under samma år kunde man för första gången sedan mätningarna började avläsa ett positivt nationellt genombrott för väntetidsläget. Väntetidsläget fortsatte att förbättras men har sedan 2014 försämrats igen.

På senare år har statliga stimulansmedel getts genom överenskommelsen om den så kallade professionsmiljarden (2016–2017), överenskommelsen om tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård (2015), överenskommelsen för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar (2014–2017) och överenskommelsen för kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården (2015–2018). En viktig insats är införandet av standardiserade vårdförlopp inom cancervården. Även inom andra områden har man utvecklat mätningar av så kallade ledtider för att få en mer samlad bild av patientens väg genom vården. Inom cancerområdet ses en positiv utveckling vad gäller väntetiderna även om uppfyllnadsgraden av vårdgarantin i specialiserad vård som helhet har minskat under senare år.

Gällande rätt

Bestämmelser om vårdgarantin finns i dag i 9 kap. HSL, 2 kap. 3 § patientlagen och 6 kap. hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

Två av vårdgarantins fyra delar riktar sig mot primärvården. Landstingen ska garantera en kontakt med primärvården samma dag som patienten söker hjälp (0). Det kan ske via telefon eller genom besök. Landstingen ska också garantera ett läkarbesök inom primärvården. Om vårdgivaren bedömer att patienten behöver träffa en läkare, ska patienten få en tid inom sju dagar från det att han eller hon har tagit kontakt (7).

Två delar av vårdgarantin rör besök och behandling i planerad specialiserad vård. Om man får en remiss till den planerade specialiserade vården, ska man få en tid för besök inom 90 dagar (90) från det att remissen utfärdats. Om man sökt vård utan remiss, ska man få besöka en specialist inom 90 dagar från det att man sökt kontakt med den specialiserade vården. Efter beslut om behandling, till exempel en operation, ska man få en tid till detta inom 90 dagar (90). I dessa tidsfrister ska det inte räknas in tid då den enskilde av medicinska skäl inte kan ges vård, utnyttjar sin möjlighet att välja vård i ett annat landsting eller frivilligt avstår från vård.

Om landstinget inte uppfyller besöksgarantin inom den specialiserade vården eller behandlingsgarantin, ska landstinget se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare. Det kan vara inom det egna landstinget eller hos något annat landsting/region. Detta ska ske utan merkostnad för patienten. Man kan avstå från detta erbjudande och välja att vänta längre. Om man senare ångrar sig kan man alltid kontakta sin vårdgivare på nytt. Vårdgarantin börjar då gälla från detta datum.

Det finns vissa situationer där vårdgarantin inte gäller:

- medicinsk service såsom laboratorie- och röntgenundersökning
- utredningar och undersökningar
- hjälpmedelsförsörjning med undantag av utprovning av hörapparater
- återbesök.

Det är viktigt att påpeka att vårdgarantin reglerar väntetider. I förarbetena till bestämmelserna om vårdgaranti i den förra hälso- och sjukvårdslagen (prop. 2009/10:67 s. 39 f.) framgår tydligt att vårdgarantin inte reglerar om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. I stället är vårdgarantin i allt väsentligt en garanti som anger den tid som en patient längst ska behöva vänta för att få kontakt, besök eller behandling. Vårdgarantin för varje enskilt fall vilar på beslut av den medicinska professionen. I primärvården är det alltså en garanti om kontakt och besök inom en viss tid.

HSL är en skyldighetslagstiftning, till skillnad från en rättighetslagstiftning. Den enskilda patienten har möjlighet att vända sig till patientnämnden om han eller hon är missnöjd men det kan inte riktas några sanktioner mot landstingen om vårdgarantin inte uppfylls.

Av 9 kap. 3 § HSL framgår att landstingen ska rapportera in uppgifter om väntetider till en nationell databas. Denna rapporteringsskyldighet ska enligt 6 kap. 3 § hälso- och sjukvårdsförordningen fullgöras genom att landstingen lämnar uppgifter om väntetider till den nationella väntetidsdatabas som förs av SKL (www.vantetider.se).

Varje landsting ansvarar för att uppgifter lämnas enligt de instruktioner och fastställda definitioner som tillhandahålls av SKL och är ansvarigt för att uppgifter som lämnas till databasen är aktuella, tillförlitliga och kvalitetssäkrade. Landstinget utser en ansvarig väntetidssamordnare som är kontaktperson i landstinget.

Mätningen för väntetider till läkarbesök i primärvården genomförs varje år under två veckor på våren respektive hösten. Det har tidigare riktats kritik mot den metod som använts för inrapportering av väntetider. Kritiken har framför allt gällt tillförlitligheten och hur representativ mätningen är mot bakgrund av att det varit känt när i tiden mätningarna skulle ske. På så sätt har vårdcentralerna haft möjlighet att planera sin verksamhet för att öka tillgängligheten under de specifika mätperioderna.

Under senare år har det skett en positiv utveckling och i dagsläget bedöms tillförlitligheten vara högre än tidigare. I dag redovisar 16 landsting tillgängligheten månatligen via automatiserade överföringar. SKL gör därefter uttagen av resultaten för de två veckor som SKL beslutat att mätningarna ska gälla. Fem landsting rapporterar fortfarande in data för de aktuella veckorna ”manuellt”. Information om vilka veckor som är aktuella lämnas så sent som möjligt för att undvika att vårdcentralerna planerar verksamheten på ett sätt som påverkar resultaten. Målet är att samtliga landsting i framtiden ska redovisa tillgängligheten till allmänläkarbesök varje månad via automatiserade överföringar.

Uppföljningen av dagens vårdgaranti visar att 89 procent av patienterna fick träffa en läkare inom sju dagar vid vårmätningen 2017. I de landsting som presterar sämst får 79 procent träffa en läkare inom den garanterade tiden och i dem som presterar bäst är motsvarande andel 92 procent.

Vem träffar patienterna i dag?

Vem patienten får träffa avgörs i dag vid den första kontakten med vården. Dagens vårdgaranti utesluter inte att patienten träffar personal från någon annan yrkesgrupp än läkare när han eller hon söker primärvården. I dag träffar dock patienten ofta dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. Patienter med behov som passar dessa yrkesgruppers kompetens skulle snabbare kunna få hjälp med sitt problem om de fick möta dem direkt. Detta kan få positiva effekter i form av minskat lidande och i vissa fall även minskat behov av sjukskrivning. Om patienten efter en första kontakt med primärvården bokas in hos någon annan hälso- och sjukvårdspersonal än läkare, är emellertid inte vårdgarantins tidsgräns tillämplig enligt dagens vårdgaranti, och besöket kommer inte heller att synas i den nationella statistiken i väntetidsdatabasen. Det är därför svårt att säga något om hur tillgängligheten till dessa yrkesgrupper är och hur stor andel av nybesöken som sker hos dem. Däremot finns nationell statistik som visar på hur det totala antalet

besök i primärvården fördelar sig mellan olika yrkesgrupper. Av den framgår t.ex. att av drygt 42 miljoner besök i primärvården under 2016 var en dryg tredjedel läkarbesök. Av de ca 27,6 miljoner besök som sker hos andra professionsgrupper än läkare, är ungefär hälften besök hos en sjuksköterska eller barnmorska (13,7 miljoner) och en tredjedel besök hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter (8,6 miljoner). Av resterande 5,4 miljoner besök sker många hos undersköterskor och psykologer.

5.3 En förstärkt vårdgaranti inom primärvården

Regeringens förslag: Den enskilde ska inom en viss tid få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Utredningens förslag: Överensstämmer med regeringens förslag. Utredningen föreslår också en ändring i hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) med innebörd att tidsgränsen kortas från sju till tre dagar.

Remissinstanserna: En majoritet av remissinstanserna tillstyrker eller har inget att invända mot förslaget. Tjugo *landsting* har svarat på remissen och alla är positiva. Även ett flertal *kommuner* och remissinstanser så som *Socialstyrelsen*, *Funktionsrätt Sverige*, *Statskontoret*, *Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)*, *Sveriges Psykologförbund*, *Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter*, *Vårdföretagarna* och *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* tillstyrker. Enligt Statskontorets bedömning ger förslaget förutsättningar för ett mer effektivt utnyttjande av vårdens resurser. *Södermanlands läns landsting* menar att förslaget skapar förutsättningar för kompetensväxling, ökat teamarbete och därmed bättre utnyttjande av befintliga resurser. Landstinget anser i likhet med ett antal andra remissinstanser att vårdgarantin på sikt borde kunna innefatta ytterligare yrkesgrupper. *Västerbottens läns landsting* menar att en vårdgaranti till enbart läkare i dag är förlegad och *Vårdföretagarna* bedömer det som positivt att vårdgarantin inte fokuserar på fysiska besök, utan är neutral i förhållande till hur den medicinska bedömningen görs. Funktionsrätt Sverige uttrycker viss tveksamhet till förslaget, bl.a. eftersom de anser att vårdgarantin borde omfatta hela vårdkedjan samt att tidsgränsen borde vara kortare än tre dagar.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) och *Svenska läkaresällskapet* avstyrker utredningens förslag, och *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)* anser att förslaget bör anstå och konsekvensutredas vidare. Svenska läkaresällskapet ställer sig bakom att vårdgarantin ska vara behovsstyrd och vill understryka att den medicinska bedömningen förutsätter erforderlig kompetens. Svenska läkaresällskapet anser emellertid att vårdgarantin inte rimmar med den etiska plattformen och menar att svårare sjuka riskerar trängas undan av den friskare befolkningens mer tillfälliga behov och efterfrågan av snabb tillgänglighet. *Sveriges läkarförbund* framför liknande synpunkter. *Vårdanalys* delar utredningens bedömning om att vårdgarantin behöver ses över, men myndigheten delar inte den problembild som förslaget för-

väntas lösa och anser att förslaget riskerar att leda till ökad ojämlikhet, försämrad tillgång till läkare, ett urholkat värdeerbjudande samt i förlängningen ett sänkt förtroende för primärvården. Vårdanalys anser i stället att det behövs en samlad översyn av hur vårdgarantin bör utformas i alla delar.

Västernorrlands läns landsting anger att det är rationellt att den enskilde i stället för besök garanteras en medicinsk bedömning inom en viss tid. Landstinget uttrycker emellertid, i likhet med *Blekinge läns landsting*, en farhåga om att en bedömningsgaranti skulle försämra tillgängligheten till behandling eftersom vårdgarantin saknar krav på att det som kommer fram vid bedömningen blir genomfört. Socialstyrelsen och *Kalmar läns landsting* anser att det är oklart vad som menas med ”medicinsk bedömning” och anser att det bör förtydligas att det innefattar något utöver en triagering. Socialstyrelsen föreslår att ett sätt att förtydliga kan vara att den som genomför den medicinska bedömningen ska ha den kompetens och behörighet som behövs för det av patienten sökta ändamålet. Kalmar läns landsting skriver att det är betydelsefullt att innebörden av begreppet medicinsk bedömning preciseras så att det inte blir ännu en del av den triagering som i dag sker vid den så kallade nollan i vårdgarantin, utan att det blir inledningen på en utifrån patientens behov relevant medicinsk insats. Även andra remissinstanser, så som *Hallands läns landsting*, *Kronobergs läns landsting* och *landstingen inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion*, anser att begreppet medicinsk bedömning behöver definieras.

Vårdförbundet anser att ”medicinsk bedömning” bör ersättas med ”bedömning och åtgärd”. Att använda sig av ordet ”medicinsk” kan enligt Vårdförbundet uppfattas som onödigt inskränkande till kunskapsområdet medicin när bedömningen exempelvis kan göras av en fysioterapeut, psykolog eller sjuksköterska utifrån deras kunskapsområden. Liknande synpunkter har Kronobergs läns landsting och *Dietisternas Riksförbund*.

Kungsbacka kommun betonar att många patienter i dag får en första medicinsk bedömning av personal i kommunal verksamhet och att konsekvensen av att kommunal hälso- och sjukvård inte omfattas av vårdgarantin blir att dessa besök inte syns i statistiken, vilket kan leda till att dessa patienter inte ges samma förutsättningar för tillgänglig hälso- och sjukvård som övriga patienter.

Remissinstanserna är överlag positiva eller mycket positiva till förslaget att vårdgarantin ska gälla även för annan legitimerad personal än läkare. Det gäller både myndigheter, landsting och andra professionsorganisationer än läkarnas. De huvudsakliga farhågorna kring denna del av förslaget kommer från läkarorganisationerna, SBU och Vårdanalys. SBU framför att den initiala medicinska bedömningen av nya patienter som söker primärvården med diffusa symptom är en av de mest utmanande uppgifterna för en läkare och att det kan innebära en patientsäkerhetsrisk att lägga denna uppgift på andra professioner. SBU efterlyser ett mer fördjupat bakgrundsarbete av vilka erfarenheter det finns av en sådan ansvarsförskjutning, främst ur patientsäkerhetssynpunkt, innan förslaget genomförs.

Sveriges läkarförbund och *Sjukhusläkarna* delar utredningens syn att vårdgarantin ska vara behovsstyrd men framhåller att läkares medicinska

kompetens inte går att ersätta och att läkare har en central roll inom bl.a. primärvården. Vårdanalys anför att dagens läkarbrist i primärvården kan leda till att den föreslagna vårdgarantin i praktiken försämrar tillgängligheten till läkare, eftersom även patienter som behöver träffa en läkare kan komma att få träffa en annan profession för en bedömning för att lättare uppfylla vårdgarantins tidsgräns. Detta menar Vårdanalys kan resultera i att väntetiderna till läkare i realiteten blir längre. *Svenska distriktsläkarföreningen* anser att en utökad vårdgaranti som omfattar även andra professioner än läkare i grunden är ett bra förslag men ser en farhåga i att det saknas resurser även inom dessa professioner samt att arbetssättet redan används i stor utsträckning och att tillgängligheten trots detta är otillräcklig. Vårdföretagarna är positiva till förslaget men menar även de att det finns en risk för bristsituationer vad gäller tillgång på personal inom andra yrkesgrupper i primärvården, vilket kan bli ett problem som måste uppmärksammas och följas över tid. Sjukhusläkarna ser en risk att patienter som inte får träffa läkare i stället söker sig till sjukhusens akutmottagningar. *Pensionärernas riksorganisation (PRO)* tillstyrker förslaget men uttrycker en oro för att äldre kan komma att missgynnas i förhållande till andra patientgrupper vad gäller tillgång till läkare. Vårdanalys, Hallands läns landsting och Kalmar läns landsting anser att garantin att få besöka en läkare inom sju dagar bör kvarstå även om vårdgarantin vidgas till annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Skälen för regeringens förslag: Som en del i den nuvarande vårdgarantin ingår att patienten inom viss tid ska få besöka en läkare inom primärvården (9 kap. 1 § 2 HSL och 2 kap. 3 § 2 patientlagen). En stärkt vårdgaranti i primärvården innebär principiellt viktiga steg i riktning mot regeringens målbild av en god och nära vård. Patienterna ska inte behöva känna att de måste vända sig till sjukhusens akutmottagningar för att få en första kontakt och en väg in i vården för problem som skulle kunna avhjälpas i primärvården. En mer tillgänglig primärvård och förbättrade möjligheter att få rätt vård på rätt nivå i hälso- och sjukvårdssystemet kommer på sikt att avlasta akutsjukvården och den öppna specialistvården och därmed ge ökad tillgänglighet även i dessa delar av vården.

Regeringen instämmer med utredningen i att det tydligare bör öppnas upp för andra sätt att förmedla vård än det fysiska besöket för att primärvården ska kunna ha en mer neutral ansats i sin kommunikation med patienterna. Besöksgarantin inom primärvården föreslås därför ersättas av en bestämmelse om att patienten inom en viss tid ska få en medicinsk bedömning. Genom att gå från en besöks- till en bedömningsgaranti görs vårdgarantin behovsstyrd vad gäller vårdens förmedlingsform. Det är inte likgiltigt vilken förmedlingsform vårdcentralen använder. Beroende på den enskildes situation, behov och individuella förutsättningar kan det spela stor roll på vilket sätt bedömningen görs och kommuniceras. Bedömningen ska ges via den förmedlingsform som ger patienten störst värde och tillfredsställer patientens behov av förstälig information. Om det är ändamålsenligt kan inhämtande av information och i vissa fall t.o.m. undersökning ske på distans genom någon form av teknisk lösning, och bedömningen om diagnos och/eller vårdbehov kan på samma sätt förmedlas på distans om det är lämpligt. I de flesta fall får man dock räkna med att det är det

fysiska besöket som i närtid kommer att vara det vanligaste valet och även den form av kontakt som många patienter föredrar. Det avgörande är en strävan till att kommunikationen sker alltmer på patientens villkor och inte bara utifrån vad som av tradition varit mest praktiskt eller effektivt för vårdinrättningen.

Genom att betona den medicinska bedömningen vill regeringen poängtera det kvalitetsmässiga innehållet ur ett patientperspektiv jämfört med det mer passiva begreppet besök. Det bör noteras att en patient redan i dag får flera bedömningar i samband med kontakten med vårdcentralen. En typ av bedömning sker i samband med den första kontakten, den s.k. nollan i vårdgarantin. Där sker bedömningen av om patientens tillstånd är sådant att vidare kontakt med vårdcentralen är befogad, dvs. att garantin till besök i primärvården aktiveras. Den medicinska bedömning som avses i förslaget syftar dock inte på denna första kontakt utan på den medicinska bedömning som görs av den yrkesgrupp som patienten därefter möter inom ramen för vårdgarantin.

Termen ”medicinsk bedömning” finns i 2 kap. 2 § patientlagen och tidigare fanns samma skrivning även i den gamla hälso- och sjukvårdslagen. Av förarbetena framgår att en så tidig bedömning som möjligt är grundläggande för det framtida behandlingsresultatet samt att den första bedömningen bör göras av väl kvalificerad personal med hög kompetens (prop. 1996/97:60 s. 40). En medicinsk bedömning är inte något som enbart kan göras av läkare. Det avgörande är att bedömningen görs av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Det medicinska yrkesansvaret innebär att var och en som arbetar inom vården har ett ansvar för sina egna bedömningar, beslut och åtgärder inom yrkesutövningen. Den som innehar en legitimation har dessutom ett särskilt ansvar för patienternas säkerhet i vården och kan få sin legitimation indragen om han eller hon missköter sig allvarligt. Bestämmelser om journalföring finns i 3 kap. patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40). Den som för patientjournal ansvarar för de uppgifter som han eller hon har fört in i journalen. Skyldigheten att föra journal gäller bl.a. alla som har legitimation eller särskilt förordnande och den som jobbar som kurator i den allmänna hälso- och sjukvården. Journalen ska bl.a. innehålla uppgift om ställd diagnos och anledning till mera betydande åtgärder.

I en utvecklad och förstärkt primärvård kommer det att vara nödvändigt att nyttja befintlig kompetens så bra som möjligt och att utveckla arbetssätten efter patientens behov. Det är viktigt att den som genomför den medicinska bedömningen har den kompetens och behörighet som behövs för det av patienten sökta ändamålet. Inom primärvården finns det ett antal legitimerade yrkesgrupper med specifik yrkeskompetens, till exempel sjuksköterskor, fysioterapeuter, apotekare och psykologer. I dagens system träffar patienten ofta dessa yrkesgrupper efter att först ha träffat läkare på vårdcentralen. Patienter med behov som bäst avhjälpas av dessa kompetenser kan snabbare få hjälp om de får möta dem direkt. Det finns också flera exempel på verksamheter som jobbar enligt denna logik runtom i landet i dag, med positiva resultat. Det handlar främst om att öka kvaliteten i vården genom att styra kompetensutnyttjandet efter den

enskilda patientens vårdbehov. En bieffekt torde vara en effektivare användning av alla tillgängliga kompetenser på vårdcentralen för att säkerställa ett optimalt resursutnyttjande. Regeringen ställer sig därför bakom utredningens förslag att vårdgarantin inom primärvården bör utökas till att, förutom läkare, även omfatta annan hälso- och sjukvårdspersonal.

Det finns flera yrkesgrupper verksamma inom primärvården som inte omfattas av bestämmelserna om legitimation, såsom t.ex. undersköterska. Det finns tillfällen när en patients behov väl kan mötas av en undersköterskas kompetens, samtidigt som dessa behov kanske oftare innefattar en åtgärd snarare än en bedömning. Regeringen föreslår dock, liksom utredningen, att enbart legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska omfattas av den breddade vårdgarantin. Det främsta skälet är att de som är legitimerade har ett yrkesansvar som prövas på ett annat sätt än för dem som inte är legitimerade vilket kan vara av betydelse för patientsäkerheten och också för befolkningens förtroende för vården. Liksom för dagens vårdgaranti reglerar inte den föreslagna ändringen av vårdgarantin om vård ska ges eller vilken vård som kan komma i fråga. De besluten vilar på avgöranden gjorda av de medicinska professionerna. Avgörandet om vem som bör utföra den medicinska bedömningen bör i första hand bero på patientens aktuella behov. Detta gäller även på vilket sätt bedömningen ska göras och kommuniceras.

Ett par remissinstanser lyfter risken för att exempelvis patienter med kroniska sjukdomar ska drabbas av undanträngningseffekter. Regeringen vill poängtera att vårdgarantin liksom tidigare inte är överordnad den etiska plattformens principer. Den med störst behov ska ges företräde till vården. Det är också rimligt att det är patientens behov som avgör vilken profession som patienten ska träffa och inte lagstiftningen.

Flera remissinstanser anser att begreppet medicinsk bedömning bör förtydligas så att det framgår att bedömningen innefattar mer än en bedömning av patientens vårdbehov. De har uttryckt oro för att den medicinska bedömningen kanske inte kommer att följas av en åtgärd eller diagnos och att besöken får karaktären av ”kulissbesök” för att uppfylla vårdgarantin. Regeringen konstaterar att det inom den nuvarande garantin om att få besöka läkare naturligtvis ingår att läkaren, förutom att rent fysiskt ta emot patienten, även gör en medicinsk bedömning och vidtar de övriga konkreta och adekvata åtgärder som bör och kan utföras vid besöket. Detta får anses ingå i yrkesansvaret. Samma utgångspunkt bör gälla även i fråga om den medicinska bedömningen. Regeringen förutsätter således att en medicinsk bedömning enligt den föreslagna bestämmelsen i praktiken får en vidare innebörd än en ren bedömning av patientens hälsotillstånd och vårdbehov. Vilka åtgärder som kan vidtas i samband med den medicinska bedömningen beror dock bl.a. på vilken profession som den hälso- och sjukvårdspersonal som gör bedömningen tillhör. Utredningen anger att den medicinska bedömningen ska följas upp genom att det i journalen finns en åtgärds- eller diagnoskod registrerad.

Användningen av begreppet ”medicinsk bedömning” ifrågasätts av några remissinstanser, såsom *Vårdförbundet* som anser att det kan uppfattas som onödigt inskränkande till kunskapsområdet medicin medan andra yrkesgrupper kanske gör sina bedömningar utifrån andra kunskaps-

områden. Regeringen vill framhålla att avsikten med förslaget är att vårdgarantin i denna del ska vara professionsneutral. Begreppet omfattar således inte uteslutande bedömningar av medicinskt utbildad personal i uttryckets strikta betydelse. Det kan konstateras att ordet ”medicinsk” används i flera andra författningar på hälso- och sjukvårdsområdet utan att tillämpningsområdet begränsats, se exempelvis definitionerna av hälso- och sjukvård och primärvård i 2 kap. 1 respektive 6 §§ HSL. I förarbetena till den gamla hälso- och sjukvårdslagen anges för övrigt att med medicinskt utbildad personal avses även personal vars utbildning inriktas på patientomvårdnad och rehabilitering (prop. 1981/82:97 s. 44).

Vissa remissinstanser föreslår att den nuvarande garantin om att inom viss tid få besöka en läkare ska gälla parallellt med den nya bestämmelsen om medicinsk bedömning. Regeringen konstaterar att det saknas underlag att i detta lagstiftningsärende föreslå en sådan ordning.

Att på ett patientsäkert sätt styra patienten mot rätt profession innebär utmaningar som behöver tas på största allvar. Lokalt behöver vården säkerställa strukturer för hur patientens behov styrs till rätt vårdkompetens. Några remissinstanser uttrycker oro för att patienter som behöver träffa en läkare hänvisas till andra professioner och att detta skulle innebära att kompromissa med patientsäkerheten. Regeringen bedömer att denna oro bör tas på allvar och att det bland annat är viktigt att den funktion som sköter triageringen, dvs. bedömning och prioritering av patienters vårdbehov, har tillgång till ett väl fungerande beslutsstöd. Redan i dag sköter ofta erfarna sjuksköterskor eller distriktssköterskor triageringen och framöver kommer de sannolikt i ökad utsträckning ha behov av goda möjligheter att samråda med olika kompetenser på plats.

Regeringen vill framhålla vikten av att vårdgarantin kontinuerligt följs upp och utvärderas för att sedan, på basis av bättre kunskap, kunna ta nya steg för att ytterligare stärka tillgängligheten och förbättra uppföljningen. Den utökade omfattningen av vårdgarantin kommer att ge förbättrade möjligheter till detta genom att även tillgången till övriga legitimerade yrkesgrupper inom primärvården än läkare rapporteras kontinuerligt, då uppföljningen via väntetidsdatabasen också kommer att inkludera dem.

6 Ikraftträdande

Regeringens förslag: Lagändringarna träder i kraft den 1 januari 2019.

Utredningens förslag: överensstämmer med regeringens förslag.

Remissinstanserna har inte några invändningar mot förslaget.

Skälen för regeringens förslag: De föreslagna lagändringarna utgör tillsammans de första stegen i en önskad omstrukturering av svensk hälso- och sjukvård. Regeringen delar utredningens bedömning att ändringarna, för att ge utrymme för förberedelser hos huvudmännen, bör träda i kraft den 1 januari 2019.

7 Konsekvenser

7.1 Övergripande konsekvenser av förslagen

Både förslaget om styrande principer och förslaget om en förstärkt vårdgaranti innebär viktiga steg i omstruktureringen av hälso- och sjukvården till en god och nära vård. Regeringens förslag syftar till att bättre möta dagens ohälsoutmaningar samtidigt som de gemensamma resurserna används mer effektivt. Regeringen bedömer att förslaget om styrande principer kan anses begränsa den kommunala självstyrelsen men att förslaget anger en inriktning för organiseringen av hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och inte är detaljstyrande. Regeringens förslag om en förstärkt vårdgaranti i primärvård bedöms innebära en ökad frihet för huvudmännen att organisera sin verksamhet eftersom förslaget inte, som dagens besöksgaranti, styr patienten till en specifik yrkesgrupp (läkare) utan breddar till att inkludera övriga legitimerade professioner. Eftersom den förordningsändring som betänkandet föreslår, där tidsgränsen kortas från sju till tre dagar, i sig kan sägas innebära att ökade krav läggs på landstingen, innehåller konsekvensutredningen som presenteras nedan även denna dimension. Regeringen bedömer att båda förslagen skapar behov av förändrade arbetssätt som t.ex. omfördelning av arbetsuppgifter, s.k. arbetsväxling mellan olika yrkesgrupper eller mellan olika vårdnivåer. Regeringen bedömer att förslagen innebär en omfördelning av ekonomiska och personella resurser snarare än ett behov av omfattande tillskott och nyanställningar. Sett över tid innebär båda förslagen en betydande besparingspotential för hälso- och sjukvården.

7.2 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Styrande principer

Regeringens förslag syftar till att de gemensamma resurserna ska användas mer effektivt och bedöms inte medföra några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället. Omstruktureringen mot en nära vård syftar till att bättre möta dagens ohälsoutmaningar, däribland att allt fler lever allt längre med kroniska sjukdomar. Kroniska sjukdomar genererar i dag stora samhällskostnader, och ett förändrat hälso- och sjukvårdssystem förväntas kunna hantera dessa bättre och därigenom minska kostnaderna för samhället. Utöver direkta kostnader för vård och läkemedel är kroniska sjukdomar förknippade med betydande samhällskostnader i form av till exempel indirekta kostnader såsom produktionsbortfall på grund av sjukskrivning eller anhörigvård. En studie från Linköpings universitet från 2006 uppskattar att indirekta kostnader utgör två tredjedelar av de totala samhällskostnaderna av kroniska sjukdomar. Dessa konsekvenser kan för vissa sjukdomar vara den största bördan i samband med sjukdomen. Värdeskapande för en multisjuk, kanske äldre, patient kan handla om att uppnå en hög livskvalitet i hemmet och undvika vårdprocesserna på sjukhus.

Regeringens förslag om en förstärkt vårdgaranti bedöms inte medföra några negativa ekonomiska konsekvenser för samhället. Troliga positiva effekter av en snabbare tillgång till rätt kompetens inom primärvården är bland annat en minskad risk för långa sjukfall och en kortare rehabiliteringsperiod. Studier visar att psykiska sjukdomar och rörelseorganens sjukdomar är de sjukdomsgrupper som orsakar de högsta samhällskostnaderna på grund av långvarig sjukfrånvaro. Att snabbt få träffa rätt kompetens t.ex. i form av en psykolog eller en fysioterapeut kan, förutom minskat lidande, potentiellt leda till minskade kostnader för utbetald sjukförsäkring, minskat produktionsbortfall och minskade kostnader för anhörigvård. Även individens lidande och oro och försämrade livskvalitet kan ses som en del av samhällskostnaden för en sjukdom.

7.3 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Styrande principer

Regeringen bedömer att förslaget om att vården ska ges nära befolkningen innebär ett ingrepp i den kommunala självstyrelsen eftersom förslaget medför minskad frihet för landstingen att organisera verksamheten. Det kan bl.a. innebära att landstingen behöver föra över resurser från sjukhusvården till den mer nära vården, exempelvis primärvården. Bestämmelsen om att vården får koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl kan dock anses snarast mildra detta ingrepp i den kommunala självstyrelsen och beskriver i själva verket en redan etablerad företeelse. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Det innebär att om ett förslag medför inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska en proportionalitetsbedömning göras av de kommunala självstyrelseintressena och ändamålet med förslaget.

Förslaget har föranletts av att effekterna av tidigare försök att stärka primärvården och föra över resurser från sjukhusvården uteblivit. Syftet med förslagen bedöms inte med ett tillfredsställande resultat kunna uppnås genom åtgärder som är mindre ingripande. Den inskränkning av den kommunala självstyrelsen som förslagen innebär bedöms inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till intresset av att säkerställa en god och nära vård på lika villkor för befolkningen. De nationella värden som eftersträvas genom att som huvudregel ge vård nära patienten är en mer jämlik tillgång till vård av god kvalitet. De styrande principerna bedöms kunna leda till bättre medicinska resultat, bättre tillgänglighet och en bättre samordning och kontinuitet för patienterna. En förstärkt nära vård syftar också till att hälso- och sjukvårdens resurser ska användas mer effektivt.

Vid en avvägning mellan de nationella värdena om att patienter i hela landet ska få en mer jämlik tillgång till en nära vård av god kvalitet, en bättre hälsa samt ett effektivare resursutnyttjande och vikten av att den

kommunala självstyrelsen inte inskränks, anser regeringen att de nationella värdena väger över.

Omställningen av sjukvårdens struktur från sjukhusvård till mer och mer av vården i dag sker utanför sjukhusen. Resurserna har emellertid i allt väsentligt fortsatt att koncentreras till sjukhusen, och den önskade förstärkningen av primärvården har uteblivit trots många reformer och trots att många styrmedel tillämpats. Det senaste större och mer genomgripande försöket att ställa om hälso- och sjukvårdsstrukturen genomfördes i samband med den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149). Den önskade effekten uteblev dock. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) gjordes i princip samma bedömning som i den nationella handlingsplanen, och som upprepats i ett antal andra utredningar efter det, att Sveriges ”sjukhustunga” struktur inte är optimal ur perspektivet effektivt resursutnyttjande. Regeringen anser att de föreslagna ingreppen i den kommunala självstyrelsen är försvarliga och att andra styrmedel eller åtgärder inte kan ge det avsedda resultatet. Intrånget i den kommunala självstyrelsen bedöms därmed vara proportionerligt i förhållande till syftet.

Vårdgarantin

Förslaget till förstärkt vårdgaranti utgår från dagens modell där landstingen har en stor frihet när det gäller utformningen av sina respektive vårdvalssystem för primärvården. Regeringen bedömer att förslaget inte leder till några inskränkningar i den kommunala självstyrelsen. Det innebär snarare en ökad frihet för huvudmännen att organisera sin verksamhet eftersom förslaget inte, som dagens besöksgaranti, styr patienten till en specifik yrkesgrupp (läkare) utan breddar till att inkludera övriga legitimerade professioner.

7.4 Ekonomiska konsekvenser för landstingen

Styrande principer

Eftersom förslaget om styrande principer direkt tar sikte på hur landstingen ska organisera sin verksamhet aktualiseras en tillämpning av den kommunala finansieringsprincipen. Regeringen bedömer att det inte är möjligt att med exakthet beräkna vad förslaget om styrande principer innebär för kostnader för landstingen på grund av att det ännu inte i alla delar går att förutse hur omstruktureringen kommer att gå till i praktiken. Regeringen bedömer dock att landstingens kostnader för omställningsarbetet är av tillfällig karaktär och att förslaget på längre sikt kan innebära en kostnadseffektivisering givet att förslagets fulla potential utnyttjas. Sammantaget finns därför inte skäl att göra någon reglering enligt finansieringsprincipen med anledning av förslaget.

Regeringens förslag syftar till att de gemensamma resurserna ska användas mer effektivt genom att resurser styrs mot den del av hälso- och sjukvårdssystemet, dvs. primärvård och annan nära vård, som har bäst förutsättningar att möta dagens ohälsoutmaningar och som dessutom kan göra det till en lägre kostnad. Internationellt sett står primärvården i

Sverige för en relativt liten del av hälso- och sjukvårdens kostnader jämfört med specialiserad öppenvård och slutenvård. Primärvården stod 2016 för 17 procent av samtliga nettokostnader för hälso- och sjukvård medan den specialiserade vårdens andel av samtliga nettokostnader var drygt 60 procent. De totala nettokostnaderna för specialiserad vård var 158 miljarder kronor och av dessa var 54 procent (85 miljarder) kostnader för slutenvård.

Sjukhusbunden slutenvård är en betydligt dyrare vårdform än öppenvård och behöver reserveras för de patienter och de åkommor som kräver sjukhusens specialiserade vård och teknik. Sjukhusvård som hade kunnat undvikas tar mycket resurser i anspråk och kan dessutom innebära en risk för obehag och vårdrelaterade skador för patienterna. En väsentlig del i det samlade resursutnyttjandet inom vård och omsorg handlar om hur landsting och kommuner gemensamt förmår att ta hand om behov hos vårdens storkonsumenter. Värdeskapande för en multisjuk, kanske äldre, patient kan handla om att uppnå en hög livskvalitet i hemmet och undvika ansträngande vårdprocesser på sjukhus. Resurser behöver föras över från sjukhusvården till den nära vården för att garantera en god och nära vård för de patienter som inte behöver vårdas på sjukhus. Regeringen bedömer att landstingen med denna åtgärd ges bättre förutsättningar att nyttja sina resurser mer effektivt än i dag. För att exemplifiera detta kan nämnas att kostnaden per kontakt inom somatisk slutenvård var 57 000 kronor 2016 medan motsvarande kostnad var 3 300 kronor inom den öppna vården. Inom slutenvården psykiatrisk vård är kostnaden per patient i genomsnitt ungefär fem gånger så hög som inom öppen psykiatrisk vård. Ett mer konkret exempel på kostnadseffektivisering presenteras i konsekvensanalysberäkningarna för vårdgarantiförslaget i avsnittet nedan. I takt med att primärvården blir mer tillgänglig i enlighet med vårdgarantiförslaget kan fler förväntas välja att vända sig till primärvården i första hand i stället för till sjukhusens akutmottagningar. I detta finns en stor besparingspotential.

Initiala kostnader kan uppstå för landstingen på grund av exempelvis förändrade arbetssätt och resursöverföringar från sjukhusvård till primärvård. Dessa resursöverföringar kan inte beskrivas enbart i termer av ekonomiska resurser, utan minst lika mycket i form av överföring av kompetens för verksamhet, utbildning och forskning. Överföring av resurser bör ske i en sådan takt att tillväxt och nerdragningar sker dynamiskt och så att sjukhusvårdens kvalitet och effektivitet inte påverkas negativt. Omställningen från sjukhusdominerad vård till en nära vård är delvis gemensam för huvudmännen, men i stora delar behöver förändringarna utformas utifrån dagens situation i den regionala och lokala kontexten.

Bestämmelsen om att vården får koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl innebär endast ett förtydligande av vad som gäller redan i dag i enlighet med systemet med riks- och sjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården och får således inga ytterligare ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Att exakt beräkna vad förslaget om en förstärkt vårdgaranti innebär för landstingens framtida ekonomi är inte möjligt på grund av osäkerhetsfaktorer och inbördes beroenden. Regeringen bedömer att den förstärkta vårdgarantin kommer att innebära både kostnader och besparingar men att besparingarna redan på relativt kort sikt överstiger kostnaderna under förutsättning att andra yrkesgruppers potential nyttjas i tillräckligt stor utsträckning. Nettobesparingen uppskattas enligt beräkningar som presenteras i tabell 7.1 vara i storleksordningen drygt 1,5 miljarder kronor per år.

Vissa kostnader uppskattas uppstå till följd av förslaget. Framst gäller det att personal kan behöva anställas för att möjliggöra förändrade arbetssätt och en förkortad tidsgräns för vårdgarantin. Även om utredningens förslag om en förkortad tidsgräns, i den mån den beslutas, innebär en förordningsändring och inte en ändring av HSL är kostnaderna för denna förändring medräknade i uppskattningarna av kostnader och besparingar nedan. I övergången till en behovsstyrd vårdgaranti ligger en förväntan om att en större andel patienter än i dag kommer att hänvisas till andra kompetenser än läkare för en första medicinsk bedömning. Fördelen med detta är dels att patienten snabbare får träffa den kompetens som han eller hon har störst behov av, dels att läkartid kan frigöras för de patienter som har det behovet. Förändrade arbetssätt kan handla såväl om att få digitala lösningar på plats som exempelvis att åstadkomma en ändamålsenlig triagering vid första kontakt med verksamheten. Även andra interna arbetssätt och flöden inom verksamheten kan behöva förändras för att möta den förstärkta vårdgarantin. Hur mycket själva förändringsarbetet för att ställa om arbetssätten kommer att kosta kommer att variera i och med att vårdcentralerna runt om i landet är utformade på olika sätt utifrån varje huvudmans uppdragsbeskrivning. Generellt gäller emellertid att när en sådan förändring genomförs blir det viktigt att säkra att kompetensmixen på primärvårdsenheten svarar upp mot patienternas behov så att överflyttningen av läkarbesök till andra yrkesgrupper kan göras fullt ut. I vissa fall kan detta innebära att andra yrkesgrupper behöver anställas. För att möta en ny kortare tidsgräns kan även fler läkare behöva anställas. Personal kan i viss utsträckning omfördelas inom landstinget för att möta verksamheternas förändrade behov. En viss kostnad är också förknippad med behovet av förändring i uppföljningen och inrapporteringen av väntetiderna så att även väntetider till annan legitimerad personal än läkare kan följas. (Se avsnittet om administrativa konsekvenser nedan.)

Det förväntas finnas stora besparingar i omfördelningen från läkarbesök till besök hos andra yrkesgrupper eftersom ett vårdtillfälle hos en läkare är kostsammare. Dessutom förväntas vårdens beroende av hyrläkare minska då fler patienter kan få snabbare hjälp av andra yrkesgrupper. En annan stor besparingspotential ligger i att akutsjukvården i dag i stor omfattning tar hand om lindrigare besvär som lika väl skulle kunna tas om hand i primärvården. Denna obalans kan potentiellt förbättras med en ökad tillgänglighet till, och ett ökat förtroende för, primärvården. Akutsjukvård vid sjukhus är en mycket dyr vårdform.

Tabell 7.1 Besparingspotential av förslaget om förstärkt vårdgaranti
(miljoner kronor om inte annat anges)

Prop. 2017/18:83

	År 1	År 2	År 3	Totalt tre år	Medeltal per år
Omfördelning av läkarbesök, antal	156202	316144	477846	950192	316731
Omfördelning av läkarbesök, andel av år 0*	1,1%	2,2%	3,3%	-	-
Minskning hyrläkare jämfört med år 0*	-10%	-30%	-60%	-	-
Besparing, minskning av hyrläkare	-133	-278	-434	-845	-282
Besparing, omfördelning av läkarbesök	-265	-546	-842	-1653	-551
Kostnad, utökad uppföljning	6	0	0	6	2
Kostnad, nyanställning läkare	230	237	245	711	237
Kostnad, nyanställning övriga yrkesgrupper	106	218	337	661	220
Nettobesparing	-57	-369	-695	-1120	-373
Besparing omfördelning av besök akut vård till primärvård	-1142	-1161	-1186	-3488	-1163
Sammantagen nettobesparing					-1536

* År 0 är beräknat utifrån data för 2016

Att stora besparingar kan göras genom minskade hyrläkarkostnader indikeras i Värmlands läns landstings förändringsprojekt Bästa effektiva omhändertagandenivå (BEON). Modellen bygger på antagandet att en stor andel (30–70 procent) av dagens läkarbesök inom vissa vårdområden kan ställas om till andra yrkesgrupper. Resultat från förstudien som inkluderade fem vårdcentraler indikerar att ett stort antal läkarbesök kan ersättas av besök hos exempelvis fysioterapeut, psykolog, kurator eller sjuksköterska. Totalt skulle 225 läkarveckor per kalenderår kunna frigöras vilket ger en besparing på ca 14 miljoner kronor. Kostnaderna för besöken hos fysioterapeuter m.fl. uppgår uppskattningsvis till ca 7 miljoner kronor, vilket ger en nettobesparing på ca 7 miljoner kronor, per kalenderår. Om man ser till samtliga offentligt drivna vårdcentraler i Värmland, är motsvarande besparingspotential ca 40 miljoner kronor per kalenderår. Om uppskattningarna av besparingarna i Värmlandsexemplet skalas upp till att gälla hela landet, visar beräkningen på potentiella besparingar på ca 1,7 miljarder kronor per kalenderår. Denna uppskalning tar emellertid inte hänsyn till att beroendet av hyrpersonal varierar över landet.

Regeringens samlade bedömning är mot den bakgrund som presenteras ovan att förslaget sammantaget inte kan anses innebära ökade kostnader för landstingen.

Styrande principer

Regeringens förslag om styrande principer anger en inriktning för organiseringen av hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och är inte detaljstyrande. Regeringen bedömer att förslaget i sig snarare innebär en omfördelning av personella resurser snarare än ett behov av nyanställningar. Tillgången på läkare och sjuksköterskor (specialistsjuksköterskor undantagna) sysselsatta i hälso- och sjukvården har ökat över tid och Sverige hade den fjärde högsta läkartätheten i EU-/EES-området 2014. Det finns emellertid regionala skillnader i tillgång på olika personalgrupper som har varit stabila över åren 1995–2014.

De senaste åren har antalet besök i hälso- och sjukvården ökat. Besöksökningen består mestadels av besök som inte är läkar- eller sjuksköterskebesök utan i stället besök till kuratorer, psykologer, undersköterskor, fotvård etc. Den senaste femårsperioden har det genomsnittliga antalet läkarbesök och sjuksköterskebesök per individ stadigt minskat till förmån för besök hos andra yrkeskategorier. I dag överstiger efterfrågan tillgången på sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och på läkare inom allmänmedicin, geriatrik och psykiatri vilket kan komma att påverka genomförandet av förslaget. Regeringen bedömer emellertid att detta bör kunna täckas av redan pågående och planerade utbildningssatsningar för hälso- och sjukvårdspersonal. Antalet programnybörjare på utbildningarna till läkare, sjuksköterska och barnmorska har ökat över tid (2010–2015). Regeringen gör flera olika satsningar för att ytterligare förbättra möjligheterna till utbildning. Bland annat har medel tillförts för att stimulera fler sjuksköterskor att vidareutbilda sig inom områden där de nationella behoven är stora. Dessutom har medel tillförts för validering av utländska hälso- och sjukvårdsutbildningar liksom för utbyggnad av platser inom sjuksköterske-, barnmorske- och specialist-sjuksköterskeutbildningarna. I budgetpropositionen för 2018 aviserades även medel för utökning av antalet utbildningsplatser för läkare.

Det handlar emellertid inte bara om att utbilda fler utan också om att öka andelen utbildade som väljer att faktiskt jobba inom hälso- och sjukvården. Att göra den nära vården till en attraktiv arbetsplats kan göra det lättare att behålla personal och få en positiv inverkan på rekryteringen och viljan att specialisera sig inom bristspecialiteterna. Det handlar också om att använda de olika kompetenserna på ett klokt sätt och se över arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper och vårdnivåer.

Det kan finnas ett behov av informationsinsatser till allmänheten om lagändringarna och var i hälso- och sjukvårdssystemet man får den bästa hjälpen för sitt specifika behov. Det kan finnas en inställning att det av olika skäl skulle vara bättre att vända sig till sjukhus än primärvård. Här kan informationsinsatser ha stor betydelse för att vid behov underlätta en attitydförändring.

Vårdgarantin

Syftet med en behovsstyrd vårdgaranti är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården, för att på bästa sätt kunna svara mot patienternas behov. I övergången till en behovsstyrd

vårdgaranti ligger en förväntan om att en större andel patienter än i dag kommer att hänvisas till andra yrkesgrupper än läkare. Fördelen med detta är att patienten snabbare får träffa den kompetens man har störst behov av men också att frigöra läkartid för de patienter som har behov av en läkare. När en sådan förändring genomförs är det dock viktigt att minnas att tillgången på olika yrkesgrupper varierar över landet, vilket i praktiken kan försvåra ett jämnt införande av en förstärkt vårdgaranti. Detta berörs ytterligare under rubriken Konsekvenser för en jämlik vård nedan. I intervjuer som utredningen gjort har det framkommit att det i dagsläget regionalt finns svårigheter att ha tillräcklig bemanning gällande t.ex. arbetsterapeuter, psykologer och fysioterapeuter.

Även vad gäller vårdgarantiförslaget kan det finnas ett behov av informationsinsatser till allmänheten. Denna information kan behöva gälla lagändringarna i sig men även vilken yrkesutövare man får den bästa hjälpen av för sitt specifika behov. Det kan finnas en inställning att det är bättre att träffa en läkare än någon annan hälso- och sjukvårdspersonal. Här kan informationsinsatser ha stor betydelse för att vid behov underlätta en attitydförändring och klargöra vilken typ av kompetens olika sjukvårdspersonal har. Här kan myndigheterna spela en viktig roll.

7.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Styrande principer

Studier har visat att en stark primärvård är viktig för en jämlik hälsa i befolkningen. Tillgången till vården ska vara densamma, oberoende av var patienten bor, men vården kan inte förväntas vara utformad på samma sätt överallt, beroende på exempelvis skiftande förutsättningar i glesbygd och storstad.

Vårdgaranti

När det gäller väntetider har väntetidsdatabasen enbart uppgifter om kön och ålder, vilket begränsar möjligheterna att undersöka eventuella skillnader mellan olika grupper. Det finns emellertid inget som tyder på att en förstärkt vårdgaranti enligt förslaget får konsekvenser som skulle innebära ökade skillnader i väntetider och tillgänglighet till primärvården mellan olika grupper. Utifrån befintlig besöksstatistik kan inga undanträngningseffekter av svagare grupper påvisas i primärvården. Generellt sett har personer med lägre inkomst eller utbildning större sannolikhet att ha gjort minst ett besök i primärvården det senaste året jämfört med dem som har högre inkomst och utbildning. Det kan dock konstateras att barn är den grupp som i störst utsträckning får vård både samma dag och inom 7-dagarsgränsen för läkarbesök inom primärvården. Patienter mellan 60 och 79 år är de som i lägst utsträckning får besök både samma dag och inom 7-dagarsgränsen vilket skulle kunna tyda på en viss undanträngning av denna åldersgrupp.

Förslaget till förstärkt vårdgaranti utgår från dagens modell där landstingen har en stor frihet när det gäller utformningen av sina respektive vårdvalssystem för primärvården. Detta innebär att uppsättningen av olika kompetenser kommer att variera över landet. I vissa landsting kan

man därmed komma att garanteras en bedömning av t.ex. en psykolog inom tre dagar, medan psykologkompetensen inte nödvändigtvis ingår i vårdgarantin i andra landsting.

7.7 Konsekvenser för jämställdheten mellan könen

Styrande principer

Förslagets innehåll som sådant torde inte påverka jämställdheten mellan kvinnor och män. Dock är en majoritet av hälso- och sjukvårdens personal kvinnor, därmed kan förslaget ändå få viss betydelse för jämställdheten. Såvitt regeringen kan bedöma har dock förslaget ingen påverkan på jämställdheten mellan kvinnor och män i menlig riktning. Förslaget syftar bland annat till att förbättra vården för äldre med omfattande behov, en majoritet av dessa är kvinnor. Förslaget kan även komma att få konsekvenser för jämställdheten ur perspektivet närståendes insatser genom att en förbättrad vård för bl.a. äldre patienter kan avlasta de närstående. Eftersom en majoritet av dem som vårdar anhöriga är kvinnor kan förslaget positivt påverka kvinnors förutsättningar att förvärvsarbeta och försörja sig på samma villkor som män.

Vårdgarantin

Tidigare uppföljningar av vårdgarantin har inte visat på några större skillnader i väntetider mellan kvinnor och män. Av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppföljning av utfall 2009–2014 framgår att män i genomsnitt får sitt läkarbesök i primärvården inom sju dagar något oftare än kvinnor men att skillnaderna är små. De stora skillnaderna är inte mellan kön utan mellan landsting. Dock noterar Vårdanalys att det inom vissa landsting förefaller finnas något större skillnader mellan män och kvinnor. Det finns inget som tyder på att en förstärkt vårdgaranti enligt de aktuella förslagen får konsekvenser som skulle innebära ökade skillnader i väntetider och tillgänglighet till primärvården mellan män och kvinnor.

I sammanhanget bör det också framhållas att en majoritet av hälso- och sjukvårdens personal är kvinnor, och förslagen kan även få betydelse för jämställdheten mellan män och kvinnor genom påverkan på deras arbetsmiljö.

7.8 Konsekvenser för patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården

Styrande principer

Regeringen bedömer att föreslagna styrande principer har förutsättningar att inverka positivt på patientsäkerheten, de medicinska resultaten och patienternas upplevelse av vården. Sjukvården i Sverige uppnår medicinska resultat i världsklass. Det finns emellertid också stora utmaningar bland annat vad gäller att ta hand om den växande grupp av framför allt

äldre som har komplexa vårdbehov. Systemet brister vad gäller tillgänglighet, kontinuitet och patienternas upplevelse av vården. Hälso- och sjukvårdssystemet är sjukhustungt och är i mångt och mycket uppbyggt utifrån att sjukvården gör punktinsatser för enskilda sjukdomar eller skador som patienten drabbats av. Denna typ av insatser hanterar hälso- och sjukvårdssystemet väl, men befolkningens behov har över tid förändrats både på grund av den medicinska utvecklingen och förbättrade levnadsvillkor. Medellivslängden ökar och med ökande ålder drabbas fler av kroniska sjukdomar som de behöver hälso- och sjukvårdens hjälp att hantera under lång tid.

Den förstärkta, nära vården förväntas kunna ha en överblick över patientens hela vårdbehov och barga för en kontinuitet och förbättrad hälsa och livskvalitet för patienterna. Det är dit patienterna i första hand förväntas vända sig och med ett gott omhändertagande där kan onödigt sjukhusvård undvikas. Primärvården ska redan i dag vara den första instans patienten kontaktar för att söka vård. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bland annat på grund av bristande tillgänglighet till primärvården. Sjukhusvård som hade kunnat undvikas resulterar inte bara i olägenhet och hälsorisker för patienten utan också i onödigt höga kostnader. Med ett bättre omhändertagande i den nära vården förväntas sjukhusen avlastas och ha bättre förutsättningar att fokusera på avancerade insatser som kräver sjukhusens kompetens och teknik.

Vårdgarantin

Det finns patientsäkerhetsutmaningar för ett införande av en behovsstyrd vårdgaranti. En sådan är nödvändigheten av att säkerställa en lokal struktur för hur patientens behov på ett patientsäkert sätt styrs till rätt vårdkompetens. För att det ska ske rätt koppling mellan patientens vårdbehov och den mest relevanta professionen kommer en väl grundad triagering, dvs. en bedömning och prioritering av patienters vårdbehov, att behöva göras vid patientens kontakt med primärvården (den så kallade nollan i vårdgarantin). Den funktion som sköter triageringen behöver ha tillgång till ett väl fungerande beslutsstöd och tillgång till andra kompetenser att rådfråga vid behov.

En risk som kan påverka patientsäkerheten är det faktum att tillgängliga resurser ibland är mindre än efterfrågan på en specifik kompetens och enskilda patienters behov måste då vägas mot varandra. I en sådan situation måste man vara uppmärksam på risken att den enskilda patientens behov i praktiken styrs mot en tillgänglig profession snarare än mot den optimala kompetensen för patientens behov. Uppföljningen behöver utvecklas vad gäller besöksorsak kopplat till vilken åtgärd som utfördes av vilken yrkesgrupp och vad det medicinska resultatet blev för patienten.

7.9 Konsekvenser för kommunerna

Flertalet *kommuner* som yttrat sig kring förändrad vårdgaranti är positiva, men saknar, liksom *Socialstyrelsen*, konsekvensanalys av förslaget

ur ett kommunalt perspektiv. Vad gäller läkarbesök omfattas även patienter inskrivna i hemsjukvården av dagens garanti om läkarbesök inom primärvården. Läkarbesök i hemsjukvård har sannolikt ofta karaktären av återbesök men dessa patienter har troligen också behov av läkarbesök som täcks av vårdgarantin för nya hälsoproblem eller oväntade eller kraftiga förändringar av tidigare kända hälsoproblem. Många patienter som har hemsjukvård har komplexa vårdbehov. En vårdgaranti som omfattar fler yrkesgrupper än läkare skulle i princip även kunna vara tillämpbar i den kommunalt finansierade vården. Föreliggande förslag återfinns emellertid i HSL i det avsnitt som rör landstingens ansvar som huvudman, och en förändrad lydelse i denna del kommer i nuläget inte att lägga något ytterligare ansvar på kommunerna jämfört med i dag.

7.10 Administrativa konsekvenser

Vårdgarantin

Genomförandet av förslaget ställer krav på vissa förändringar vad gäller inrapportering av data och utveckling av väntetidsdatabasen. Detta uppskattas kosta totalt cirka sex miljoner kronor sammantaget för hela landet som en engångskostnad. Efter det är det rimligt att anta att den administrativa bördan för att följa upp en förändrad vårdgaranti inte kommer att öka.

Denna uppskattning gäller de förändringar i befintliga verksamhets-system som krävs för att kunna följa upp besöksstatistik för 11 yrkesgrupper istället för endast läkarbesök samt att automatiskt överföra data till Väntetidsdatabasen. Beräkningarna utgår från antagandet att samtliga landsting har en lika effektiv övergång till en ny utvidgad uppföljningsmodell som Jönköpings läns landsting enligt egen uppgift redan har haft. I den uppskattade kostnaden för hela landet har ett utrymme därutöver lämnats för att täcka eventuella högre kostnader i andra landsting. Jönköpings läns landsting har deltagit i ett utvecklingsarbete av uppföljningsinformation som SKL har bedrivit i linje med förslaget. SKL:s modell är produktionssatt, och redan i dag följs bland annat data som skulle behöva fångas om vårdgarantin förändrades. Än så länge är det bara Jönköping som levererar data automatiskt månadsvis men flera landsting förbereder sig för att kunna använda modellen.

7.11 Konsekvenser för sysselsättningen

Styrande principer

Regeringens förslag anger en inriktning för organiseringen av hälso- och sjukvården på ett övergripande plan och är inte detaljstyrande. Regeringen bedömer att förslaget i sig snarare innebär en omfördelning av personella resurser än ett behov av nyanställningar. Däremot innebär befolkningsökningen och den ökande andelen äldre i befolkningen i sig ett ökat tryck på hälso- och sjukvården. När det gäller de förslag som regeringen lägger som är att betrakta som strukturskapande styrning, är det viktigt att huvudmän, verksamheter och professionella har tillräckligt

utrymme för lokal anpassning. Förslagen kommer att få något olika lösning beroende på geografi, befolkningsstruktur, tillgång till kompetens och patienters/brukares behov och önskemål. Den resursöverföring som behöver ske kan inte beskrivas enbart i termer av ekonomiska resurser, utan minst lika mycket i form av överföring av kompetens för verksamhet, utbildning och forskning. Överföring av personella resurser bör ske i en sådan takt att tillväxten i den nära vården sker dynamiskt och att sjukhusvården inte påverkas negativt avseende kvalitet och effektivitet. Omställningen från sjukhustung vård till en nära vård är delvis gemensam för huvudmännen, men i stora delar behöver förändringarna utformas utifrån dagens situation i den regionala och lokala kontexten.

Vårdgarantin

Syftet med en behovsstyrd vårdgaranti är att använda så mycket som möjligt av den kompetens som finns inom primärvården, för att på bästa sätt kunna svara mot patienternas behov. I praktiken finns dock faktorer som kan försvåra införandet av en utökad vårdgaranti. En sådan är att vårdcentralerna runt om i landet är utformade på olika sätt utifrån varje huvudmans uppdragsbeskrivning, men också andra lokala faktorer. Vårt att lyfta är tillgången till olika yrkesgrupper inom primärvården. I övergången till en behovsstyrd vårdgaranti ligger en förväntan om att en större andel patienter än i dag kommer att hänvisas till andra kompetenser än läkare. Fördelen med detta är dels att patienten snabbare får träffa den kompetens som han eller hon har störst behov av, dels att läkartid frigörs för de patienter som har just det specifika behovet. När en sådan förändring genomförs är det dock viktigt att minnas att tillgången på olika yrkesgrupper varierar över landet, och i intervjuer har det framkommit att det i dagsläget regionalt finns svårigheter att säkerställa bemanningen när det gäller till exempel arbetsterapeuter, psykologer och fysioterapeuter.

7.12 Konsekvenser för företagen

Både förslaget om styrande principer och en förstärkt vårdgaranti ligger under avdelning III om landstingets ansvar som huvudman i HSL. Privata vårdföretag kan dock beröras genom att de tecknar avtal med landstinget och därigenom ska uppfylla de krav som landstinget ålägger dem.

Regelrådet finner brister i utredningens delbetänkandes redovisning av påverkan på företagens kostnader, verksamhet och konkurrenshållanden och i fråga om särskild påverkan på små företag. År 2015 köpte landstingen vårdtjänster för ca 50 miljarder kronor vilket utgjorde 22,7 procent av landstingens nettokostnader för hälso- och sjukvård (motsvarande ca 218 miljarder kronor). Det var en ökning med ca 9 procent från 2010. 58 procent av alla köp inom hälso- och sjukvårdsområdet gjordes från privata vårdgivare och företag under 2015. Cirka 85 procent av köp från privata vårdgivare och företag gällde primärvård och specialiserad somatisk vård under 2015. Från en förhållandevis låg nivå utförs en ökande andel av den offentliga vården av andra utförare än

egen förvaltning. En betydande andel av dessa alternativa utförare är privata vårdgivare och företag. Regeringen bedömer att stora företag, i kraft av sin storlek, kan ha lättare att bredda sitt tjänsteutbud vilket också kan innebära en konkurrensfördel. Det kan inte uteslutas att förslaget kan ge mer svårhanterliga effekter för mindre vårdföretag än för större vårdföretag. Det är tänkbart att lagändringen kommer att leda till att företag behöver utveckla sin väntetidsuppföljning för att tydliggöra att vårdgarantin följs. Detta är emellertid en insats av engångskaraktär.

Regeringens förslag kan dock sägas innebära en betoning på multi-professionella team och mikrosystem vilket regeringen bedömer kunna vara särskilt gynnsamt för små företag. Det torde också vara gynnsamt särskilt för små företag att deras anställda genom en förstärkt vårdgaranti får tillgång till vården snabbare och på så sätt kan komma snabbare tillbaka till arbetet.

7.13 Övriga konsekvenser

Regeringen bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet. Förslagen bedöms vidare vara i överensstämmelse med EU-rätten.

8 Författningskommentar

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

7 kap. 2 a §

Landstinget ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.

Paragrafen är ny och behandlas i avsnitt 4.6.

Bestämmelsen om att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen innebär att vårdcentraler och andra vårdenheter geografiskt sett ska finnas nära människor, men även att huvudmannen ska sträva efter att öka användningen av tekniska lösningar inom olika vårdformer, t.ex. genom att göra det möjligt för patienten att, i de fall detta är lämpligt och möjligt, få hjälp i sitt eget hem via dator eller mobiltelefon eller på annat sätt. Digital och virtuell vård är i dag mest aktuellt i fall av mindre komplex karaktär, såsom vid lättare åkommor, uppföljning, monitorering och återbesök. Med den tekniska utvecklingen kan detta komma att förändras, t.ex. avseende diagnostik.

Avsteg från huvudregeln när det gäller geografisk närhet får göras om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Det kan finnas behov av att samla viss kompetens eller medicinsk utrustning vid t.ex. region-

sjukhusen. Den så kallade rikssjukvården koncentreras till mycket få vårdenheter i landet, för vissa patientgrupper, diagnoser eller åtgärder. Regeringen har nyligen presenterat förslag till ändringar i HSL som innebär en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Den nya processen ska den 1 juli 2018 ersätta systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården (prop. 2017/18:40). Med nationell högspecialiserad vård avses offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Paragrafens placering i kapitel 7 innebär att kraven på att ge vård nära befolkningen ingår i landstingets ansvar som huvudman. Landstingen bör i avtal med privata vårdgivare exempelvis kunna ställa upp villkor om användning av tekniska lösningar.

9 kap. 1 §

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.3.

Genom ändringen i punkt 2 har vårdgarantin i denna del utvidgats på så sätt att den inte längre omfattar endast läkarbesök utan att den enskilde i stället garanteras att få en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården.

Den medicinska bedömningen ska göras av någon med tillräcklig kompetens för att bedöma patientens tillstånd och behov av hälso- och sjukvård. Bedömningen ska göras av läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal med legitimation enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), exempelvis en sjuksköterska, fysioterapeut eller psykolog. Med läkare avses även läkare under allmäntjänstgöring.

Oftast görs en medicinsk bedömning vid ett fysiskt möte, men bedömningen kan även göras med hjälp av olika digitala och virtuella lösningar. Det får anses ingå i hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesansvar att i samband med den medicinska bedömningen även vidta de adekvata åtgärder som är lämpliga och möjliga, t.ex. i form av rådgivning för egenvård, förskrivning av läkemedel eller remittering till specialistläkare. En medicinsk bedömning ska journalföras i enlighet med bestämmelserna i 3 kap. patientdatalagen (2008:355).

Det är patientens behov som i första hand ska avgöra vilken typ av yrkeskategori som bör komma i fråga för den medicinska bedömningen. Det är också patientens behov som ska styra om bedömningen bör göras vid ett fysiskt besök eller kan göras på distans. Vid avgörandet av vad som i varje enskilt fall är lämpligt och förenligt med kraven på en god

Prop. 2017/18:83 vård bör beaktas exempelvis frågans komplexitet, patientens individuella förutsättningar och om patienten tidigare är känd eller inte.

Bestämmelser om de tidsperioder inom vilka vårdgarantin ska vara uppfylld finns i 6 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

8.2 Förslaget till lag om ändring i patientlagen (2014:821)

2 kap. 3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 5.3.

Punkt 2 har ändrats på motsvarande sätt som 9 kap. 1 § 2 HSL, se kommentaren till den paragrafen.

Sammanfattning av betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)

Prop. 2017/18:83
Bilaga 1

Bakgrund

Regeringen beslutade den 2 mars 2017 att utse en särskild utredare med uppdrag att utifrån en fördjupad analys av förslag i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården. Utredningen har valt namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01).

Svensk hälso- och sjukvård har i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i akutsjukhus och annan specialistvård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk vård en hög kvalitet när det gäller medicinska resultat, men sämre resultat när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns i dag en insikt om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser. Om vi ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna kan vård och omsorg inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande.

Primärvården har en central roll i hälso- och sjukvårdssystemet. Forskning visar att en stärkt primärvård har goda förutsättningar att bidra till en jämlik hälsa i befolkningen. Primärvården är också den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför dit patienterna i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning. I dag vänder sig dock en stor andel av patienterna till andra vårdnivåer, t.ex. akutmottagningar, bl.a. på grund av bristande tillgänglighet till primärvården. Vård på sjukhus som hade kunnat undvikas resulterar, förutom i icke optimal vård för patienten, i höga kostnader och risk för vårdskador.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver därför reformeras så att mer resurser styrs till de delar i systemet som har goda förutsättningar att hantera både närhet till patienter och komplexiteten i sjukdomstillstånd. En förstärkning av primärvården är nödvändig. Särskilt viktigt är att förbättra vården för dem med störst behov.

Utgångspunkter

För uppdraget att stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård ska utredningen i enlighet med direktiven ta avstamp i förslagen från betänkandet Effektiv vård. Betänkandets förslag tar sikte

på ett antal olika aspekter och riktar sig till en rad olika aktörer och nivåer i hälso- och sjukvården. Till sin natur är förslagen i Effektiv vård olika. Vissa tar sikte på ändringar i lagar och andra regelverk, andra uppmanar till ökad samverkan (i olika utsträckning reglerad) och åter andra har snarare ett signalvärde i att tydliggöra centrala principer som olika aktörer bör utgå ifrån och införliva i sin egen verksamhet. Förslagen berör allt ifrån specifika problem till övergripande styrande principer för svensk hälso- och sjukvård. Denna utredning ska särskilt beakta följande förslag:

- förändring av grundläggande styrande principer för vårdens organisering
- att slutna vård kan ges på annan plats än vårdinrättning
- ett nationellt utformat uppdrag för primärvården
- ett tydligare akutuppdrag för primärvården
- en professionsneutral vårdgaranti och en ändrad tidsfrist för en medicinsk bedömning
- resursöverföring från sjukhusvård till primärvård.

Sedan Effektiv vård överlämnades till regeringen i januari 2016 har olika administrativa nivåer, organisationer och verksamheter runtom i Sverige arbetat vidare i linje med analysen och förslagen i Effektiv vård. Delbetänkandet innehåller därför en inledande överblick av arbeten som direkt eller indirekt knyter an till förslagen i Effektiv vård och utredningens uppdrag.

Hur tänker vi gå till väga?

Styrande principer

En beskrivning av inriktningen för det kommande arbetet presenteras. Den utgår från att de nuvarande styrande principerna för vårdens organisering bör ersättas av nya principer som anger närheten till patienten, och som slås fast genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, HSL). De nya principerna anger att vården ska vara lätt tillgänglig för såväl kontakt som bedömning och besök. En bestämmelse föreslås, med innebörden att hälso- och sjukvården ska organiseras nära befolkningen, om det inte är motiverat att koncentrera den geografiskt av kvalitets- eller effektivitetsskäl. Vidare föreslås en förändring i lagen som tydliggör att öppen vård ska vara förstahandsvalet.

Målbild

Dessa förändrade principer för vårdens organisering ligger i sin tur till grund för den gemensamma målbild för omstruktureringen av hälso- och sjukvården som redovisas i betänkandet; en hälso- och sjukvård med primärvården som bas, i samspel med sjukhus och kommunala insatser, och tydligt utgående från patientens behov. En målbild baserad på god och nära vård.

För att uppnå målbilden föreslås en färdplan för den samordnade omställningen till en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården. Färdplanen har sin utgångspunkt i den svenska hälso- och sjukvårdens historia och tar sikte på målbilden. Den omfattar såväl utredningens tid fram till slutbetänkande mars 2019 som det fortsatta tidsintervallen 2019–2022 och 2022–2027, eftersom det finns förändringar som kommer att behöva genomföras såväl på kortare som längre sikt. En prioriterad del i omställningen bör vara utformandet av ett Nationellt Uppdrag för primärvården, Primärvård NU. Detta kommer i enlighet med utredningens direktiv att redovisas i delbetänkande två, juni 2018.

En förstärkt vårdgaranti i primärvården

I direktiven för utredningens uppdrag ingår att i samband med det första delbetänkandet lämna en analys inklusive konsekvensanalys av förslagen i Effektiv vård gällande den nationella vårdgarantin. I dagens vårdgaranti berör två av fyra punkter primärvården: dels ska landstingen garantera en kontakt med primärvården samma dag som patienten söker hjälp, dels ska landstingen garantera ett läkarbesök inom primärvården inom högst sju dagar. Det finns utmaningar med dagens vårdgaranti gällande uppföljning, men även dess utformning. Frågetecken finns kring i vilken grad den understödjer stärkt tillgänglighet och en god vård på lika villkor samt styr mot en resurseffektiv verksamhet hos huvudmän och vårdgivare.

I Effektiv vård lämnas förslag på förändringar i vårdgarantin så att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning, och denna bedömning görs professionsneutral, dvs. fler professioner än läkare omfattas av garantin. Tidsfristen föreslogs till högst tre dagar om en bedömning inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården.

Efter en fördjupad analys av dessa förslag föreslår utredningen att landstingens skyldighet att erbjuda vårdgaranti inom primärvården ska ändras så att den enskilde inom viss tid får en medicinsk bedömning. Den medicinska bedömningen ersätter dagens garanti om besök. Detta görs med syfte att förtydliga möjligheten till andra kontaktformer än den fysiska samt betona det kvalitativa innehållet i mötet. Vidare föreslås att vårdgarantin ska vara behovsstyrd, dvs. utöver läkare omfatta även andra legitimerade yrkesgrupper. Tidsfristen föreslås till högst tre dagar, om vårdgivaren har bedömt att den enskilde behöver få en medicinsk bedömning och en sådan inte kan göras när den enskilde först söker kontakt med primärvården. Förändringarna syftar sammantaget till en utformning mer styrd av patientens behov än i dag och med en ökad tillgänglighet till primärvården.

Möjligheter och utmaningar

En av hälso- och sjukvårdens styrkor, men också en av dess utmaningar, är det engagemang utformningen av hälso- och sjukvårdens organisation väcker. Alla är vi, eller kommer någon gång att vara, patienter. Alla är vi medarbetare, närstående, arbetskamrater eller grannar i vår relation till vården, vilket ger oss ett djupt engagemang i frågor som rör hälso- och sjukvårdens utformning. Det medför att när det gäller den framtida utformningen av vården måste många vara involverade och känna att de föreslagna förändringarna är angelägna att implementera. Detta ställer i sin tur krav på en transparent och iterativ process när de förslag som ska ligga till grund för framtida beslut tas fram. Det förhållningssättet påverkar såväl utredningens arbete som hela genomförandet av omställningen från den sjukhustunga vården till en ny nära vård utformad efter de behov och förväntningar som befolkningen i dag har på hälso- och sjukvården. För att uppfylla målsättningen om en inkluderande process är det nödvändigt att skapa en förståelse för att omställningen av hälso- och sjukvården från det sjukhustunga system vi i dag har till den moderna nära vården måste ske i många små steg och under en längre tid.

Redan i utredningens tidiga skede står klart att tillit till processen och de förändringar som man önskar åstadkomma är en nödvändig förutsättning för ett gott resultat. Tillit till vården är förstås också avgörande ur ett medborgar- och patientperspektiv. För att åstadkomma den önskade förändringen är förtroendet, inte minst för primärvården, av avgörande betydelse, och de förslag som utredningen lägger måste alltid ta hänsyn till det perspektivet.

En särskild utmaning är de flertal förslag i betänkandet Effektiv vård som gäller samverkan mellan huvudmän; landsting och kommun. I vissa fall saknas en struktur för samverkan på olika beslutande nivåer för dessa frågor, och det blir en utmaning för utredningen att bidra till att etablera en sådan samverkan där den saknas. Flera områden som berör utformningen av den nya nära vården, utgående från befolkningens aktuella ohälsoproblem, involverar med nödvändighet huvudmän såväl på landstings- som kommunsidan.

Lagförslag i betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)

Prop. 2017/18:83
Bilaga 2

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att det i lagen ska införas en ny paragraf 3 kap. 3 § av följande lydelse,

dels att 5 kap. 1 § ska ha följande lydelse,

dels att 9 kap. 1 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

3 §

Hälso- och sjukvården ska ges nära befolkningen. Om det av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat får vården koncentreras geografiskt. Hälso- och sjukvården ska i första hand ges som öppen vård.

5 kap.

1 §

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,

2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och

5. vara lätt tillgänglig.

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard,

2. tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,

3. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

4. främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen, och

5. vara lätt tillgänglig för kontakt, bedömning och besök.

9 kap.

1 §

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av

Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt den som omfattas av

Prop. 2017/18:83
Bilaga 2

landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *besöka läkare* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

landstingets ansvar enligt 8 kap. 1 eller 2 §. Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* inom primärvården,
3. besöka den specialiserade vården, och
4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft 1 januari 2019.

Härigenom föreskrivs i fråga om patientlagen (2014:821)
dels att 2 kap. 1 § ska ha följande lydelse,
dels att 2 kap. 3 § ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

1 §

Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

Hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig *för kontakt, bedömning och besök.*

3 §

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *besöka läkare* inom primärvården,

3. besöka den specialiserade vården, och

4. planerad vård.

Enligt 9 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska patienter erbjudas en vårdgaranti. Den ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får

1. kontakt med primärvården,
2. *en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal* inom primärvården,

3. besöka den specialiserade vården, och

4. planerad vård.

Denna lag träder i kraft 1 januari 2019.

Förteckning över remissinstanser som beretts tillfälle att avge yttrande över betänkandet God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild (SOU 2017:53)

Förvaltningsrätten i Umeå, Justitiekanslern (JK), Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Läkemedelsverket (LV), Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Myndigheten för delaktighet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), E-hälsomyndigheten, Barnombudsmannen, Datainspektionen, Statskontoret, Regelrådet, Arbetsmiljöverket, Arjeplogs kommun, Danderyds kommun, Finspångs kommun, Grums kommun, Gävle kommun, Halmstads kommun, Hjo kommun, Huddinge kommun, Häbo kommun, Härryda kommun, Jönköpings kommun, Karlstads kommun, Kungsbacka kommun, Malmö kommun, Mölndals kommun, Nora kommun, Nordmalings kommun, Norrtälje kommun, Nyköpings kommun, Orusts kommun, Rättviks kommun, Skövde kommun, Sollefteå kommun, Stockholms kommun, Svedala kommun, Säffle kommun, Uppsala kommun, Åre kommun, Älvkarleby kommun, Örkelljunga kommun, Blekinge läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gotlands kommun, Gävleborgs läns landsting, Hallands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kalmar läns landsting, Kronobergs läns landsting, Norrbottens läns landsting, Skåne läns landsting, Stockholms läns landsting, Södermanlands läns landsting, Uppsala läns landsting, Värmlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting, Östergötlands läns landsting, Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svenska Distriktsläkarföreningen, Läkarsekreterares och sjukvårdsadministratörers Förbund (LSF), Sjukhusläkarna, Distriktsköterskeföreningen, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Vårdförbundet, VISION, Kommunal, Sveriges Psykologförbund, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter, Fysioterapeuterna, Sveriges Farmaceuter, Apotekarsocieteten, Legitimerade Kiropraktorers Riksorganisation (LKR), Akademikerförbundet SSR, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Funktionsrätt Sverige, Lika unika, Riksförbundet för Rättigheter, Frigörelse, Hälsa och Likabehandling (RFHL), FAMNA, Tillsammans för ungas psykiska hälsa (TILIA), Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), SPF Seniorerna, Vårdföretagarna, Svenska Logopedförbundet, Svensk Kuratorsförening, Svenska naprapatförbundet, Swedish medtech, Dietisternas riksförbund, LIF – de forskande läkemedelsföretagen.

Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2017-12-18

Närvarande: F.d. justitieråden Leif Thorsson och Lennart Hamberg samt justitierådet Erik Nymansson.

Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti

Enligt en lagrådsremiss den 13 december 2017 har regeringen (Socialdepartementet) beslutat inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
2. lag om ändring i patientlagen (2014:821).

Förslagen har inför Lagrådet föredragits av ämnesrådet Eva Willman Kullén, biträdd av departementssekreteraren Nina Viberg.

Lagrådet lämnar förslagen utan erinran.

Socialdepartementet

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 25 januari 2018

Närvarande: statsminister Löfven, ordförande, och statsråden Wallström, Y Johansson, M Johansson, Bucht, Hultqvist, Regnér, Hellmark Knutsson, Bolund, Damberg, Bah Kuhnke, Strandhäll, Shekarabi, Fridolin, Eriksson, Linde, Skog, Eneroth

Föredragande: statsrådet Strandhäll

Regeringen beslutar proposition 2017/18:83 Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti