

24

Yttrande över
departements-
promemorian

Utveckling av
verksamheter som
bedrivs enligt lagen om
läkarvårdsersättning och
lagen om ersättning för
fysioterapi (Ds 2018:31)

HSN 2018-1052

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

*Enskilda vårdgivare och avdelningsstöd
Karin Bengtsson*

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-10-11

HSN 2018-1052

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Yttrande över departementspromemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31)

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Stockholms läns landsting att yttra sig över rubricerad promemoria.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande

Hälso- och sjukvårdsdirektörens yttrande över promemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31)

Promemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till Socialdepartementet överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens yttrande som nämndens yttrande över promemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31)

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Inom SLL bedriver 276 läkare och 471 fysioterapeuter verksamhet enligt lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för

fysioterapi. Systemet med den så kallade nationella taxan ger dessa enskilda vårdgivare rätt att debitera landstinget arvode för utförd vård.

Det strider mot principen om kommunalt självstyre att landstingen inte kan påverka reglerna för verksamheten. Regelverket är dessutom svårtolkat och saknar bestämmelser om ändamålsenliga sanktioner såsom hävning av ersättningsrätten vid allvarliga brister.

Vidare har vårdgivarna inte varit föremål för konkurrens och möjligheterna att kontrollera kvalitet, kostnadseffektivitet och patientsäkerhet är väsentligt sämre än inom den övriga hälso- och sjukvården. SLL ser också risker med att hälso- och sjukvårdstjänster erbjuds med parallella system, såsom i detta fall med den nationella taxan respektive vårdval.

Den nationella taxan och de samverkansavtal som tecknas enligt lagstiftningen har kritiserats utifrån nationella och EU-rättsliga principer om konkurrensneutralitet.¹

Vid uppföljningar av verksamheter bedrivna enligt nationella taxan har SLL i många fall konstaterat allvarliga brister utifrån kvalitetsaspekter, exempelvis val av behandling, journalföring, vårdhygien, kontinuitet, tillgänglighet och jämlikhet, samt att verksamheten inte är kostnadseffektiv för SLL i jämförelse med annan vård som SLL finansierar.

Överväganden

SLL avstyrker promemorians förslag. SLL anser inte att förslagen tillgodoser behovet av förtydliganden och ändamålsenliga sanktioner inom den aktuella lagstiftningen.

SLL menar att förslagen innebär ökade svårigheter för tolkning och tillämpning, samt försvagar landstingets ställning som ansvarig för att organisera hälso- och sjukvården. Ett genomförande skulle därför ytterligare begränsa möjligheterna till kvalitet och kostnadseffektivitet.

SLL förordar att lagstiftningsåtgärder inom den nationella taxan anstår till dess det finns förslag som tar hänsyn till behovet av att integrera verksamheterna inom den övriga hälso- och sjukvården. En sådan utredning pågår för närvarande inom Socialdepartementet, genom ett tilläggsdirektiv (Dir. 2018:90) till utredningen "Samordnad utveckling för god och nära vård" (S 2017:01). SLL hyser förhoppningen att kommande

¹ Se exempelvis promemorian Ersättningsetablering m.m. för vissa privata vårdgivare (Ds 2007:22), s. 26, angående Europeiska gemenskapernas kommissions formella underrättelse den 21 mars 2007.

utredningsarbete kan leda till att verksamheterna som idag bedrivs inom den nationella taxan kan integreras i den övriga hälso- och sjukvården.

Ekonomiska konsekvenser

Promemorians lagförslag bedöms innebära negativa ekonomiska konsekvenser för SLL i form av ökade kostnader för handläggning, administration, uppföljning och rättsliga processer.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Promemorians lagförslag bedöms inte ta hänsyn till patientsäkerheten, utan bedöms försämra patientsäkerheten ytterligare, genom att främst utgå från vårdgivarens intresse av flexibilitet, förutsebarhet i uppföljningsarbetet och begränsade sanktionsmöjligheter.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård

Promemorians lagförslag bedöms inte ta hänsyn till jämlik och jämställd vård eller andra hänsyn till patienternas perspektiv.

Miljökonsekvenser

Promemorians lagförslag förväntas inte innebära konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser

Promemorians lagförslag bedöms medföra risk för ökad administration i form av svårtolkade situationer, fler ansökningar och fler rättsliga processer. Lagförslagen ger inget stöd i hur administrationen kan lösas.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Eva Askensten
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Socialdepartementet

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-10-11

Socialdepartementet
S2018/04100/FS

Yttrande över departementspromemorian Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi (Ds 2018:31)

Sammanfattning

Stockholms läns landsting (SLL) avstyrker att promemorians förslag genomförs. SLL anser inte att förslagen innebär en utveckling av berörda verksamheter eller svarar upp mot behoven av förändring och modernisering av lagstiftningen. Förslagets utformning försämrar snarare möjligheterna till ansvarsfull planering, styrning och uppföljning av hälso- och sjukvården. Generellt tar förslagen större hänsyn till vårdgivarnas perspektiv genom att tillmötesgå intressen av fortsatt generösa regler och utökad flexibilitet. Det sker enligt SLL på bekostnad av patientsäkerhet, konkurrensneutralitet, kostnadseffektivitet och sanktioner vid brister.

SLL vill framhålla att den nationella taxan innebär väl kända problem i förhållande till kommunalt självstyre, konkurrensneutralitet, och EU-rättsliga principer. Problemen adresseras inte i lagförslagen. Den aktuella lagstiftningen begränsar landstingens rättigheter och skyldigheter att planera, styra och följa upp verksamheten, och tar heller inte hänsyn till kvalitativa aspekter kring god vård, och krav i annan lagstiftning som kommunallagen, hälso- och sjukvårdslagen, patientsäkerhetslagen, patientlagen och patientdatalagen.

SLL har i sitt arbete med verksamheter inom nationella taxan uppmärksammat problem och brister avseende basal vårdhygien, fysisk tillgänglighet, journalföring, följsamhet till Kloka listan¹, evidens- och kunskapsbaserad vård, arbete enligt principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON), och användning av ”fria nyttigheter” i form av medicinsk service. Enligt SLL innebär de föreslagna ändringarna inte att man skulle komma närmare en lösning för dessa problem och brister.

¹ Stockholms läkemedelskommittés rekommendationer av kostnadseffektiva läkemedel, se <http://klokalistan.janusinfo.se/2018/>

SLL anser att det vore olämpligt med ändringar i regelverket i dagsläget, innan det finns förslag som syftar till integrering av verksamheterna i den övriga hälso- och sjukvården.

SLL förespråkar att lagstiftningsarbetet får anstå till dess att utredaren för "Samordnad utveckling för god och nära vård" har redovisat sin utredning av hur vårdgivare verksamma inom den nationella taxan "ska kunna integreras i den ordinarie primärvården och dess vårdvals-system samt i övrig öppenvård, i samklang med övriga förändringar som sker inom hälso- och sjukvården"².

Beträffande frågeställningar, uppdrag och utmaningar för att anpassa eller integrera den nationella taxan vill SLL även uppmärksamma Toivo Hensioos utredning från 2009³, Mona Boströms redovisning från 2012⁴, och Socialdepartementets promemoria Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet⁵.

SLL bedömer att förslagen med ytterligare flexibilitet beträffande arbetstid och anställningsformer inom den nationella taxan skulle kräva ökade resurser för arbete med administration, leda till svåra tolknings-situationer, och minska möjligheten att överblicka hur reglerna efterlevs.

SLL anser att förslagen om uppföljning och sanktioner är otydliga. Vad är "allvarlig skada" för landstinget, och varför är det ett villkor för ingripande mot en vårdgivare? SLL menar också att förslaget ger fel signaler om vilket handlingsutrymme landstinget ska ha vid brister i patientsäkerhet, vårdkvalitet, debiteringsunderlag och andra viktiga hänseenden.

SLL anser att förslagen skulle få konsekvenser som inte uppmärksammas i promemorian, exempelvis ytterligare tolkningsproblem, bedömningar av ansökningar och skäl för uppföljningar. Detta samtidigt som tydliga regler om sanktioner vid brister fortfarande saknas i förslagen.

² Tilläggsdirektiv, Dir. 2018:90, s. 5

³ Regler för etablering av vårdgivare, SOU 2009:84

⁴ Mona Boström, Nationell taxa, slutredovisning av uppdrag, PM, 6 november 2012

⁵ Enheten för folkhälsa och sjukvård, Anna Dahlin, Promemoria Uppdrag att se över formerna för det nationella taxesystemet, 2016-10-20

Avsnitt 6.1, Särskilda krav på läkar- och fysioterapiverksamhet

SLL avstyrker förslaget om avsteg från heltidskravet inom den nationella taxan (8 § lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi). SLL anser att tungt vägande patientsäkerhetshänsyn såsom kontinuitet och tillgänglighet skulle bli lidande av en sådan förändring och noterar att tidigare förarbeten har förordat verksamhet på heltid för att säkerställa kompetensen hos vårdgivaren⁶. SLL ser inte att förslaget är angeläget eller ändamålsenligt utifrån behov av samverkan med andra och agerande som verksamhetschef. Vårdgivarna är egna företagare och "sina egna verksamhetschefer" som fritt kan anlita annan person för uppdraget.

SLL avstyrker förslaget att tillåta anställning inom något landstings hälso- och sjukvård i kombination med arbete enligt den nationella taxan (9 § lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi). SLL ser negativt på att en och samma vårdgivare ges "dubbla roller" som anställd av ett landsting och som egen företagare med rätt att debitera ett landsting. Det skulle innebära risk för att i rollen som anställd kunna slussa "enkla och lönsamma" patienter till den egna verksamheten. SLL vill understryka att det redan med dagens regelverk är svårt att komma till rätta med felaktig eller bristfällig efterlevnad av reglerna för användning av koder för identifikation och remittering till medicinsk service.⁷

Förslagen bygger på en frivillighet för parterna att avtala om halvtid respektive anställning. SLL ser problem med en lagstadgad möjlighet till sådana avtal, eftersom det skulle leda till ansökningar och påtryckningar om att träffa avtal, oavsett SLL:s behov av sådana avtal. Det är dessutom svårt att överblicka hur avtalsprocessen skulle ordnas rättssäkert för alla som kan ha intresse av att arbeta halvtid eller kombinera med anställning inom ett landsting. Förslaget saknar tydliga regler för avtalsregleringen och överklaganden. SLL skulle vid ett genomförande behöva ytterligare resurser för handläggning av ansökningar och överklaganden och få svårt att överblicka efterlevnaden av eventuella avtal.

⁶ Prop. 1996/97:123, Privata vårdgivare, s. 36

⁷ Varje vårdgivare verksam inom SLL har en unik så kallad kombikod som är personlig för vårdgivaren och bland annat styr faktureringen vid remisser till exempelvis medicinsk service.

Avsnitt 6.2, Systematiskt kvalitetsarbete

SLL avstyrker föreslagna ändringar beträffande uppföljning och utvärdering av vårdgivarens verksamhet. Enligt befintliga regler är vårdgivaren skyldig att medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Det innefattar all uppföljning, exempelvis fördjupade uppföljningar som görs på förekommen anledning eller som stickprov.

Enligt promemorians förslag villkoras landstingets befogade intresse av att kunna följa upp och utvärdera den vård landstinget betalar för. Uppföljning och utvärdering ska enligt förslaget ske ”inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete”. Denna inramning kan enligt SLL aldrig gynna uppföljningsmöjligheterna eller någon annan aspekt av arbetet för att uppnå goda resultat inom hälso- och sjukvården. Vidare ifrågasätter SLL promemorians bild av uppföljningsarbetet i termer av något som landsting och vårdgivare ska komma överens om (se avsnitt 7.2, s. 60).

Vårdgivare utan samverkansavtal

Enligt förslaget införs ett tillägg om redovisning av andra uppgifter för uppföljning och utvärdering *som följer av samverkansavtalet*.⁸ SLL vill påpeka att den övervägande majoriteten av vårdgivare verksamma enligt nationella taxan inom SLL inte har samverkansavtal, och således inte skulle träffas av den regeln.

I fråga om samverkansavtalens innehåll och föreslagna skyldigheter som syftar på kvalitet och effektivitet⁹ noterar SLL att sådana kvalitativa aspekter inte regleras i den befintliga lagstiftningen. Förslagen verkar bortse från att vårdgivare med samverkansavtal kan motsätta sig nya villkor. Förslagen verkar också bortse från att samverkansavtal som tecknas vid ersättningsetablering ska innehålla motsvarande villkor som gällt för den överlåtande vårdgivaren¹⁰, det vill säga villkoren enligt lagstiftning.

⁸ Föreslagna 26 § andra stycket p. 4 lagen om läkarvårdsersättning och 25 § andra stycket p. 4 lagen om ersättning för fysioterapi

⁹ Föreslagna 26 a § första stycket lagen om läkarvårdsersättning respektive 25 a § första stycket lagen om ersättning för fysioterapi

¹⁰ Se 5 e § andra stycket lagen om läkarvårdsersättning respektive lagen om ersättning för fysioterapi

Begärd ersättning eller redan utbetalad ersättning

SLL motsätter sig förändringen i förslaget, till en efterhandskontroll av utbetalad ersättning. I en ny paragraf föreslås att landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt ersättning *har betalats ut*.¹¹ Det skiljer sig från den befintliga lagstiftningen som anger att en vårdgivare på begäran av landstinget är skyldig att lämna upplysningar som behövs för kontroll av *begärd* läkarvårdsersättning.¹² Lydelsen visar tydligt att landstinget har rätt att kontrollera förutsättningarna för rätt till ersättning *innan* betalning sker, i samklang med förarbeten och rättspraxis.

Inspektion av bostäder

SLL instämmer i att vårdgivaren ska möjliggöra inspektion av lokal och andra utrymmen, men motsätter sig undantaget för bostäder i förslagets 26 a § lagen om läkarvårdsersättning och 25 a § lagen om ersättning för fysioterapi, andra stycket p. 2. Ur patient- och tillgänglighetsperspektiv är det orimligt att ställa lägre krav på vårdgivare som valt att bedriva verksamhet i en bostad. Utifrån det perspektivet ifrågasätter SLL också promemorians intresseavvägning till förmån för vårdgivaren, ”att inspektionen inte bör störa verksamheten mer än nödvändigt”.¹³

Avsnitt 6.3, Skyldighet att lämna ut patientjournal

SLL anser att det i den föreslagna lagtexten finns en otydlighet kring skyldigheten för vårdgivaren att ”lämna ut” respektive ”visa upp” patientjournal och förordar i stället en punkt enligt följande: ”visa upp eller på begäran lämna ut patientjournal, tidbok och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.”¹⁴

Avsnitt 6.4, Sanktioner och överklagande

SLL har invändningar mot innehållet och formuleringarna i förslagen om sanktioner och anser att de inte bör genomföras. Dessutom anser SLL att det är beklagligt att förslagen saknar effektiva möjligheter till ändamålsenliga sanktioner vid vårdgivares brister eller misskötsel.¹⁵

¹¹ Föreslagna 26 a § första stycket lagen om läkarvårdsersättning respektive 25 a § första stycket lagen om ersättning för fysioterapi

¹² 26 § andra stycket lagen om läkarvårdsersättning respektive 25 § andra stycket lagen om ersättning för fysioterapi

¹³ Promemorian, s. 68

¹⁴ Föreslagna 26 a § andra stycket p. 3 och 4 lagen om läkarvårdsersättning respektive 25 a § andra stycket p. 3 och 4 lagen om ersättning för fysioterapi

¹⁵ Jfr. departementspromemorian Utökade möjligheter att avansluta tandvårdsgivare som misskött sig från det statliga tandvårdsstödet, Ds 2018:36

SLL motsätter sig det föreslagna extra villkoret om ekonomisk skada för landstinget för vitesföreläggande mot vårdgivare. Det rör centrala skyldigheter för vårdgivaren avseende exempelvis medverkan till uppföljning och eller utlämnande av patientjournaler. SLL anser att brister i förhållande till dessa lagstadgade skyldigheter bör utgöra tillräcklig grund för sanktioner såsom vitesföreläggande eller annan lämplig åtgärd.

SLL ställer sig också frågande till utformningen av det utbetalningsstopp som föreslås om ett föreläggande inte följs. I det fallet uppställs ett extra villkor om "allvarlig" ekonomisk skada. SLL anser att förslaget skulle innebära att nya tolkningssvårigheter byggs in i systemet med den nationella taxan. SLL noterar också tolkningssvårigheter i förhållande till de föreslagna nya skyldigheterna "kvalitet och effektivitet", som inte regleras i de aktuella lagarna idag. SLL saknar i detta sammanhang ett omnämmande av hur förslaget förhåller sig till Socialstyrelsens Nationella indikationer för God vård, där begreppen kvalitet och effektivitet ges en tydligare innebörd.

SLL ställer sig även negativt till förslagets utformning, eftersom det ger en skev bild av rättsläget. Det rådande rättsläget är tydligt; vårdgivaren har bevisbördan för att rätt till ersättning föreligger. Förslagets utformning tyder dock på det omvända förhållandet; att vårdgivaren har en rätt till ersättning som landstinget kan stoppa eller i efterhand försöka återkräva. Det kan jämföras med förslaget att slopa skyldigheten att lämna upplysningar med mera som behövs för kontroll av begärd ersättning och istället ge landstinget en möjlighet att kontrollera att rätt ersättning betalats ut, se rubriken Begärd ersättning eller redan utbetald ersättning ovan.

SLL invänder mot förslagets inriktning på ekonomisk skada som måttstock och villkor för sanktioner. Det är inte främst ekonomiska värden som blir lidande vid brister i vårdens kvalitet och effektivitet. De inblandade värdena är generellt sett omätbara värden knutna till patientsäkerhet och befogad tillit till landstinget som huvudman för hälso- och sjukvården. Det är inte meningsfullt att lägga patientsäkerhet i ena vågskålen och eventuell ekonomisk skada i den andra.

Avslutningsvis

För att ge landstingen rimliga förutsättningar att kunna säkerställa att all landstingsfinansierad hälso- och sjukvård håller tillräcklig kvalitet hade det krävts omfattande ändringar i de aktuella lagarna. Sådana ändringar saknas enligt SLL i promemorians förslag. SLL hyser dock en förhoppning om att kommande utredningsarbete kan leda till att verksamheterna som idag bedrivs inom den nationella taxan kan integreras i den övriga hälso- och sjukvården.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Ann Eva Askensten
Avdelningschef

Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Ds 2018:31



Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Ds 2018:31



Regeringskansliet
Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@nj.se
Webbadress: www.nj.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24842-3

ISSN 0284-6012

Innehåll

1	Promemorians huvudsakliga innehåll.....	5
2	Författningsförslag.....	7
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning.....	7
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.....	12
3	Bakgrund.....	17
3.1	Lagen om valfrihetssystem.....	17
3.2	Den nationella taxan.....	18
3.3	Vårdavtal inom LOU och LOV.....	19
3.4	Samverkansavtal inom den nationella taxan.....	20
3.5	Omfattningen av den nationella taxan.....	21
3.5.1	Läkarna.....	23
3.5.2	Fysioterapeuterna.....	26
4	Nuvarande ordning.....	29
4.1	Lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem.....	29
4.2	Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi.....	30
4.3	Jämlik vård.....	31
4.4	God vård av god kvalitet.....	31

4.5	Uppföljning av kvalitet och kostnader i hälso- och sjukvården	32
4.5.1	Nationella indikatorer för God vård.....	32
4.5.2	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete.....	33
4.6	Kvalitetsuppföljning på nationell nivå.....	34
4.6.1	Hälsodataregister	34
4.6.2	Kvalitetsregister	34
4.6.3	Öppna jämförelser	35
4.6.4	Vården i siffror	35
4.7	Patientsäkerhet och tillsyn.....	35
4.8	Sekretess.....	36
5	Tidigare insatser	39
5.1	Tidigare utredningar	39
5.1.1	SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare.....	39
5.1.2	Mona Boströms utredning 2012.....	40
5.2	Nationella taxan i förhållande till vårdval	40
5.3	Skrivelse till regeringen	43
5.4	Intern översyn.....	44
5.5	Uppdrag till Socialstyrelsen	44
6	Överväganden och förslag	45
6.1	Särskilda krav på läkar- och fysioterapiverksamheten.....	46
6.2	Systematiskt kvalitetsarbete.....	49
6.3	Skyldighet att lämna ut patientjournal.....	52
6.4	Sanktioner och överklagande.....	53
6.5	Belopp och ersättningsnivåer i förordningarna	55
7	Konsekvenser	59

7.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	59
7.2	Konsekvenser för landstingen.....	60
7.3	Konsekvenser för företagen	61
7.4	Konsekvenser för patienterna	62
7.5	Konsekvenser för andra myndigheter och organisationer.....	63
7.6	Ekonomiska konsekvenser	63
8	Författningskommentar	65
8.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning	65
8.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi	69

1 Promemorians huvudsakliga innehåll

Promemorian innehåller förslag till ändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF).

I promemorian föreslås att avsteg från heltidskravet i LOL och LOF ska kunna göras om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid. I promemorian föreslås också att undantag ska kunna göras från kravet att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård.

Vidare föreslås att den läkare eller fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning eller fysioterapeutersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Därutöver föreslås att vårdgivaren, på begäran från landstinget, ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

I promemorian föreslås också att läkaren eller fysioterapeuten ska möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen på begäran av landstinget. Vidare föreslås att landstinget ska kunna förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget. Föreläggandet föreslås kunna förenas med vite. Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning till läkaren eller fysioterapeuten till dess att skyldigheterna fullgörs. Slutligen föreslås att läkaren eller fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut om föreläggande eller beslut om att stoppa utbetalningar till förvaltningsrätten.

Nuvarande ordning att regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp bör på sikt upphöra och ersättas av en annan ordning. Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2019.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

dels att 8, 9 och 26 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 26 a–26 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

8 §¹

Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om *läkaren* arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte *läkaren i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid eller om* annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om *han eller hon* arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren. *En*

¹ Senaste lydelse 2009:79.

läkare anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

Läkarvårdsersättning lämnas även till en läkare som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid.

9 §²

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare.

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare *som får läkarvårdsersättning. Läkarvårdsersättning lämnas också om läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att läkaren får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.*

² Senaste lydelse 2010:864.

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

26 §³

En läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om *mottagningens* personal och medicintekniska utrustning samt om *utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök*.

En läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete*.

Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. *verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning,
2. *antalet patientbesök*,
3. *utförda vårdåtgärder*, och
4. *andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet*.

Läkaren ska på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning.

Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

³ Senaste lydelse 2009:79.

26 a §

Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut.

Läkaren ska på begäran av landstinget

1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp handlingar som rör verksamheten,

2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder,

3. lämna ut patientjournal, och

4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.

26 b §

Om landstinget finner att läkaren inte fullgör sina skyldigheter enligt 26 eller 26 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning till dess att läkaren fullgör sina skyldigheter.

26 c §

Landstings beslut enligt 26 b § får

överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.

2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi¹

dels att 8, 9 och 25 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 25 a–25 c §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

8 §²

Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte *fysioterapeuten i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid* eller om annat följer av andra stycket eller 10 §. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren. *En fysioterapeut anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.*

¹ Senaste lydelse av lagens rubrik 2013:1145.

² Senaste lydelse 2013:1145.

Fysioterapiersättning lämnas även till en fysioterapeut som inte bedriver verksamhet på heltid till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl.

9 §³

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om fysioterapeuten är tjänstledig och vikarierar för en annan fysioterapeut.

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om fysioterapeuten är tjänstledig och vikarierar för en annan fysioterapeut *som får fysioterapiersättning. Fysioterapiersättning lämnas också om fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att fysioterapeuten får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.*

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut för verksamhet inom företagshälsovård.

25 §⁴

En fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den

En fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den

³ Senaste lydelse 2013:1145.

⁴ Senaste lydelse 2013:1145.

egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om *mottagningens* personal och medicintekniska utrustning samt om *utförda behandlingsåtgärder och antalet patientbesök*.

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd fysioterapiersättning.

egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete*.

Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. *verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning,
2. *antalet patientbesök,*
3. *utförda vårdåtgärder, och*
4. *andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.*

25 a §

Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt ersättning för fysioterapi har betalats ut.

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget

1. *lämna upplysningar om verksamheten och visa upp handlingar som rör verksamheten,*
2. *möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen,*

dock inte bostäder,

*3. lämna ut patientjournal,
och*

*4. visa upp patientjournal och
övrigt material som rör under-
sökning, vård eller behandling av
patient.*

25 b §

*Om landstinget finner att fysio-
terapeuten inte fullgör sina skyl-
digheter enligt 25 eller 25 a § och
om underlåtenheten medför risk
för ekonomisk skada för lands-
tinget, får landstinget förelägga
fysioterapeuten att fullgöra sina
skyldigheter. Föreläggandet får
förenas med vite.*

*Om ett föreläggande inte följs
och om underlåtenheten har inne-
burit allvarlig ekonomisk skada
för landstinget, får landstinget
stoppa utbetalning av ersättning
för fysioterapi till dess att fysio-
terapeuten fullgör sina skyldig-
heter.*

25 c §

*Landstings beslut enligt 25 b § får
överklagas till allmän förvalt-
ningsdomstol.*

*Prövningstillstånd krävs vid
överklagande till kammarrätten.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2019.

3 Bakgrund

En viss andel av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården i Sverige bedrivs i dag av privata vårdgivare. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, gäller för samtliga vårdgivare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet samt landsting och kommuner som huvudmän (1 kap. 1 § HSL). Enligt 15 kap. 1 § HSL får landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet.

De två huvudformerna för att reglera den del av vården som utförs av privata vårdgivare är upprättande av avtal enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, LOU, eller enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem, LOV. LOV gäller när en upphandlande myndighet beslutat att tillämpa valfrihetssystem vad gäller tjänster inom exempelvis hälsovård. Med valfrihetssystem avses enligt 1 kap. 1 § LOV ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.

Utöver dessa två former kan privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter i den öppna vården få ersättning för sin verksamhet enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF.

3.1 Lagen om valfrihetssystem

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen innebär ett alternativ till upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Det är kommunerna och landstingen som själva bestämmer om man vill köpa

de tjänster som omfattas av LOV eller enligt LOU. Den 1 januari 2010 blev det obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem inom primärvården enligt LOV (prop. 2008/09:74). För all annan vård som landstingen bedriver blev LOV frivillig för landstingen att införa.

Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2 kap. 4 § HSL). Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL). Primärvård är en del av den öppna vården. Med primärvård avses 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, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).

I primärvården är således varje landsting skyldigt att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstinget beslutat om för vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Inom all annan hälso- och sjukvård beslutar landstingen om vårdvalssystemet ska införas och i så fall inom vilka områden, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas.

3.2 Den nationella taxan

Genom ikraftträdandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret från staten för ersättning till privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan.

Ett särskilt ersättningssystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Systemet brukar benämnas *den nationella taxan* och förordningarna reglerar bl.a. ersättningsbeloppen till de vårdgivare som omfattas av LOL och LOF.

Vårdgivare inom LOL eller LOF får ersättning av landstinget per patientbesök. Regeringen beslutar årligen om uppdatering av beloppen i den nationella taxan genom ändringar i ovan nämnda förordningar utifrån ett underlag som tas fram gemensamt av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna. Denna ordning regleras genom en riksdagsbindning i propositionen Privata vårdgivare (1996/97:123).

Vårdgivare som får ersättning enligt den nationella taxan är verksamma i den öppna vården och av läkarna återfinns vissa av dem i primärvården, men långt ifrån alla. Av fysioterapeuterna återfinns samtliga inom primärvården. Kravet för att få läkarvårdsersättning är att läkaren har specialistkompetens och bedriver verksamhet inom sin specialitet. Läkarvårdsersättning lämnas dock inte till läkare med specialistkompetens enbart i laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi. Kravet för att få fysioterapiersättning är att fysioterapeuten har legitimation. Huvudprincipen för att få ersättning är att arbetet ska uppgå till heltid. Läkaren eller fysioterapeuten får inte heller samtidigt vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i LOL och LOF gäller vid vård av den som är bosatt i Sverige.

3.3 Vårdavtal inom LOU och LOV

När landstinget upphandlar privata vårdgivare regleras parternas rättigheter och skyldigheter i s.k. vårdavtal. I vårdavtalen regleras i allmänhet även villkoren för det systematiska kvalitetsarbetet och landstingens möjligheter till uppföljning, såväl av kvalitetsaspekter som ekonomiska aspekter samt utvärdering av den vård som bedrivs. Villkoren för det systematiska kvalitetsarbetet kan exempelvis omfatta att vården ska vara medicinskt motiverad, följa nationella och regionala riktlinjer och vårdprogram samt rekommenderad läkemedelsförskrivning. Det kan också innefatta att verksamheten exempelvis ska följa Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) och att vården följer basala vårdhygienrutiner.

3.4 Samverkansavtal inom den nationella taxan

Någon motsvarighet till de vårdavtal som beskrivs ovan finns inte när det gäller utövare inom LOL och LOF. I stället regleras verksamheten i ett samverkansavtal. Enligt 5 § LOL respektive 5 § LOF är utgångspunkten att ersättningen endast utgår till läkare och fysioterapeut som har samverkansavtal med landstinget. Det innebär att den privatpraktiserande läkaren eller fysioterapeuten kommer överens med landstinget om att bedriva sin verksamhet enligt LOL respektive LOF. Samverkansavtalen har i dag snarare karaktären av tillståndsbeslut att bedriva verksamhet än avtal med materiellt innehåll.

Vissa vårdgivare som bedriver verksamhet i enlighet med LOL och LOF har dessutom rätt till ersättning utan att ha ingått samverkansavtal med landstinget. Detta beror på övergångsbestämmelser till LOL och LOF med anledning av förhållanden som rådde före ikraftträdandet av LOL och LOF. Det handlar om läkare eller fysioterapeuter som etablerade sin verksamhet 1994, då det var möjligt att fritt etablera sig och erhålla offentlig ersättning. Det rör sig också om de som mellan 1975 och 1993 varit anslutna till dåvarande motsvarigheten till Försäkringskassan. Det kan också röra sig om husläkare som etablerade sig med stöd av den numera upphävda lagen (1993:588) om husläkare och som enligt övergångsbestämmelser omfattas av LOL. Det råder stor osäkerhet kring hur många etableringar som berörs av övergångsreglerna.

Därutöver finns ett mindre antal vårdgivare med vilande samverkansavtal p.g.a. att de en gång varit anslutna till den nationella taxan, men som i dag har ett vårdavtal med landstinget. År 2002 var det, enligt utredningen Åldersgränser och ersättningsetablering (SOU 2003:7), 580 läkare respektive 530 fysioterapeuter som hade vilande samverkansavtal. Efter det att vårdavtalet har upphört att gälla har dessa läkare och fysioterapeuter haft rätt att återgå till ersättning enligt den nationella taxan och i många fall regleras denna rätt uttryckligen i vårdavtalen. SKL har utifrån kontakter med landstingen gjort bedömningen att antalet vilande samverkansavtal hade minskat till omkring 140 stycken år 2012 enligt utredningsrapporten Slutrapport om den nationella taxan (Mona Boström, 2012).

3.5 Omfattningen av den nationella taxan

Enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i rapporten Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015 (SKL, 2016) varierar antalet vårdgivare som arbetar inom den nationella taxan stort mellan olika landsting och delar av landet. Stockholm dominerar till antalet både på läkar- sidan och på fysioterapisidan med 39 procent respektive 35 procent av det totala antalet verksamma vårdgivare på taxan i landet (Tabell 1.).

Tabell 1 Antal läkare och fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella taxan utifrån olika landsting år 2015

	Läkare		Fysioterapeuter	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Stockholm	350	39,1	553	34,7
Region Skåne	182	20,4	258	16,2
Västra Götaland	142	15,9	223	14
Uppsala	39	4,4	25	1,5
Östergötland	30	3,3	54	3,4
Norra Sverige ¹	60	6,7	135	8,5
Övriga	91	10,2	346	21,7
Totalt	894	100	1 594	100

¹ Landstingen i Norrbotten, Västerbotten, Jämtland Härjedalen, Västernorrland.

Källa: SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårds- ersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

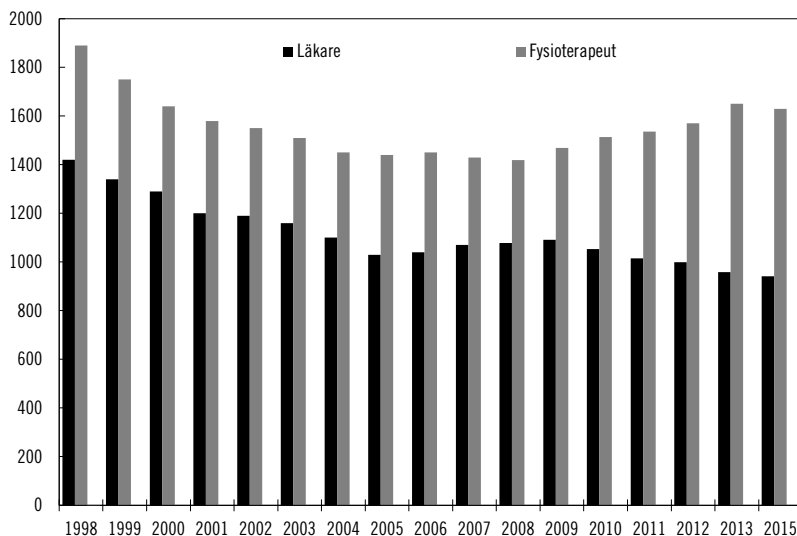
Sammantaget återfinns 75 procent av läkaretableringarna och 65 procent av fysioterapietableringarna i storstadslandstingen Stockholm, Skåne och Göteborg. I norra Sverige utgör den nationella taxan för läkare och fysioterapeuter 6,7 procent respektive 8,5 procent av landets etableringar, vilket i relation till befolknings- underlaget är i paritet med storstadslandstingen. Detta gäller fram- för allt för fysioterapeuterna.

Antalet läkare och fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella taxan har varierat under årens lopp (Fig. 1). För läkarna har antalet kontinuerligt minskat, dock kunde en svag ökning skönjas runt åren 2007–2009. Även antalet fysioterapeuter

minskade fram till 2008 men uppvisar därefter en kontinuerlig uppgång i antalet.

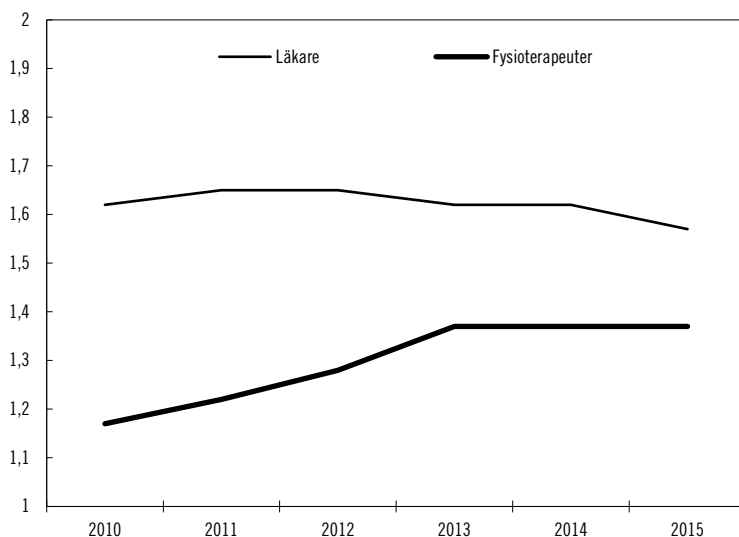
Nettokostnaden för landstingens hälso- och sjukvård 2015 uppgick till drygt 240 miljarder kronor enligt Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling (SKL 2015). Landstingens kostnader för vård inom den nationella taxan uppgick till 1,57 miljarder kronor för läkare och 1,37 miljarder kronor för fysioterapeuter 2015 (Fig. 2), vilket medför att ersättningen till vårdgivare på den nationella taxan utgör 2,9 miljarder kronor eller 1,2 procent av den totala kostnaden för hälso- och sjukvården 2015.

Figur 1. Antal läkare och fysioterapeuter med ersättning enligt den nationella taxan åren 1998 – 2015



Källa: SOU 2009:84 Fig. 3.2 för åren 1998–2007, SKL Statistik Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi för åren 2008–2015

Figur 2. Utbetald ersättning i miljarder kronor per år mellan 2010–2015 till läkare och fysioterapeuter som arbetar enligt den nationella taxan



Källa: SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

3.5.1 Läkarna

Under år 2015 uppgick antalet läkare som verkade enligt LOL till 894 stycken, vilket är en minskning med 15 procent sedan 2010, då motsvarande siffra var 1 053.

Av de 894 som var verksamma 2015 utgjorde 226 (25 procent) specialister i allmänmedicin, 508 (57 procent) specialister inom somatisk vård och 160 (18 procent) specialister inom psykiatri.⁸ Det totala antalet yrkesverksamma läkare i Sverige år 2015 var 33 742 enligt Läkarfakta 2016 (Sveriges läkarförbund). Det betyder att läkare som får ersättning enligt den nationella taxan utgör 2,6 procent av samtliga yrkesverksamma läkare.

Det totala antalet läkarbesök i Sverige 2015 uppgick till 28,3 miljoner besök.⁹ Samma år gjordes 1,54 miljoner besök hos läkare som arbetade inom den nationella taxan (Fig. 3), vilket inne-

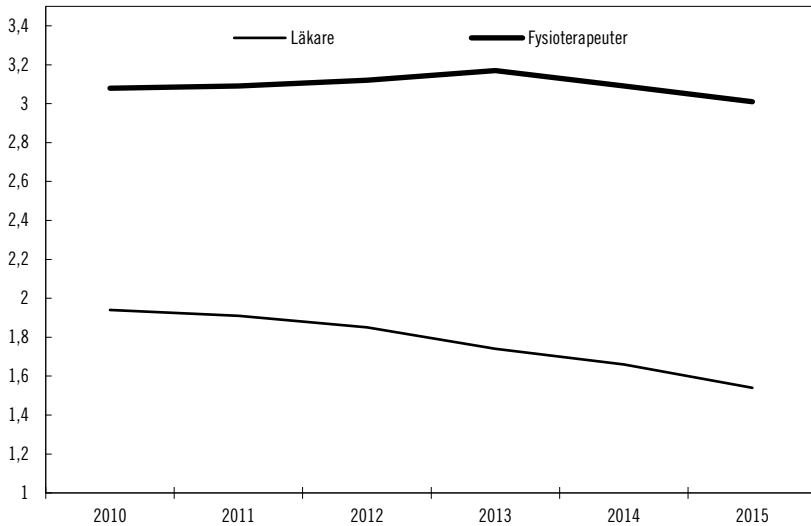
⁸ SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

⁹ Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, SKL 2016, s. 18

bär att 5,4 procent av samtliga läkarbesök skedde inom ramen för den nationella taxan. Läkare som verkade enligt LOL stod för 8 procent av alla besök inom den öppna specialiserade somatiska vården, 11,5 procent inom den öppna specialiserade psykiatriska vården och 2,8 procent inom allmänmedicin.

Figur 3. Antal besök per år till läkare eller fysioterapeut med ersättning enligt den nationella taxan

(miljoner patientbesök/år)



Källa: SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

Tabell 2. Antal läkarbesök i tusental inom olika specialiteter hos läkare som får ersättning enligt den nationella taxan i förhållande till det totala antalet yrkesverksamma läkare inom respektive specialitet 2015

	Totala antalet läkarbesök i landet	Antal besök inom ramen för den nationella taxan	Procent av det totala antalet läkarbesök
Allmänmedicin	14 600	411	2,8
Specialiserad somatisk vård	12 571	1 002	8
Psykiatriska specialiteter	1 135	130	11,5
Totalt	28 306	1 542	5,4

Källa: SKL: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, sid 18, och SKL Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

Under de senaste sex åren har antalet verksamma läkare inom den nationella taxan successivt minskat med 159 personer från 2010 till 2015, dvs. med ca 30 personer per år (Fig. 1). Antalet besök har under samma period gått ner från 1 937 010 till 1 542 101 besök per år (Fig. 3). 2010 hade en läkare verksam enligt LOL i genomsnitt 1 839 patientbesök under året. Denna siffra hade sjunkit något 2015 och utgjorde i genomsnitt 1 725 besök per år för läkare verksamma på taxan.

Utbetald ersättning exklusive patientavgift till läkaretableringar har sjunkit något från 2010 till 2015 från 1 621 till 1 566 miljoner kronor (Fig. 2). Ersättningen per läkare 2015 uppgår till i genomsnitt 1,75 miljoner kronor exklusive patientavgift.

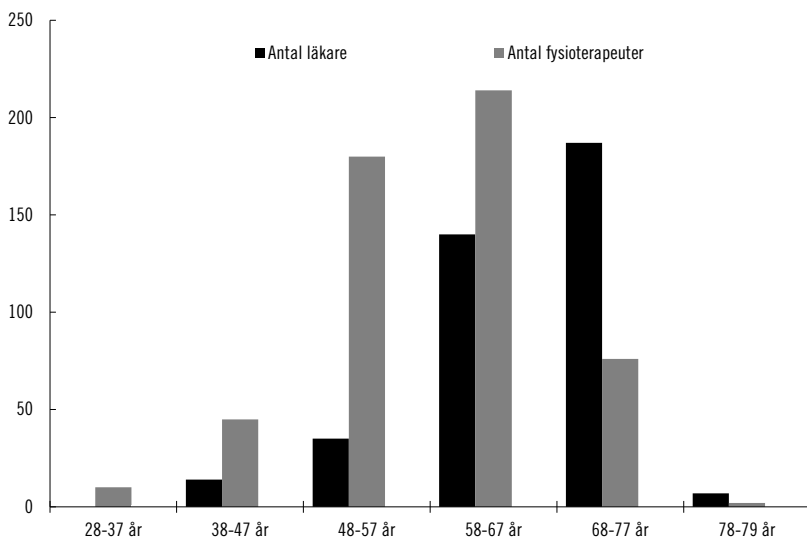
Åldersfördelningen av läkare verksamma enligt LOL domineras av personer över 58 år. I Stockholms läns landsting utgör ålderskategorin 68–77 år den dominerande (Fig. 4). Med stor sannolikhet ser bilden ut på liknande sätt i övriga landet. Dominansen av äldre personer som arbetar enligt den nationella taxan torde delvis bero på att det inte finns någon åldersrestriktion på att utöva verksamheten.

Verksamheterna organiseras i stor utsträckning som ensampraktiserande läkare eller i mindre grupperingar där några få läkare har samlokaliserat sig.

De läkare som arbetar efter den nationella taxan utgör 2,6 procent av den totala yrkesverksamma kåren. Däremot tar dessa läkare relativt sett större ansvar för den läkarvård som ges i form av

patientbesök då de svarar för 5,4 procent av samtliga läkarbesök inom hälso- och sjukvården, vilket är en betydligt högre siffra än vad antalet läkare motsvarar. Inom den specialiserade somatiska vården och den specialiserade psykiatriska vården spelar taxeläkarverksamheten en stor roll i hälso- och sjukvårdssystemet genom att stå för 8,0 respektive 11,5 procent av den totala vården i landet.

Figur 4 Åldersfördelningen av läkare och fysioterapeuter med ersättning från den nationella taxan i Stockholms läns landsting 2015



Källa. Stockholms läns landsting

3.5.2 Fysioterapeuterna

Under 2015 uppgick antalet fysioterapeuter som var verksamma enligt LOF till 1594, vilket är en ökning med 5 procent sedan 2010 då motsvarande siffra var 1514 (Fig. 1). Av dessa var 553 verksamma i Stockholm, 258 i Skåne och 223 i Västra Götaland (Tabell 1). Antalet yrkesverksamma fysioterapeuter i hälso- och sjukvården 2015 var 13 031 personer enligt Nationella planeringsstodet, Socialstyrelsen, 2018. Av dessa fick 1 594 personer fysioterapiersättning enligt LOF. Det motsvarar drygt 12 procent av alla yrkesverksamma fysioterapeuter.

Statistiken över det totala antalet fysioterapibesök under 2015 i Sverige innefattar ett visst mått av osäkerhet eftersom fysioterapi och arbetsterapi är sammanslagen i befintlig statistik¹⁰. Sammanlagt gjordes 8,6 miljoner besök hos fysioterapeuter och arbetsterapeuter under 2015. Det gjordes 3 miljoner besök hos fysioterapeuter som erhåller ersättning enligt den nationella taxan 2015, vilket motsvarar 35 procent av alla besök. Detta är dock underskattat eftersom även arbetsterapeutbesök ingår i den totala siffran. Det finns skäl att anta att fysioterapibesöken inom ramen för den nationella taxan uppgår till uppemot 40 procent av alla fysioterapibesök.

I Stockholm utgör fysioterapibesöken inom ramen för den nationella taxan 67 procent av samtliga fysioterapibesök 2016 (819 722 besök inom LOF i förhållande till det totala antalet besök på 1 228 731). I Skåne läns landsting utgör antalet patientbesök hos fysioterapeuter som arbetar enligt den nationella taxan 38 procent av samtliga besök (nationella taxan + vårdval). Motsvarande siffra i Västra Götalands läns landsting är 32 procent enligt uppgifter från Fysioterapeuterna i Stockholms, Skåne och Västra Götalands läns landsting.

Under de senaste sex åren har fysioterapeuter som får ersättning enligt den nationella taxan ökat med 80 personer mellan 2010 och 2015, dvs. med omkring 16 personer per år (Fig. 1). Antal patientbesök per år inom ramen för ersättning för fysioterapi enligt taxan har varit konstant runt 3 miljoner besök mellan 2010–2015 (Fig. 3). År 2010 hade en fysioterapeut inom den nationella taxan i genomsnitt 2 032 patientbesök. Denna siffra har sjunkit något och utgjorde 1 887 patientbesök år 2015.

Utbetald ersättning till fysioterapietableringar har ökat något mellan åren 2010 till 2015. Det totala utbetalda beloppet 2010 var 1 175 miljoner kronor och 2015 hade det stigit med 17 procent till 1 372 miljoner kronor (Fig. 2). Ersättning per fysioterapeut utgick i genomsnitt till 861 000 kronor (patientavgiften är inte inräknad).

Åldersfördelningen bland fysioterapeuter verksamma enligt LOF tycks vara betydligt jämnare över hela åldersspannet än vad det är för läkarna. I Stockholms läns landsting utgör ålderskategorin 48–67 år den dominerande gruppen (Fig. 4). Med anledning av att 35 procent av fysioterapeuterna återfinns i Stockholm, finns

¹⁰ Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2015, SKL 2016, s. 28

det skäl att anta att bilden ser liknande ut i övriga landet. Fysioterapeuterna som arbetar efter den nationella taxan spelar relativt sätt en större roll i vårdsystemet än vad läkarna gör. De utgör ca 15 procent av alla yrkesverksamma fysioterapeuter men står, som tidigare nämnts, för en ännu större andel av patientbesöken hos en fysioterapeut.

Det kan således konstateras att inom fysioterapin spelar den nationella taxan en betydande roll och dominerar kvantitativt med mellan 30–65 procent av öppenvårdens patientbesök i stora delar av landet. Fysioterapeuterna som arbetar efter den nationella taxan har, till skillnad mot läkarna, som regel verksamhet som är organiserad i större konstellationer av utövare. Det är inte ovanligt att ett större antal fysioterapeuter delar på lokaler och utrustning.

4 Nuvarande ordning

Staten ansvarar övergripande för hälso- och sjukvården med syfte att uppnå en god vård på lika villkor. De instrument som staten förfogar över är exempelvis lagstiftning, kunskapsstyrning och tillsyn. Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821) innehåller grundläggande och övergripande bestämmelser på hälso- och sjukvårdsområdet. Patientsäkerhetslagen (2010:659) reglerar skyldigheten för vårdgivare att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ansvarar för tillsyn över bl.a. hälso- och sjukvård och hälso- och sjukvårdspersonal.

Landstingen ansvarar i egenskap av sjukvårdshuvudmän för det totala och direkta ansvaret för att organisera hälso- och sjukvården utifrån befolkningens behov. Enligt 7 kap. 2 § HSL ska landstinget planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård.

4.1 Lagen om offentlig upphandling och lagen om valfrihetssystem

Enligt 1 kap. 2 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) gäller LOU för upphandling som genomförs av en upphandlande myndighet. Med upphandling avses de åtgärder som vidtas i syfte att anskaffa varor, tjänster eller bygghandlopp genom tilldelning av kontrakt.

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. LOV innebär ett alternativ till upphandling enligt LOU. Det är numera kommunerna och landstingen som själva bestämmer om de vill köpa tjänster som omfattas av LOV

eller enligt LOU. Genom propositionen Vårdval i primärvården (2008/09:74) blev det från och med den 1 januari 2010 obligatoriskt för landstingen att införa vårdvalssystem inom primärvården enligt LOV. För all annan vård som landstingen bedriver blev LOV frivillig för landstingen att införa. Med sluten vård avses hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning (2kap. 4 § HSL). Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård (2 kap. 5 § HSL). Primärvården utgör en del av den öppna vården. Med primärvård avses 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, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL).

I primärvården är således varje landsting skyldigt att införa vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstinget beslutat om för vårdvalssystemet ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

Inom all annan hälso- och sjukvård beslutar landstingen om vårdvalssystemet ska införas och i så fall inom vilka områden, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas.

4.2 Lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi

Genom ikraftträdandet av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, övertog landstingen den 1 januari 1994 det direkta kostnadsansvaret från staten för ersättning till privata läkare och fysioterapeuter anslutna till Försäkringskassan.

Ett särskilt ersättningsystem för de privata läkarna och fysioterapeuterna infördes genom förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Systemet brukar benämnas *den nationella taxan* och förordningarna reglerar bl.a. ersättningsbeloppen till de vårdgivare som lyder under LOL och LOF.

4.3 Jämlik vård

I HSL anges huvudprinciperna för hur resurserna i svensk hälso- och sjukvård ska fördelas mellan medborgarna, liksom allmänna utgångspunkter för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Grunden för prioriteringarna vilar på den etiska plattformen, riksdagens beslut från 1997 om riktlinjer för prioriteringar i vården (prop. 1996/97:60; bet. 1996/97:SoU14; rskr. 1996/97:186). Enligt beslutet ska patienter med de största behoven ges företräde i vården.

Enligt 3 kap. 1 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821). Hälso- och sjukvården ska också, arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL). Enligt 5 kap. 1 § HSL ska hälso- och sjukvården bygga på respekt för patientens självbestämmande samt främja goda kontakter mellan hälso- och sjukvårdspersonalen. Liknande bestämmelser finns i patientlagen.

4.4 God vård av god kvalitet

5 kap. 1 § HSL föreskriver att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. 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.

Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges (5 kap. 2 § HSL).

Kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet ska systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (5 kap. 4 § HSL). Enligt 4 kap. 1 § HSL ska offentligt finansierad hälso- och sjukvård vidare organiseras för att främja kostnadseffektivitet.

När ett landsting lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat utförare ska landstinget också kontrollera och följa upp verksamheten. Detta regleras i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725). I 5 kap 3 § kommunallagen (2017:725) anges att fullmäktige för varje mandatperiod ska anta ett program med mål och riktlinjer för sådana kommunala angelägenheter som utförs av privata utförare. I programmet ska det också anges hur fullmäktiges mål och riktlinjer samt övriga föreskrifter på området ska följas upp och hur allmänhetens insyn ska tillgodoses.

4.5 Uppföljning av kvalitet och kostnader i hälso- och sjukvården

För att exempelvis säkra att bästa tillgängliga kunskap används och för att huvudmännen ska kunna följa hur verksamheterna fungerar och göra prioriteringar behövs en fungerande uppföljning av hälso- och sjukvården.

4.5.1 Nationella indikatorer för God vård

Socialstyrelsen har tagit fram Nationella indikatorer för God vård, en samlad uppsättning indikatorer som används för återkommande öppna jämförelser, uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården (Socialstyrelsen, 2009).

Socialstyrelsen lanserade begreppet God vård 2007 och begreppet God kvalitet i socialtjänsten 2008. Idag används det gemensamma begreppet God vård och omsorg som samlingsbegrepp för de egenskaper en god vård innefattar. De sex områdena enligt Socialstyrelsens God vård och omsorg är:

- vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad och bygga på bästa tillgängliga kunskap,

- vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet,
- vården och omsorgen ska vara individanpassad och ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individerna ska ges möjlighet att vara delaktiga,
- vården och omsorgen ska vara effektiv och utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål,
- vården och omsorgen ska vara jämlik och tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla,
- vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg.

4.5.2 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för ett systematiskt kvalitetsarbete

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete anger hur kvalitetsutveckling inom hälso- och sjukvården och tandvården ska ske. I föreskrifterna slås fast att ett ledningssystem behövs för att systematiskt och fortlöpande kunna utveckla och säkra kvaliteten i hälso- och sjukvårdsverksamheten. Med ett ledningssystem kan vårdgivaren se till att rätt åtgärder sätts in vid rätt tillfälle och på rätt sätt. Det möjliggör ordning och reda i verksamheten, så att vårdgivaren kan förebygga händelser som kan leda till vårdskador eller andra avvikelser från de krav och mål som gäller inom hälso- och sjukvård och tandvård.

Att ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete innebär, enligt föreskrifterna, att arbeta utifrån ett systemperspektiv, att skapa en struktur för verksamhetens ledning och styrning och att kontinuerligt förbättra verksamheten. Ledningssystemet måste omfatta verksamhetens alla delar och den som bedriver verksamheten ska med stöd av ledningssystemet kontrollera, leda, planera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

Kvalitet för hälso- och sjukvården definieras i dessa föreskrifter som att en verksamhet uppfyller de krav och mål som gäller för verksamheten enligt lagar och andra föreskrifter om hälso- och

sjukvård och beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Kvalitetsdefinitionen kan således beskrivas som en ram som ska fyllas med det innehåll som finns i andra lagar och föreskrifter eller beslut som gäller för verksamheten.

4.6 Kvalitetsuppföljning på nationell nivå

Som underlag för uppföljning samlar hälso- och sjukvården in data i olika form. I Sverige finns flera uppföljningstyper, som bygger på data om vårdens strukturer, processer och resultat, exempelvis Öppna jämförelser och Vården i siffror. Det finns också en rad register för att följa vårdens processer och utfall. Som exempel kan nämnas hälsodataregister och kvalitetsregister.

4.6.1 Hälsodataregister

Vid Socialstyrelsen finns olika hälsodataregister och dödsorsaksregistret. Alla verksamheter inom hälso- och sjukvården, utom primärvården, är skyldiga att tillhandahålla uppgifter till hälsodataregistren. I betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård SOU 2017:48 (s. 265) anges att registrens täckningsgrad ofta är god, men kan variera beroende på olika organisationsform i olika landsting, bl.a. skiljer det sig mellan offentliga och privata utförare. Täckningsgraden går, enligt nämnda betänkande, inte heller alltid att beräkna.

Till hälsodataregistren hör exempelvis Cancerregistret och Läkemedelsregistret.

4.6.2 Kvalitetsregister

De nationella kvalitetsregistren ska bl.a. möjliggöra jämförelser inom hälso- och sjukvården på nationell eller regional nivå. Enligt 7 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355) avses med kvalitetsregister en automatiserad och strukturerad samling av personuppgifter som inrättats särskilt för ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Nationella kvalitetsregister

innehåller individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg.

År 2017 fanns 96 nationella kvalitetsregister i drift med gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Därutöver finns ett antal andra lokala, regionala och nationella kvalitetsregister.

4.6.3 Öppna jämförelser

Socialstyrelsens öppna jämförelser jämför olika aspekter av socialtjänst och hälso- och sjukvård nationellt. Genom indikatorbaserade jämförelser kan landstingen få övergripande data som speglar hälso- och sjukvården som helhet och även data som belyser olika sjukdomsgrupper, medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Detta kan användas som underlag för uppföljning, utveckling och förbättring av verksamheterna.

4.6.4 Vården i siffror

Vården i siffror är en del av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) arbete med öppna jämförelser av kvalitet och effektivitet. Jämförelser av resultat mellan och inom kommuner och landsting görs inom olika områden. Vården i siffror är en webbplats där ett antal mått och resultat inom svensk hälso- och sjukvård presenteras. Den underliggande informationen kommer från vården och samlas in i ett flertal olika register. Många av indikatorerna har sitt ursprung i diagnosspecifika kvalitetsregister.

4.7 Patientsäkerhet och tillsyn

Den 1 januari 2011 trädde patientsäkerhetslagen (2010:659) i kraft. Med patientsäkerhet avses enligt 1 kap. 6 § patientsäkerhetslagen skydd mot vårdskada. Enligt 1 kap. 5 § patientsäkerhetslagen avses med vårdskada lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.

Vårdrelaterade infektioner, kirurgiska skador och skador orsakade av läkemedel är exempel på olika typer av vårdskador.

Enligt 3 kap. 1 § patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) respektive tandvårdslagen (1985:125) upprätthålls. Vårdgivaren ska vidare enligt 3 kap. 2 § patientsäkerhetslagen vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har enligt förordningen (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg som huvudsakliga uppgifter att svara för tillsyn inom bl. a. hälso- och sjukvård och därmed jämförlig verksamhet. IVO ska, som en del av tillsynen, pröva klagomål mot hälso- och sjukvården och dess personal enligt bestämmelserna i patientsäkerhetslagen (2010:659) samt att svara för viss tillståndsprövning. Syftet med tillsynen är, att granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Ett patient- och brukarperspektiv ska genomsyra tillsynen. Tillsynen ska planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Tillsynen ska även innefatta kontroll av hur verksamheterna fullgör sin skyldighet att bedriva egenkontroll. Resultatet av tillsynen ska redovisas till de granskade verksamheterna och till det landsting eller den kommun som berörs. I tillsynsuppdraget som IVO har ingår också att handlägga anmälningar enligt Lex Maria.

Såväl Socialstyrelsen som IVO och Läkemedelsverket utfärdar också föreskrifter på patientsäkerhetsområdet.

4.8 Sekretess och personuppgiftsbehandling

Inom hälso- och sjukvården gäller sekretess för uppgifter om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilda eller någon närstående till denne lider men. Detta regleras i 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Enligt 6 kap. 12 § patientsäkerhetslagen gäller att den som tillhör eller har tillhört hälso- och sjukvårdspersonalen inom den

enskilda hälso- och sjukvården inte obehörigen får röja vad han eller hon i sin verksamhet har fått veta om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Som obehörigt röjande anses inte att någon fullgör sådan uppgiftsskyldighet som följer av lag eller förordning.

I 1 kap. 2 § patientdatalagen (2008:355), anges att informationshantering inom hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet. Personuppgifter ska utformas och i övrigt behandlas så att patienters och övriga registrerades integritet respekteras. Dokumenterade personuppgifter ska hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till dem.

Enligt 5 kap 4 § patientdatalagen är utlämnande av patientjournal genom direktåtkomst till personuppgifter bara tillåten i den utsträckning som anges i lag eller förordning.

5 Tidigare insatser

5.1 Tidigare utredningar

Utformning och reglering av den nationella taxan har berörts i tidigare utredningar, exempelvis utredningen Patientens rätt (dir. 2007:90 Patientens rätt i vården) i sitt slutbetänkande SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare, samt Mona Boströms utredning i rapporten Nationella taxan – slutredovisning av uppdrag, Dnr S2012/04749/FS (2012). Gemensamt för dessa två är slutsatsen att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan.

5.1.1 SOU 2009:84 Regler för etablering av vårdgivare

I SOU 2009:84 framhåller utredningen att det finns flera skäl till varför LOL och LOF inom specialiserad öppenvård inte har gett tillräckliga förutsättningar för att denna del av sjukvården ska kunna utvecklas på ett för helheten önskvärt sätt. Utredningen bedömer att patienter i flera avseenden har en alltför svag ställning, att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet samt att det finns flera tendenser till fragmentering. Utredningen menar vidare att man observerat att det finns en bristande tillit mellan olika viktiga parter inom just denna del av hälso- och sjukvården. Nuvarande principer för etablering enligt LOL och LOF har inte heller visat sig fungera för att stimulera nyetablering, vidhåller utredningen, och menar att detta även har ifrågasatts utifrån rättsliga utgångspunkter.

5.1.2 Mona Boströms utredning 2012

År 2012 gavs Mona Boström i uppdrag att analysera vilka åtgärder som var lämpliga att vidta för att det svenska ersättningssystemet till läkare och fysioterapeuter skulle stämma överens med EU-rätten. Analysen skulle även omfatta frågan hur de aktuella läkarna och fysioterapeuterna i ökad utsträckning kunde integreras i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet.

Utredaren Mona Boström överlämnade sin rapport i december 2012. Utredaren föreslog bl.a. att den nationella taxan skulle avvecklas inom sex år och pekade på att rådande förhållanden med taxan och samverkansavtalen inte uppfyller de krav som ställs i direktiv och fördrag från EU. I rapporten lyfte Boström också fördelar med taxesystemet, såsom nöjda patienter. De positiva faktorer som utredaren lyfter fram är det aktiva valet, tillgång till specialiserad öppenvård, snabbt omhändertagande och gott bemötande. Även kontinuiteten i vården bedömer utredaren vara en positiv faktor, där engagemanget från den personliga kontakten med läkaren eller fysioterapeuten är avgörande.

Utredaren pekade samtidigt på att systemet med den nationella taxan är en anomali i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet och att statens uppgift är att på ett övergripande plan styra mot en god vård på lika villkor. Landstingen har planeringsansvaret för befolkningens hälso- och sjukvård och vården ska också företrädesvis ges till den med störst behov. Landstingen uppger att det finns små möjligheter att följa kvaliteten i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan på motsvarande sätt som för övrig vård. Systemet med den nationella taxan understödjer inte heller samverkan i vårdprocesserna, eftersom systemet är utformat med ersättning per patientbesök, menar utredaren. Utredaren menar vidare att kravet på heltidsanställning inom den nationella taxan motverkar utbytet mellan öppen och sluten vård, mellan offentlig och privat verksamhet, samt mellan verksamheten inom den nationella taxan och utbildningsverksamhet respektive forskning.

5.2 Nationella taxan i förhållande till vårdval

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) trädde i kraft den 1 januari 2009. Lagen innebär ett alternativ till upphandling enligt

lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). Det är numer kommunerna och landstingen som själva bestämmer om man vill köpa de tjänster som omfattas av LOV enligt denna lag eller enligt LOU. Efter propositionen ”Vårdval i primärvården”¹¹ blev det från och med 1 januari 2010 obligatoriskt för landstinget att införa valfrihetssystem inom primärvården och att LOV skulle tillämpas på dessa. För all annan vård som landstingen bedriver blev LOV frivillig.

I primärvården är således varje landsting skyldigt att införa valfrihetssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika vårdgivare. Alla vårdgivare som uppfyller de krav som landstinget beslutat om för vårdvalssystemen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning.

När vårdvalssystemet infördes innebar det att det i många landsting fanns två parallella system för privata vårdgivare som erhåller offentlig finansiering. I Konkurrensverkets rapport från 2009¹² konstateras att två parallella system för privata vårdgivare riskerar att resultera i konkurrensproblem. Det kan gälla kostnadsansvaret, listning, övervältring av kostnader och differentierade patientavgifter. Därutöver finns problematik runt vilande avtal och tolkning och efterlevnad av LOL och LOF vid ersättningsetableringar där vårdval finns.

Här nedan följer en sammanfattning av ett flertal problemområden som kan identifieras utifrån konkurrens- och gränsdragningsperspektiv och planeringsansvar för de två parallella systemen. Däremot bör denna fråga när det gäller läkarna vara av relativt mindre vikt i dag jämfört med 2009, då antalet läkare på den nationella taxan har minskat sedan dess:

1. *Kostnadsansvar för vård hos annan vårdgivare.* I landsting som tillämpar ersättningsmodell med hög andel kapitationsersättning är det vanligt att vårdgivare har kostnadsansvar för besök som deras listade patienter gör hos annan vårdgivare. Det kan ifrågasättas om vårdgivare i vårdvalssystem ska ha kostnadsansvar för patienter som föredrar att gå till taxevårdgivare utanför vårdvalet.

¹¹ Prop. 2008/09:74

¹² Uppföljning av vårdval i primärvården, Delrapport 1, Konkurrensverkets rapportserie 2009:5

2. *Listning*. Det har framförts kritik mot att den information som ges till invånarna i vissa fall varit otydlig vad gäller deras möjlighet att få vård hos taxevårdgivare när vårdval finns. Detta uppfattas framför allt hos taxevårdgivare som en konkurrensnackdel.
3. *Övervältring av kostnader*. Det finns en gränsdragningsproblematik mellan taxeläkare och vårdvalssystemet när det handlar om redovisning av kostnader för medicinsk service. Eftersom taxeläkarna inte har något kostnadsansvar för medicinsk service medan en vårdgivare på vårdval har kostnadsansvar för denna service finns en uppenbar risk för bedrägeri. Risken är att vårdgivare skulle kunna komma överens om att kostnader för medicinsk service upptas på taxeläkaretableringen trots att den ägt rum hos vårdgivare på vårdval. När två parallella system finns med olika villkor finns anledning att se över hur detta kan förändras så att risker för gränsdragningsproblematik elimineras.
4. *Differentierade patientavgifter*. Kritik har framförts att landsting har beslutat om högre patientavgifter för besök hos taxeläkare än för besök på den vårdmottagning där individen är listad enligt vårdvalssystemet. Frågan om differentierade patientavgifter har varit föremål för prövning enligt kommunallagen. I en dom från länsrätten fastslås att detta förfarande inte anses strida mot vare sig kommunallagen eller hälso- och sjukvårdslagen¹³
5. *Vilande samverkansavtal*. Det finns ett antal läkare och fysioterapeuter som har så kallade vilande samverkansavtal på grund av att de en gång varit anslutna till den nationella taxan, men i dag i stället har vårdavtal med landstinget. Efter det att vårdavtalet har upphört att gälla, har dessa haft rätt att återgå till ersättning enligt den nationella taxan och i många fall regleras denna rätt även uttryckligen i vårdavtalen. Ur ett planeringsperspektiv kan dessa vilande vårdavtal utgöra ett problem.
6. *Ersättningsetableringar*. Enligt lagarna LOL och LOF ska ersättningsetableringar inom ett område där landstinget inrättat ett

¹³ Dom, Länsrätten i Skåne läns dom i mål 12405-08, 12672-08, meddelad i Malmö 2009-06-16

valfrihetssystem (vårdval) inte tillåtas. I 5 d § LOL och LOF anges att *”Landstinget får utesluta en sökande från att delta i ansökningsförfarandet i enlighet med vad som föreskrivs i 7 kap. 1 och 2 §§ lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Vad som sägs där om upphandlande myndighet ska i stället avse landsting.”* Rättspraxis har emellertid utvecklats i annan riktning. Rättsinstanser har bedömt att ensampraktiserande vårdgivare inte har möjlighet att ansluta sig till de vårdval som inrättats, i huvudsak beroende på att vårdvalets uppdrag inte motsvarar uppdraget enligt LOL och LOF. Vårdvalets uppdrag är bredare än det smalt reglerade uppdraget i LOL och LOF. Landstingen har förlorat de rättstvister där huvudmannen har uteslutit sökande som har haft möjlighet att etableras sig inom vårdval inom samma specialitet som taxeverksamheten har. Exempel finns från rättsfall som avser allmänmedicin¹⁴, internmedicin¹⁵ respektive sjukgymnastik.¹⁶ Det är ett önskemål från huvudmännen att sökande inom sådan specialitet som kan få ersättning inom ramen för ett vårdval ska uteslutas från ansökningsförfarandet för att istället hänvisas till vårdval, enligt lagens intentioner. Mot bakgrunden att ersättningsetableringar handlar om ensampraktiserande vårdgivare bör denna fråga utredas vidare eftersom lagens intention inte går hand i hand med rättspraxis.

5.3 Skrivelse till regeringen

I början av 2016 lämnade SKL, Fysioterapeuterna och Sveriges läkarförbund in en gemensam skrivelse till regeringen med önskemål om en utveckling och modernisering av den nationella taxan. Parterna önskade trepartssamtal med regeringen för att uppnå en högre ändamålsenlighet, bättre samverkan med hälso- och sjukvårdens övriga system, förbättrat regelverk för uppföljning av kvalitet, minskad administration för alla parter och stabila villkor för mångfald och småskalighet i hälso- och sjukvården på lika villkor i hela landet.

¹⁴ Dom 2013-10-14, Allmänmedicin, Förvaltningsrätten i Göteborg, Mål nr 8543-13E

¹⁵ Dom 2011-09-27 Internmedicin, Förvaltningsrätten i Luleå, Mål nr 2911-10E

¹⁶ Dom 2011-06-21 Fysioterapi, Kammarrätten i Sundsvall, Mål nr 34-11

5.4 Intern översyn

I slutet av 2016 inleddes en översyn i Socialdepartementet av formerna för den nationella taxan. Socialdepartementet gav en intern utredare i uppdrag att se över formerna för den nationella taxan. Uppdraget var att göra en bred översyn av formerna för det nationella taxesystemet. Utgångspunkten var att utifrån det nuvarande systemet med den nationella taxan för såväl läkare som fysioterapeuter föreslå en långsiktigt hållbar lösning som tillvaratar de fördelar som finns i dagens system samtidigt som det anpassas till hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. I uppdraget ingick att analysera och redovisa tänkbara alternativ och för- och nackdelar med dessa. Resultatet av denna interna översyn har utgjort ett underlag till denna departementspromemoria.

5.5 Uppdrag till Socialstyrelsen

I oktober 2017 gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att under 2018 se över den indelning och de ersättningsnivåer som fastställs genom förordningen om läkarvårdsersättning (1994:1121) respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi. Syftet med uppdraget är att anpassa ersättningen utifrån en säker, effektiv, patientcentrerad och evidensbaserad vård och att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassificering. Översynen ska omfatta huruvida ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och de åtgärder som ingår i systemet är ändamålsenliga. Socialstyrelsen ska lämna förslag på förändringar om översynen visar på ett behov av det. Översynen ska genomföras i samråd med SKL, Sveriges Läkareförbund samt Fysioterapeuterna.

6 Överväganden och förslag

Det förekommer skillnader i kvaliteten i den vård som ges inom ramen för den nationella taxan. Landstingen uppger också att det finns små möjligheter att följa kvaliteten i denna vård jämfört med hur kvaliteten kan följas i liknande verksamheter. Vidare kan konstateras att systemet inte understödjer samverkan mellan vårdprocesserna och att ersättningen per besök inte heller ger incitament för samverkan. Möjligheterna till ekonomisk uppföljning av verksamheterna är också mindre jämfört med övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Sammantaget är möjligheterna för landstingen att kontrollera och följa upp vårdens kvalitet, effektivitet och den utbetalda ersättningen inom den nationella taxan sämre än för liknande verksamheter.

Målet för svensk hälso- och sjukvård är enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvård ska ges efter medicinskt behov enligt de prioriteringsprinciper som gäller enligt HSL. För att huvudmännen ska kunna följa upp om vårdgivaren följer prioriteringsprinciperna om hälso- och sjukvård efter behov och planera vården för befolkningen i landstinget behöver vissa ändringar genomföras i systemet.

Samtidigt genomförs värdefulla vårdinsatser inom ramen för systemet och utövarna står för en förhållandevis stor andel av patientbesöken i den öppna specialiserade vården. Den vård som bedrivs i systemet måste dock, i takt med utvecklingen av den övriga hälso- och sjukvården och primärvården, kunna utvecklas i riktning mot ökad integrering i det övriga hälso- och sjukvårdssystemet. Likartade krav som gäller för övriga verksamheter behöver kunna ställas på verksamheter inom den nationella taxan.

Promemorian innehåller ett antal förslag för en ökad anpassning av systemet till den övriga hälso- och sjukvården.

Enligt bedömning i promemorian kan mer omfattande förändringar än vad som föreslås här behöva genomföras på sikt. Detta bör ske i överensstämmelse med den övriga utvecklingen av hälso- och sjukvården och utifrån den nationella taxans effekter på dagens hälso- och sjukvårdssystem.

Utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) har enligt dir. 2017:24 Samordnad utveckling för en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv vård med fokus på primärvården, i 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. I direktivet anges vidare att hälso- och sjukvårdens strukturer behöver förändras för att bättre utveckla kvaliteten och tillgängligheten samt främja effektivitet och jämlikhet. Sjukvårdshuvudmännen behöver bli bättre på att organisera vården efter olika målgruppers skilda behov och förutsättningar. Särskilt viktigt är att förbättra vården för de patientgrupper som har störst behov, framför allt personer med kroniska sjukdomar och personer med komplexa vårdbehov.

6.1 Särskilda krav på läkar- och fysioterapiverksamheten

Förslag: Avsteg från heltidskravet i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi ska kunna göras om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid. En läkare eller fysioterapeut ska anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolv månadersperiod under de två senaste åren.

Vidare ska undantag kunna göras från kravet att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård om läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget kommer överens om att läkaren eller fysioterapeuten

får vara anställd högst på halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. En läkare eller fysioterapeut ska anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolv månadersperiod under de två senaste åren.

Skälen för förslagen: För att som vårdgivare få ersättning inom ramen för lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF, ställs särskilda krav på verksamheterna i 7, 8 och 9 §§ LOL respektive LOF. Vissa av dessa krav är adekvata i dag, medan andra behöver förändras.

Enligt 7 § LOL krävs att läkaren har specialistkompetens, (undantaget specialistkompetens i enbart laboratoriemedicinska specialiteter, socialmedicin, klinisk neurofysiologi, rehabiliteringsmedicin, klinisk genetik eller bild- och funktionsmedicinska specialiteter utom klinisk fysiologi) och bedriver mottagningsverksamhet i öppen vård för enskilda patienter. Enligt 7 § LOF lämnas ersättning endast till en fysioterapeut som är legitimerad.

I 8 § LOL respektive 8 § LOF anges att läkarvårdsersättning respektive ersättning för fysioterapi endast lämnas till en läkare eller fysioterapeut som ett år efter att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet på heltid, om inte annat följer av 8 § andra stycket eller 10 §. En läkare eller fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid under en tolv månadersperiod under de senaste två åren. I 8 § andra stycket LOL och 8 § andra stycket LOF anges sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl som giltiga anledningar till deltidarbete. I 10 § LOL och 10 § LOF framgår att om en läkare eller fysioterapeut på grund av sjukdom, semester, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl är helt eller delvis förhindrad att bedriva sin verksamhet, får en annan läkare eller fysioterapeut vikariera under frånvaron.

Enligt 9 § LOL respektive 9 § LOF lämnas inte läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi till en läkare eller fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare.

Det kan finnas skäl att frånga kraven i 8 och 9 §§ LOL och LOF. Heltidskravet enligt 8 § LOL och 8 § LOF torde exempelvis i dagens hälso- och sjukvård vara alltför statiskt. Det kan således finnas fler skäl till avsteg utöver vad som anges i 8 § andra stycket LOL och 8 § andra stycket LOF (dvs. sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller annat liknande skäl). I dag tenderar exempelvis ett flertal fysioterapeuter inom LOF att samverka lokalmässigt för att kunna ha tillgång till en modern apparatarsenal och moderna undersökningsrum samt anpassade lokaler. När tillräckligt många fysioterapeuter samverkar kan finnas behov av att en verksamhetschef planerar och ansvarar för ledning och samordning av den gemensamma verksamheten under en del av sin arbetstid. Verksamhetschefen kan inte samtidigt arbeta heltid med patientbesök. Behov av verksamhetschef kan också finnas för läkare inom LOL i de fall dessa samverkar på liknande sätt.

Dessutom kan det finnas skäl till avsteg från heltidskravet för att landstinget ska kunna täcka ett behov av specialistkompetens inom ett visst område. Vårdgivarna inom ramen för LOL och LOF arbetar ofta mer självständigt och är inte i så stor utsträckning del av ett integrerat och flödesbaserat hälso- och sjukvårdssystem. Inom vissa specialitetsområden för såväl läkare som fysioterapeuter finns samtidigt stor brist på kompetens inom landstingens verksamheter. Här skulle ett mer flexibelt system, där läkaren eller fysioterapeuten tjänstgör på deltid inom landstingens verksamheter, kunna åtgärda detta och vara till gagn både för landstinget, läkaren respektive fysioterapeuten samt patienterna.

En annan lämplig anledning att möjliggöra deltidsanställning inom den nationella taxan för arbete i landstinget, är involvering i utbildningsverksamhet i landstingens regi. Det kan exempelvis

handla om att ansvara för vissa kurser för studenter under grundutbildning eller specialistutbildning.

Förslagen i promemorian innebär en möjlighet att frångå heltidskravet utöver vid de situationer som redan anges i 8 § andra stycket LOL och 8 § andra stycket LOF. Grunden för avsteg från heltidskravet kan som tidigare nämnts t.ex. vara arbete på deltid för att ägna sig åt verksamhetschefsuppdrag eller delad tjänst för anställning i landsting för klinisk tjänstgöring eller utbildningsuppdrag.

Kravet enligt 9 § LOL och 9 § LOF (att läkaren eller fysioterapeuten inte får vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård) kan utgöra ett hinder för möjligheten till kontinuerlig kompetensöverföring, flexibilitet vid brist på särskild specialist inom landstingets verksamhet eller deltagande i utbildningsverksamhet i enlighet med vad som tidigare angetts. I dag finns möjlighet till dessa aktiviteter genom att skaffa vikarie enligt 10 § LOL och 10 § LOF, men inte genom att den läkare eller fysioterapeut som omfattas av den nationella taxan kan kombinera arbete inom den nationella taxan och deltidsanställning inom landstinget.

I promemorian föreslås därför ett tillägg till 9 § LOL och LOF om att läkaren eller fysioterapeuten i avtal med landstinget får komma överens om att läkaren eller fysioterapeuten får vara anställd högst på halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i.

6.2 Systematiskt kvalitetsarbete

Förslag: En läkare eller fysioterapeut som begär ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete.

Skälen för förslaget: Enligt 8 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, (2017:30), HSL, ska landstinget som sjukvårdshuvudman erbjuda en god hälso- och sjukvård åt personer som är bosatta

inom landstinget. Vidare ska, enligt 5 kap. 4 § HSL, hälso- och sjukvårdens kvalitet systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras. I 4 kap. 1 § HSL anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Ett landsting får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt HSL. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet (15 kap. 1 § HSL). När skötseln av en kommunal angelägenhet genom avtal har lämnats över till en privat utförare, ska kommunen eller landstinget kontrollera och följa upp verksamheten enligt 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Mot bakgrund av ovanstående kan konstateras att landstingen har ett tydligt ansvar för att följa upp kvaliteten och kostnadseffektiviteten i det vårdutbud landstingen ansvarar för – däribland sådan verksamhet som bedrivs inom LOL och LOF. Det är därför angeläget att ett fungerande system för uppföljning omfattar även dessa verksamheter.

Landstingens möjlighet att planera och samordna verksamheterna inom LOL och LOF, samt att följa upp verksamheternas kvalitet är dock i dag begränsad. Det finns flera skäl till det. När landstinget överlämnar uppgifter enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) eller lagen (2008:962) om valfrihets-system (LOV) som landstinget ansvarar för enligt HSL, finns möjlighet till precisering och reglering via vårdavtal. Dels kan tydliggöras vad vårdgivaren ska erbjuda och till vilket pris, dels kan preciseras på vilket sätt utföraren ska medverka i uppföljning av verksamheterna. Genom att det finns ett avtalsförhållande mellan landstinget och vårdgivaren finns förutsättningar att säkerställa transparens såväl beträffande medicinska resultat som andra aspekter. I normalfallet saknas motsvarande avtalsförhållande mellan landstinget och vårdgivaren inom LOL och LOF. Det samverkansavtal som regleras i 5 § i dessa lagar har i dag snarare karaktären av ett tillståndsbeslut att bedriva verksamhet än ett avtal med materiellt innehåll. Dessutom finns, som tidigare nämnts, ett antal vårdgivare som med stöd av övergångsbestämmelser bedriver verksamhet utan samverkansavtal.

I 26 § första stycket LOL och 25 § första stycket LOF anges om verksamhetsuppföljning m.m. att vårdgivaren ska medverka till att

den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Vårdgivaren ska årligen lämna uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Nämnda parametrar kan dock inte användas för uppföljning av hur kvaliteten i vården säkerställs. Samtidigt som vårdgivare inom LOL och LOF står för en inte obetydlig del av vårdutbudet, vittnar flertalet landsting om att taxesystemets konstruktion och karaktär av fristående system gör det svårt att fullt ut integrera dessa verksamheter i det samlade arbetet med exempelvis uppföljning och utveckling av vårdens kvalitet.

Avsaknaden av en kvalitetsredovisning av vården som erbjuds är därmed en brist i systemet med LOL och LOF. Kvalitetsredovisning gagnar utvecklingen av vården. Ur såväl den enskilde patientens som landstingets och statens perspektiv är det angeläget att vårdgivare som bedriver verksamhet inom LOL och LOF medverkar i det kvalitetsutvecklingsarbete som landstinget bedriver för övrig hälso- och sjukvård.

I promemorian föreslås därför att en läkare eller en fysioterapeut som begär ersättning enligt LOL eller LOF ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete.

Landstingets systematiska kvalitetsarbete kan exempelvis omfatta att vården ska vara medicinskt motiverad, följa nationella och regionala riktlinjer och vårdprogram samt rekommenderad läkemedelsförskrivning. Det kan också innefatta att verksamheten ska ha ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och att vårdgivaren exempelvis följer basala vårdhygienrutiner. Vårdgivarna bör även ges möjlighet att rapportera in till aktuella kvalitetsregister på motsvarande sätt som övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet.

Det är ytterst landstinget som avgör i vilken omfattning och på vilket sätt vårdgivarna ska medverka i kvalitetsarbetet. Kraven på vårdgivare som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF bör dock inte vara mer omfattande än de krav som ställs på liknande verksamheter. Det är också möjligt för landstinget att ta hänsyn till de små företagens förutsättningar genom att anpassa rapporteringskrav och liknande så att de är rimliga i förhållande till verksamhetens storlek och omfattning.

Det kan vara av värde för landstingen och yrkesförbunden att också samverka nationellt kring innehållet och utformningen av samverkansavtalen.

6.3 Skyldighet att lämna ut patientjournal

Förslag: Ett tillägg görs i lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi om att vårdgivaren på begäran av landstinget ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

Skälen för förslaget: Enligt 26 § första stycket LOL och 25 § första stycket LOF ska en läkare respektive fysioterapeut medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Enligt 26 § tredje stycket LOL och 25 § tredje stycket LOF ska en läkare respektive fysioterapeut på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning.

Landstinget erbjuds i dag som regel pappersjournaler, utskrift av journaler eller datajournaler att ta del av i vårdgivarens lokaler. När en större mängd journaler ska granskas är det dock såväl ur ett kvalitetsperspektiv som ur ett arbetsmiljöförhållande inte önskvärt att granskningen sker i vårdgivarens lokaler. Det är angeläget att landstingen får de uppföljningsredskap som de anser sig behöva för att följa upp den vård de finansierar. Mot den bakgrunden föreslås att det görs ett tillägg i LOL och LOF, så att vårdgivaren, utöver att visa upp, även på begäran ska *lämna ut* patientjournal till landstingen. Det föreslagna tillägget innebär ingen skillnad i vilken tillgång till information landstinget får ta del av jämfört med nuvarande ordning. Redan i dag ska utövaren på begäran visa upp patientjournal för landstinget. Skillnaden består i att journalen även ska lämnas ut om landstinget begär detta.

Den personal inom landstingens organisation som arbetar med uppföljning av vårdgivarnas verksamhet omfattas av bestämmelserna om sekretess. Enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, gäller sekretess inom hälso- och

sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men.

I detta sammanhang kan nämnas att det i betänkandet Kvalitet i välfärden (SOU 2017:38) föreslås en ny paragraf i 6 kap. 15 a § patientsäkerhetslagen, om att hälso- och sjukvårdspersonalen inom den enskilda hälso- och sjukvården ska vara skyldig att lämna ut sådana personuppgifter som den offentliga huvudman som ansvarar för hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) behöver för att bl.a. systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i verksamheten. Såsom bestämmelsen är formulerad i nämnda betänkande omfattar förslaget såväl verksamheter inom lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) och lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) som inom LOL och LOF. Betänkandet har remissbehandlats och beredning pågår för närvarande i regeringskansliet.

6.4 Sanktioner och överklagande

Förslag: En bestämmelse införs i lagen om läkarvårdsersättning och i lagen om ersättning för fysioterapi om att landstinget ska få kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning har betalats ut. Läkaren respektive fysioterapeuten ska på begäran möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder. Om landstinget finner att läkaren eller fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp, och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga läkaren respektive fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet ska kunna förenas med vite. Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning till läkaren respektive fysioterapeuten till dess att skyldigheterna fullgörs. Läkaren respektive fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut om föreläggande och beslut att stoppa utbetalningar till förvalt-

ningsrätten. Prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

Skälen för förslagen: Enligt 25 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, och 26 § lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF ska en läkare respektive fysioterapeut som begär läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas. Läkaren respektive fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om mottagningens personal och medicintekniska utrustning samt om utförda vårdåtgärder och antalet patientbesök. Läkaren respektive fysioterapeuten ska vidare på begäran av landstinget visa upp patientjournal samt övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av en patient och som behövs för kontroll av begärd läkarvårdsersättning respektive fysioterapiersättning.

För att ge landstinget ytterligare verktyg att följa upp verksamheten föreslås att läkaren respektive fysioterapeuten på begäran av landstinget även ska möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen. Landstinget ska dock inte ha rätt att bereda sig tillträde till bostäder. I avsnitt 6.3 föreslås också att läkaren respektive fysioterapeuten på begäran av landstinget ska vara skyldig att till landstinget lämna ut patientjournal.

När det gäller verksamhet som utförs av vårdgivare med stöd av LOV eller LOU kan bestämmelser om sanktioner eller andra åtgärder för de fall vårdgivaren inte fullgör sina skyldigheter föras in i ett vårdavtal. Utformningen av sådana bestämmelser varierar mellan landstingen. I vissa landsting finns s.k. sanktionstrappor och andra stegvisa sanktionsbestämmelser. I normalfallet finns allmänna skrivningar om att viten kan utgå samt att avtalen kan sägas upp under vissa specificerade förhållanden.

När det gäller verksamheter enligt LOL och LOF saknas motsvarande möjligheter för landstingen att vidta åtgärder gentemot vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter. Detta har bl.a. sin förklaring i att det, för dessa vårdgivare, saknas ett egentligt avtalsförhållande som preciserar uppdragets innehåll och omfattning. Vid misstanke om kvalitetsbrister som påverkar patientsäkerheten har landstinget möjligheten att anmäla vårdgivare till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Om landstinget däremot

misstänker ekonomiska oegentligheter som innebär ekonomisk skada för landstinget saknas idag lagstöd för att vidta åtgärder gentemot vårdgivaren. Det är rimligt att landstinget, i egenskap av sjukvårdshuvudman, får vidta åtgärder även mot vårdgivare som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF, i de fall dessa inte fullgör sina skyldigheter.

Mot denna bakgrund föreslås i denna promemoria att om landstinget finner att läkaren eller fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter att medverka till att verksamheten följs upp och utvärderas, underlåter att lämna årliga redovisningar över verksamheten, underlåter att på begäran av landstinget lämna upplysningar och visa upp handlingar om verksamheten, förhindrar inspektion av lokaler och andra utrymmen eller underlåter att visa upp eller lämna ut patientjournal ska landstinget få möjlighet att förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra dessa skyldigheter. Ett sådant föreläggande bör dock endast få meddelas om läkarens eller fysioterapeutens underlåtenhet att fullgöra sina skyldigheter medför en risk för ekonomisk skada för landstinget. Föreläggandet föreslås kunna förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om missförhållandena har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, föreslås också en möjlighet för landstinget att stoppa utbetalning av ersättning till dess att läkaren eller fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

I promemorian föreslås också att landstingets beslut ska kunna överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller såväl beslut av landstinget om att stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning eller fysioterapiersättning som beslut av landstinget att förelägga läkaren eller fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Vidare föreslås att prövningstillstånd ska krävas vid överklagande till kammarrätten.

6.5 Belopp och ersättningsnivåer i förordningarna

Bedömning: Nuvarande ordning att regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp bör på sikt upphöra och ersättas av en annan ordning.

Skälen för bedömningen: I dag beslutar regeringen om ersättningsnivåer och belopp i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning respektive förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi, utifrån ett förslag som lämnas in av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Sveriges läkarförbund respektive Fysioterapeuterna varje år. I propositionen som föregick införandet av den nuvarande ordningen anfördes följande:

”Utgångspunkten i överläggningarna bör vara att parterna skall presentera ett gemensamt förslag som regeringen kan fastställa. Trots att förhandlingarna bör skötas av parterna kan det enligt regeringens mening fortfarande finnas vissa omständigheter som talar för att regeringen skall fastställa de nationella taxorna. De privata vårdgivarna kan befinna sig i ett underläge i förhandlingarna med sjukvårdshuvudmännen eftersom de i stort sett är hänvisade till en finansär – landstinget. Landstinget är dessutom inte enbart finansär utan också producent av hälso- och sjukvård, vilket innebär att landstinget har konkurrerande verksamhet som man kan vilja gynna. De privata vårdgivarna kan heller inte använda sig av olika typer av konfliktåtgärder i dessa förhandlingar. I takt med att landstingen utvecklar sin beställarkompetens samt renodlar producentrollen och rollen som finansär bör behovet av att regeringen skall besluta om taxorna avta” (se prop.1996/97:123 s. 28).

Den nuvarande regleringen framstår i dag som otidsenlig. Dagens ordning är dessutom onödigt komplicerad och tungrodd, eftersom beloppen fastslås i förordningar beslutade av regeringen. Regeringen gav därför Socialstyrelsen i oktober 2017 (dnr S2017/05729/FS) ett uppdrag att göra en översyn av den indelning och de ersättningsnivåer som regleras i förordningen (1994:1120) om läkarvårdsersättning och förordningen (1994:1121) om ersättning för fysioterapi. Syftet med Socialstyrelsens uppdrag är att anpassa ersättningen utifrån en säker, effektiv, patientcenterad och evidensbaserad vård och att skapa större enhetlighet med vårdens övriga klassificering. Översynen ska omfatta huruvida ersättningsnivåerna, dess klassificering, förekommande tidsgränser, olika arvodeskategorier och de åtgärder som ingår är ändamålsenliga. Socialstyrelsen ska lämna förslag på förändringar om översynen visar på ett behov av det. Översynen ska genomföras i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges Läkarförbund samt Fysioterapeuterna. Socialstyrelsens uppdrag ska redovisas senast den 31 oktober 2018.

Den nuvarande ordningen, där regeringen beslutar om ersättningsnivåer och belopp utifrån ett gemensamt förhandlat underlag

från SKL, Sveriges läkarförbund och Fysioterapeuterna, på sikt bör upphöra. Socialstyrelsens redovisning av ovan nämnda uppdrag bör dock först inväntas innan vidare åtgärder föreslås.

7 Konsekvenser

I promemorian föreslås vissa förändringar i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF för att möjliggöra en ökad anpassning av systemet med den nationella taxan till den övriga hälso- och sjukvården.

De föreslagna förändringarna berör i första hand de läkare och fysioterapeuter som bedriver verksamhet inom ramen för LOL och LOF. Förändringarna berör också de landsting som är huvudmän för verksamheterna och betalar ut ersättning till dessa vårdgivare.

7.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Av 14 kap. 3 § regeringsformen framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Hälso- och sjukvård ska enligt 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ges efter behov och på lika villkor. HSL ger landstingen stor frihet att utforma organisationen av hälso- och sjukvården förutsatt att målen med hälso- och sjukvården uppfylls, såsom en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 §).

Den föreslagna regleringen i promemorian innebär en ökad anpassning av systemet med den nationella taxan till den övriga hälso- och sjukvården. Ett av syftena med förslagen är att öka landstingens planeringsförutsättningar på hälso- och sjukvårdsområdet. Promemorians förslag underlättar snarare landstingets möjligheter att själva styra och planera hälso- och sjukvården i landstinget. Förslagen innebär enligt promemorians bedömning ingen inskränkning i den kommunala självstyrelsen.

7.2 Konsekvenser för landstingen

Förslaget innebär att landstingen ges möjligheter till uppföljning av verksamheterna som bedrivs genom LOL och LOF inom ramen för landstingens systematiska kvalitetsarbete och därmed på motsvarande sätt som för den övriga hälso- och sjukvård som landstingen ansvarar för.

Även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverksamhetsavtalet ska redovisas till landstinget, enligt förslaget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete.

Uppföljningen och utvärderingen av den vård som bedrivs inom den nationella taxan har hittills begränsats till redovisning av mottagningens personal och medicinsktekniska utrustning samt utförda behandlingar och antalet patientbesök. Förslaget innebär att respektive landsting kommer att behöva överenskomma med vårdgivarna om hur uppföljning av verksamheterna ska ske. Tydliggörandet av att vårdgivarna, utöver att visa upp patientjournal, även ska lämna ut patientjournal på begäran av landstinget, förväntas leda till enklare rutiner för landstingen när det gäller hantering av sådan information. Det innebär inte någon förändring i vilken typ av patientinformation som landstingen får tillgång till.

Landstingen kommer, utöver verksamhetens kvalitet, även att få kontrollera verksamhetens effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheterna. Sanktionsmöjligheter införs, vilket ger landstingen möjlighet att vidta vissa åtgärder om utövarna inte fullgör sina skyldigheter och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. Detta är ett sätt att anpassa formerna för den nationella taxan till liknande verksamheter och bedöms vara gynnsamt för landstingen i händelse av underlåtenhet som medför risk för ekonomisk skada.

Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Vårdgivare som arbetar inom LOL och LOF kommer under vissa omständigheter att kunna vara deltidsanställda inom landstinget, om detta särskilt överenskommits. Förslaget innebär därmed en ökad möjlighet för landstingen att styra och planera sin hälso- och sjukvårdsverksamhet. Landstingen

får också en möjlighet till ett mer flexibelt system och sannolikt bättre utnyttjande av tillgängliga resurser, där behovet finns.

7.3 Konsekvenser för företagen

Med företag avses i detta fall de vårdgivare som bedriver verksamhet inom LOL och LOF. Som tidigare nämnts är antalet utövare omkring 2500 (år 2015) och samtliga är läkare eller fysioterapeuter.

Förslaget innebär att verksamheterna som bedrivs genom LOL och LOF kommer att kunna följas upp inom ramen för landstingens systematiska kvalitetsarbete. Även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverksamhetsavtalet ska redovisas till landstinget, enligt förslaget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete. Det är ytterst landstinget som avgör i vilken omfattning och på vilket sätt vårdgivarna ska medverka i kvalitetsarbetet. Kraven på vårdgivare som bedriver verksamhet enligt LOL och LOF bör dock inte vara mer omfattande än de krav som ställs på liknande verksamheter. Det är också möjligt för landstinget att ta hänsyn till de små företagens förutsättningar genom att anpassa rapporteringskrav och liknande så att de är rimliga i förhållande till verksamhetens storlek och omfattning. Läkaren respektive fysioterapeuten ska också på begäran möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen.

Lagstiftningen ställer dock redan i dag krav på exempelvis kvalitet i vården. Enligt 5 kap. 4 § HSL anges att kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. När ett landsting lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat utförare ska landstinget också kontrollera och följa upp verksamheten. Detta regleras i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Mot bakgrund av detta och att förslaget bedöms medföra en mer likartad kvalitetsuppföljning och mer likartade krav för etableringar inom den nationella taxan jämfört med liknande verksamheter i hälso- och sjukvården, bör kostnaderna för vårdgivarna vara

begränsade i förhållande till den förbättring i effektivitet och kvalitet som kan uppnås. Uppföljningen och utvärderingen av den vård som bedrivs av utförare inom den nationella taxan har hittills begränsats till redovisning av mottagningens personal och medicinsktekniska utrustning, samt utförda behandlingar och antalet patientbesök. I och med detta förslag kommer vårdgivare inom den nationella taxan att behöva överenskomma med landstinget om hur etableringen ska uppfylla landstingens behov av kvalitetsuppföljning i linje med liknande verksamheter. Tydliggörandet av att vårdgivarna, utöver att visa upp patientjournal, även ska lämna ut patientjournal på begäran av landstinget, förväntas leda till tydligare rutiner när det gäller hantering av sådan information. Det innebär inte någon förändring i vilken typ av patientinformation som landstingen får tillgång till jämfört med tidigare.

Landstingen kommer, utöver verksamhetens kvalitet, även att få kontrollera verksamhetens effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut. Sanktionsmöjligheter införs, vilket ger landstingen möjlighet att vidta vissa åtgärder om utövarna inte fullgör sina skyldigheter och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. Möjligheterna för vårdgivaren att överklaga landstingets beslut om sanktioner eller återbetalningskrav tydliggörs samtidigt i lagen, vilket bör vara gynnsamt för utövarna.

Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare. Lagen kräver i dag att läkare och fysioterapeuter som erhåller ersättning enligt den nationella taxan ska arbeta heltid. Den föreslagna lagförändringen vad beträffar heltidskravet innebär en större flexibilitet som bl.a. möjliggör deltidstjänstgöring för exempelvis uppdrag som verksamhetschef inom taxeverksamheten alternativt deltidstjänstgöring inom landstinget.

7.4 Konsekvenser för patienterna

Förslaget innebär att vården som ges inom ramen för den nationella taxan kommer att kunna integreras i respektive landstings system för kvalitetsuppföljning. Därmed finns möjlighet att höja vårdens kvalitet där det i dag finns brister. Vården kommer på ett tydligare

sätt kunna leva upp till målsättningen i 5 kap. 4 § HSL om att hälso- och sjukvårdens kvalitet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Enligt promemorians bedömning gagnar detta patienterna.

7.5 Konsekvenser för andra myndigheter och organisationer

Domstolsväsendet

I promemorian föreslås att läkaren eller fysioterapeuten ska kunna överklaga landstingets beslut till förvaltningsrätten. Det gäller landstingets beslut om föreläggande och om beslut att stoppa utbetalningar till förvaltningsrätten. Prövningstillstånd föreslås krävas vid överklagande till kammarrätten. För domstolarnas del bör föreslagna bestämmelser om överklagande endast innebära en mycket marginell ökning av antalet mål. Sammantaget görs bedömningen att de föreslagna överklagandebestämmelserna inte bör medföra någon ändring av arbetsbördan för domstolarna som inte kan tas om hand inom ramen för befintliga resurser.

7.6 Ekonomiska konsekvenser

Landstingen

En ökad möjlighet till uppföljning av vårdens kvalitet i enlighet med promemorians förslag bedöms vara möjlig inom ramen för landstingens systematiska kvalitetsarbete. Landstingen bedriver redan i dag kvalitetsuppföljning när det gäller liknande verksamheter. Förslaget bör därför inte innebära några nya former för uppföljning eller ökade kostnader för huvudmännen.

Landstingen kommer, utöver verksamhetens kvalitet, även att få kontrollera verksamhetens effektivitet samt att rätt läkarvårdsersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheterna. Sanktionsmöjligheter införs, vilket ger landstingen möjlighet att vidta vissa åtgärder om utövarna inte fullgör sina skyldigheter och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. Detta är ett sätt att anpassa formerna för den

nationella taxan till liknande verksamheter och bedöms vara ekonomiskt gynnsamt för landstingen i händelse av underlåtenhet från utövarens sida som medför risk för ekonomisk skada.

Vårdgivarna

För vårdgivare som arbetar inom den nationella taxan kan förslagen innebära vissa kostnader, eftersom kraven på systematisk sammanställning och inrapportering av information kan öka, jämfört med i dag. Lagstiftningen ställer dock redan i dag krav på exempelvis kvalitet i vården. Enligt 5 kap. 4 § HSL anges att kvaliteten i hälso- och sjukvårdens verksamhet systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Hälso- och sjukvårdspersonalen ska enligt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659) utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. När ett landsting lämnar över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård till en privat utförare ska landstinget också kontrollera och följa upp verksamheten. Detta regleras i 10 kap. 8 § kommunallagen (2017:725).

Förslaget bedöms medföra en mer likartad kvalitetsuppföljning och mer likartade krav för etableringar inom den nationella taxan jämfört med liknande verksamheter i hälso- och sjukvården. Kostnaderna bör vara begränsade i förhållande till den förbättring i effektivitet och kvalitet som kan uppnås.

8 Författningskommentar

8.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

8 § Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte *läkaren i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid* eller om annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om *han eller hon* arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren. *En läkare anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.*

Läkarvårdsersättning lämnas även till en läkare som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. Ändringen i *första stycket* innebär en utvidgning i möjligheten för en läkare att kunna få läkarvårdsersättning. Avsteg från kravet att läkaren ska arbeta heltid ska få göras om läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid. Halvtidsbegreppet definieras i bestämmelsen. Av bestämmelsen framgår att läkaren antingen kan fortlöpande visa att han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller att läkaren har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

9 § Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om läkaren är tjänstledig och vikarierar för en annan läkare *som får läkarvårdsersättning. Läkarvårdsersättning lämnas också om läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att läkaren får vara anställd på högst halvtid*

i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.

Läkarvårdsersättning lämnas inte till en läkare för verksamhet inom företagshälsovård eller elevhälsa som avser medicinska insatser enligt 2 kap. 25 § skollagen (2010:800).

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. I *första stycket* tydliggörs att läkarvårdsersättning kan lämnas om läkaren vikarierar för en läkare som får läkarvårdsersättning. En förutsättning är dock att läkaren är tjänstledig från sin tjänst i landstinget, bolaget eller dylikt (se prop. 1993/94:220, s. 79). Vidare görs en ändring i första stycket som innebär att det blir möjligt för en läkare att få läkarvårdsersättning även om han eller hon samtidigt är anställd i något landstings hälso- eller sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Förutsättningarna för att få läkarvårdsersättning är att läkaren i avtal med landstinget har kommit överens om att läkaren får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Halvtidsbegreppet definieras i 8 § (se kommentaren till 8 §).

26 § En läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete*.

Läkaren ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. *verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning,

2. *antalet patientbesök,*

3. *utförda vårdåtgärder, och*

4. *andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.*

Av 6 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att läkaren också ska lämna uppgifter till hälsodataregister.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.3 och 6.5. I *första stycket* föreskrivs att en läkare som begär läkarvårdsersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelsen har således fått en uttrycklig koppling till landstingets kvalitetsarbete vilket innebär att det är landstinget som anger hur kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Andra stycket föreskriver att läkaren årligen till landstinget ska lämna en redovisning med uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning, antal patientbesök, utförda vårdåtgärder samt andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet. De tre första punkterna motsvarar vad som gäller i dag medan den fjärde punkten är ny. Av första punkten framgår att uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning ska redovisas till landstinget. Skälet av byte från uttrycket ”mottagning” till uttrycket ”verksamhet” är att det senare är det som normalt används för att beskriva en organisatorisk fristående enhet inom hälso- och sjukvården. Byte av begrepp innebär ingen materiell skillnad från det som gäller i dag. Av fjärde punkten framgår att även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet ska redovisas till landstinget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete. Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

26 a § *Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarvårdersättning har betalats ut.*

Läkaren ska på begäran av landstinget

- 1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp eller lämna ut handlingar som rör verksamheten,*
- 2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder,*
- 3. lämna ut patientjournal, och*
- 4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.*

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.3 och 6.4.

Första stycket är nytt och anger att landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt läkarersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheten som erhåller ersättning enligt nationell taxa.

Andra stycket är delvis nytt men innehåller även bestämmelser som finns i nuvarande 26 § tredje stycket.

Punkten 1 motsvarar delvis 26 § tredje stycket i den nuvarande lydelsen.

Punkten 2 är ny. Läkaren ska på begäran av landstinget möjliggöra tillträde till lokaler eller andra utrymmen som används av

verksamheten. Landstinget har dock inte rätt att bereda sig tillträde till bostäder. Inspektionen bör inte störa verksamheten mer än nödvändigt.

Punkten 3 är ny och behandlas i avsnitt 6.4. Enligt punkt 3 ska läkaren lämna ut patientjournal om landstinget begär detta.

Punkten 4 motsvarar delvis 26 § tredje stycket.

26 b § Om landstinget finner att läkaren inte fullgör sina skyldigheter enligt 26 eller 26 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning till dess att läkaren fullgör sina skyldigheter.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Enligt *första stycket* får landstinget förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp enligt 26 § eller 26 a §. Föreläggandet får förenas med vite. Bestämmelser om vite finns i viteslagen (1985:206). Av den lagen följer bl.a. att vitets storlek ska vara sådant att vitet kan förväntas få den förelagde att vidta den önskade åtgärden. Av 2 § viteslagen följer vidare vissa krav på utformningen av ett vitesföreläggande. Ett vitesföreläggande måste därutöver utformas så att adressaten får klart för sig vad som krävs av honom eller henne för att undgå att betala vitesbeloppet.

Enligt *andra stycket* får landstinget stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning om föreläggandet inte följs och denna underlåtenhet har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget. Ett sådant stopp av utbetalning av läkarvårdsersättning får pågå till dess att läkaren fullgör sina skyldigheter.

26 c § Landstings beslut enligt 26 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol.

Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Landstings beslut enligt 26 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller såväl beslut av landstinget om att stoppa utbetalning av läkarvårdsersättning men också beslut av landstinget att förelägga läkaren att fullgöra sina skyldigheter.

8.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

8 § Fysioterapiersättning lämnas endast till en fysioterapeut som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver privat fysioterapiverksamhet på heltid, om inte *fysioterapeuten i avtal med landstinget kommit överens om att bedriva verksamheten på minst halvtid eller om annat följer av andra stycket eller 10 §*. En fysioterapeut anses som heltidsverksam om han eller hon arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren. *En fysioterapeut anses som verksam på halvtid om han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.*

Fysioterapiersättning lämnas även till en fysioterapeut som inte bedriver verksamhet på heltid till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. Ändringen i första stycket innebär en utvidgning i möjligheten för en fysioterapeut att kunna få fysioterapiersättning. Avsteg från kravet att fysioterapeuten ska arbeta heltid ska få göras om fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att bedriva verksamheten minst på halvtid. Halvtidsbegreppet definieras i bestämmelsen. Av bestämmelsen framgår att fysioterapeuten antingen kan förlöpande visa att han eller hon arbetar minst 17,5 timmar per vecka i genomsnitt eller att fysioterapeuten har arbetat minst denna tid någon tolv månadersperiod under de senaste två åren.

9 § Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut som är anställd i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Ersättning kan dock lämnas om fysioterapeuten är tjänstledig och vikarierar för en annan fysioterapeut *som får fysioterapiersättning*. *Fysioterapiersättning lämnas också om fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att fysioterapeuten får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i något sådant bolag eller annan juridisk person som anges ovan. Med halvtid avses vad som anges i 8 § första stycket.*

Fysioterapiersättning lämnas inte till en fysioterapeut för verksamhet inom företagshälsovård.

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1. I första stycket tydliggörs att fysioterapiersättning kan lämnas om fysioterapeuten vikarierar för en fysioterapeut som får fysioterapiersättning. En förutsättning är dock att fysioterapeuten är tjänstledig från sin tjänst i landstinget,

bolaget eller dylikt (se prop. 1993/94:220, s. 79). Vidare görs en ändring i första stycket som innebär att det blir möjligt för en fysioterapeut att få fysioterapiersättning även om han eller hon samtidigt är anställd i något landstings hälso- eller sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Förutsättningarna för att få fysioterapiersättning är att fysioterapeuten i avtal med landstinget har kommit överens om att fysioterapeuten får vara anställd på högst halvtid i något landstings hälso- och sjukvård eller i ett bolag eller annan juridisk person inom hälso- och sjukvården som landstinget har ett rättsligt bestämmande inflytande i. Halvtidsbegreppet definieras i 8 § (se kommentaren till 8 §).

25 § En fysioterapeut som begär fysioterapiersättning enligt denna lag ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas *inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete*.

Fysioterapeuten ska årligen till landstinget lämna en redovisning med uppgifter om

1. *verksamhetens* personal och medicintekniska utrustning,
2. *antalet patientbesök,*
3. *utförda vårdåtgärder, och*
4. *andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet.*

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.2 och 6.4. I *första stycket* föreskrivs att en fysioterapeut som begär fysioterapiersättning ska medverka till att den egna verksamheten kan följas upp och utvärderas inom ramen för landstingets systematiska kvalitetsarbete. Bestämmelsen har således fått en uttrycklig koppling till landstingets kvalitetsarbete vilket innebär att det är landstinget som anger hur kvalitetsarbetet ska bedrivas.

Andra stycket föreskriver att fysioterapeuten årligen till landstinget ska lämna en redovisning med uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning, antal patientbesök, utförda vårdåtgärder samt andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet. De tre första punkterna motsvarar vad som gäller i dag medan den fjärde punkten är ny. Av första punkten framgår att uppgifter om verksamhetens personal och medicintekniska utrustning ska redovisas till landstinget. Skälet av byte från uttrycket ”mottagning” till uttrycket

”verksamhet” är att det senare är det som normalt används för att beskriva en organisatorisk fristående enhet inom hälso- och sjukvården. Byte av begrepp innebär ingen materiell skillnad från det som gäller i dag. Av fjärde punkten framgår att även andra uppgifter för uppföljning och utvärdering som följer av samverkansavtalet ska redovisas till landstinget. Dessa krav kan vara olika beroende på hur respektive landsting har utformat sitt systematiska kvalitetsarbete. Landstingen har även ett planeringsansvar enligt 7 kap. 2 § HSL och ska vid planeringen beakta den hälso- och sjukvård som erbjuds av andra vårdgivare.

25 a § Landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt ersättning för fysioterapi har betalats ut.

Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget

1. lämna upplysningar om verksamheten och visa upp eller lämna ut handlingar som rör verksamheten,

2. möjliggöra inspektion av lokaler och andra utrymmen, dock inte bostäder, och

3. lämna ut patientjournal,

4. visa upp patientjournal och övrigt material som rör undersökning, vård eller behandling av patient.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.3 och 6.4.

Första stycket är nytt och anger att landstinget får kontrollera verksamhetens kvalitet och effektivitet samt att rätt fysioterapiersättning har betalats ut. Bestämmelsen ger landstinget befogenhet att kontrollera verksamheten som erhåller ersättning enligt nationell taxa.

Andra stycket är delvis nytt men innehåller även bestämmelser som finns i nuvarande 25 § tredje stycket.

Punkten 1 motsvarar delvis 25 § tredje stycket i den nuvarande lydelsen.

Punkten 2 är ny. Fysioterapeuten ska på begäran av landstinget möjliggöra tillträde till lokaler eller andra utrymmen som används av verksamheten. Landstinget har dock inte rätt att bereda sig tillträde till bostäder. Inspektionen bör inte störa verksamheten mer än nödvändigt.

Punkten 3 är ny och behandlas i avsnitt 6.4. Enligt punkt 3 ska fysioterapeuten lämna ut patientjournal om landstinget begär detta.

Punkten 4 motsvarar delvis 25 § tredje stycket.

25 b § Om landstinget finner att fysioterapeuten inte fullgör sina skyldigheter enligt 25 eller 25 a § och om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada för landstinget, får landstinget förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter. Föreläggandet får förenas med vite.

Om ett föreläggande inte följs och om underlåtenheten har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget, får landstinget stoppa utbetalning av ersättning för fysioterapi till dess att fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Enligt *första stycket* får landstinget förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter när det gäller medverkan till att verksamheten följs upp enligt 25 § eller 25 a §. Föreläggandet får förenas med vite. Bestämmelser om vite finns i viteslagen (1985:206). Av den lagen följer bl.a. att vitets storlek ska vara sådant att vitet kan förväntas få den förelagde att vidta den önskade åtgärden. Av 2 § viteslagen följer vidare vissa krav på utformningen av ett vitesföreläggande. Ett vitesföreläggande måste därutöver utformas så att adressaten får klart för sig vad som krävs av honom eller henne för att undgå att betala vitesbeloppet.

Enligt *andra stycket* får landstinget stoppa utbetalning av ersättning för fysioterapi om föreläggandet inte följs och denna underlåtenhet har inneburit allvarlig ekonomisk skada för landstinget. Ett sådant stopp av utbetalning av ersättning för fysioterapi får pågå till dess att fysioterapeuten fullgör sina skyldigheter.

25 c § Landstings beslut enligt 25 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Prövningstillstånd krävs vid överklagande till kammarrätten.

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.4.

Landstings beslut enligt 25 b § får överklagas till allmän förvaltningsdomstol. Det gäller såväl beslut av landstinget om att stoppa utbetalning av fysioterapiersättning men också beslut av landstinget att förelägga fysioterapeuten att fullgöra sina skyldigheter.

Departementsserien 2018

Kronologisk förteckning

1. Genomförande av 2017 års ändringsdirektiv till EU:s vapendirektiv. Ju.
2. Reglering av mikrosimuleringsmodellen Fasit. Fi.
3. Uppbörd av böter efter EU:s dataskyddsreform. Ju.
4. En ny stödordning för säkerhets-höjande åtgärder inom det civila samhället. Ku.
5. Ny lag om koordineringsinsatser inom hälso- och sjukvården. S.
6. Granskning av Transportstyrelsens upphandling av it-drift. N.
7. Konsekvenser för arbetsgivare vid återkallelse av uppehållstillstånd för arbete. Ju.
8. Översyn av grundskyddet för pensionärer. S.
9. Snabbare lagföring. Ju.
10. EU:s framtida jordbrukspolitik. N.
11. Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen. S.
12. Anpassning av lagen om passagerarregister till EU:s dataskyddsreform. Ju.
13. Långsiktigt stöd till det civila samhället. Ku.
14. Fördjupad översyn av Försvarsmaktens logistikförsörjning i fråga om vidmakthållande och upphandling. Fö.
15. Direktivet om ett ökat aktieägar-engagemang. Förslag till genomförande i svensk rätt. Ju.
16. Konsolidering av nationella och internationella riktlinjer för exportkontroll av krigsmateriel. UD.
17. Ändring av det kön som framgår av folkbokföringen. S.
18. Hyresgästskydd när en lägenhet förstörs. Ju.
19. Resning vid nya uppgifter om den tilltalades ålder. Ju.
20. Tillstånd till offentlig danstillställning. Ju.
21. Åtgärder för en stärkt patientsäkerhet och en effektivare hantering av behörighetsärenden inom hälso- och sjukvården. S.
22. Genomförande av terrorismdirektivets brottsofferbestämmelser. Ju.
23. Vissa frågor om barnpornografibrottet och om avskaffad preskription för allvarliga brott mot barn. Ju.
24. Genomförande av EU:s geoblockeringsförordning. UD.
25. Avgiftsfrihet för screening för livmodershalscancer. S.
26. Tjänstledighet för politiska uppdrag på lokal och regional nivå i ett annat land. Undanröjande av ett gränshinder. Fi.
27. Anpassningar av svensk lag med anledning av kommissionens delegerade förordning (EU) 2016/161. S.
28. Förlängt anställningsskydd till 69 år. A.
29. Brott mot förtroendevalda. Ju.
30. Tillståndsprövning av vapendelar m.m. Ju.
31. Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårds-ersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. S.

Departementsserien 2018

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Förlängt anställningsskydd till 69 år. [28]

Finansdepartementet

Reglering av mikrosimuleringsmodellen
Fasit. [2]

Tjänstledighet för politiska uppdrag på
lokal och regional nivå i ett annat land.
Undanröjande av ett gränshinder. [26]

Försvarsdepartementet

Fördjupad översyn av Försvarsmaktens
logistikförsörjning i fråga om vidmakt-
hållande och upphandling. [14]

Justitiedepartementet

Genomförande av 2017 års ändrings-
direktiv till EU:s vapendirektiv. [1]

Uppbörd av böter efter
EU:s dataskyddsreform. [3]

Konsekvenser för arbetsgivare
vid återkallelse av uppehållstillstånd
för arbete. [7]

Snabbare lagföring. [9]

Anpassning av lagen om passagerarregister
till EU:s dataskyddsreform [12]

Direktivet om ett ökat aktieägarengage-
ment. Förslag till genomförande i
svensk rätt. [15]

Hyresgästskydd när en lägenhet
förstörs. [18]

Resning vid nya uppgifter om
den tilltalades ålder. [19]

Tillstånd till offentlig danstillställning.
[20]

Genomförande av terrorismdirektivets
brottsofferbestämmelser. [22]

Vissa frågor om barnpornografibrottet och
om avskaffad preskription för allvarliga
brott mot barn. [23]

Brott mot förtroendevalda. [29]

Tillståndsprövning av vapendelar m.m.
[30]

Kulturdepartementet

En ny stödordning för säkerhetshöjande
åtgärder inom det civila samhället. [4]

Långsiktigt stöd till det civila
samhället. [13].

Näringsdepartementet

Granskning av Transportstyrelsens
upphandling av it-drift. [6]

EU:s framtida jordbrukspolitik. [10]

Socialdepartementet

Ny lag om koordineringsinsatser inom
hälso- och sjukvården. [5]

Översyn av grundskyddet
för pensionärer. [8]

Vissa kirurgiska ingrepp i könsorganen.
[11]

Ändring av det kön som framgår
av folkbokföringen. [17]

Åtgärder för en stärkt patientsäkerhet
och en effektivare hantering av
behörighetsärenden inom hälso-
och sjukvården. [21]

Avgiftsfrihet för screening
för livmodershalscancer. [25]

Anpassningar av svensk lag
med anledning av kommissionens
delegerade förordning (EU) 2016/161.
[27]

Utveckling av verksamheter som bedrivs
enligt lagen om läkarvårds-
ersättning och lagen om ersättning
för fysioterapi. [31]

Utrikesdepartementet

Konsolidering av nationella och internationella riktlinjer för exportkontroll av krigsmateriel. [16]

Genomförande av EU:s geoblockeringsförordning.[24]

En departementspromemoria arbetas fram inom Regeringskansliet. Den publiceras i departementsserien, förkortad Ds.

NORSTEDTS
JURIDIK

IIIKARNOV GROUP

106 47 Stockholm Tel 08-598 19190 kundservice@nj.se www.nj.se

ISBN 978-91-38-24842-3 ISSN 0284-6012