

Tid: kl. 09:00-16:00

Plats: Regionens hus, hus 3 plan 3 Stora konferensrummet hus 2

Ordförande

David Adervall (S)

Ledamöter

Cristine Persson (C), Vice ordförande

Britt Carlsson (S)

Gudrun Olsson (S)

Margareta Gladh (M)

Ersättare

Jonny Springe (S)

Björn Karlsson (S)

Therese Dahlgren (M)

Johan Bergman (M)

Eva-Britt Boij (L)

Övriga

1. Program

Ärendebeskrivning

09:00-09:10 Val av justerare

Fastställande av föredragningslista

Ordförandes inledning

Information sekreterare

09:10-09:40 Information inför beslut. Lena Weinstock Svedh

09:40-10:00 Fika

10:00-10:40 Uppföljning vårdval tandvård. Ricard Dahl

10:40-11:00 Information remiss; Utveckling av verksamheter som bedrivs enligt lagen om läkarvårdsersättning och lagen om ersättning för fysioterapi. Lena Weinstock Svedh

11:00-12:00 Information hälso- och sjukvårdsbarometern och patientenkäten. Lotta Hagberg

12:00-13:00 Lunch

13:00-14:00 Uppföljning mödrahälsovård. Anna Meschaks

14:15-14:45 Partigrupp

14:45-15:00 Fika

15:00-16:00 Beslut:

- Delårsbokslut

- Delegationsbeslut

2. Fastställande av föredragningslistan

Ärendebeskrivning

Enligt reglemente för vårdvalsnämnden har preliminär föredragningslista över de ärenden som avses bli behandlade utsänts till ledamöter och ersättare.

Förslag till beslut

Preliminär föredragningslista fastställs som slutlig.

3. Val av justerare och tid för justering

4. Delårsbokslut vårdvalsnämnden per 2018-08-31
(VVN/15/2018)

Ärendebeskrivning

Vårdvalsnämnden ansvarar för tre kostnadsställen, hälsovalet primärvård, privata vårdgivare samt bedömningstandvård inklusive tandvård för barn och unga vuxna. Nämnden har i uppdrag att fastställa delårsbokslut per 2018-08-31.

Resultat för perioden visar på ett överskott på 5,2 mkr. Prognosen för 2018 är budget i balans.

Samtliga mål i vårdsnämndens verksamhetsplan är påbörjade eller uppnådda.

Förslag till beslut

Delårsbokslut per 2018-08-31 fastställs.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse
- Delårsbokslut per 2018-08 vårdsnämnden

5. Anmälan av delegationsbeslut till vårdsnämnden 2018-09-20 (VVN/33/2017)

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av beställarchef Lena Weinstock Svedh:

-Ansökan T A om godkännande LOV medicinsk fotvård (VVN/8/2017). Ansökan godkänd från 2018-07-16.

-Ersättningsetablering I B avslutad (VVN/11/2018). Tilldelningsbeslut fattat.

-Samverkansavtal L H (VVN/13/2018). Avtal tecknat 2018-07-01.

-Önskan om avtalsuppsägning LOV medicinsk fotvård, Fotkliniken (LS /386/2012).

Ansökan om uppsägning godkänd. Avtalsslut 2018-10-31.

Beslut fattade av regiondirektör Hans Svensson:

-Ansökan ändring Kälarne hälsocentral blir filial till Bräcke hälsocentral (VVN/12/2018). Ansökan godkänd från 2018-06-01.

-Avveckling Torvalla hälsocentral (VVN/3/2017). Ansökan godkänd från 2018-09-01.

Förslag till beslut

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet.

Beslutsunderlag

- Tjänsteskrivelse

6. Presentationer från sammanträdet

Beslutsunderlag

- Mödrahälsovård VVN 2018
- Hälso och sjukvårdsbarometern Resultat 2017
- NPE Resultat primärvården 2017
- Remiss VVN2018-10
- Remisskonferens nationella taxan 4 sept 2018
- Tandvård Enkätfrågor BoU 180904
- Tandvård VVN 180919



4

Delårsbokslut vårdvalsnämnden per 2018-
08-31

VVN/15/2018



2018-08-27

Hälsö- och sjukvårdspolitiska
avdelningen

Lena Weinstock Sved

Tfn: 063/142474

E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

VVN/15/2018

Delårsbokslut vårdvalsnämnden per 2018-08-31

Ärendebeskrivning

Vårdvalsnämnden ansvarar för tre kostnadsställen, hälsovalet primärvård, privata vårdgivare samt bedömningstandvård inklusive tandvård för barn och unga vuxna. Nämnden har i uppdrag att fastställa delårsbokslut per 2018-08-31.

Resultat för perioden visar på ett överskott på 5,2 mkr. Prognosen för 2018 är budget i balans.

Samtliga mål i vårdvalsnämndens verksamhetsplan är påbörjade eller uppnådda.

Regiondirektörens förslag

Delårsbokslut per 2018-08-31 fastställs.

I tjänsten

Hans Svensson

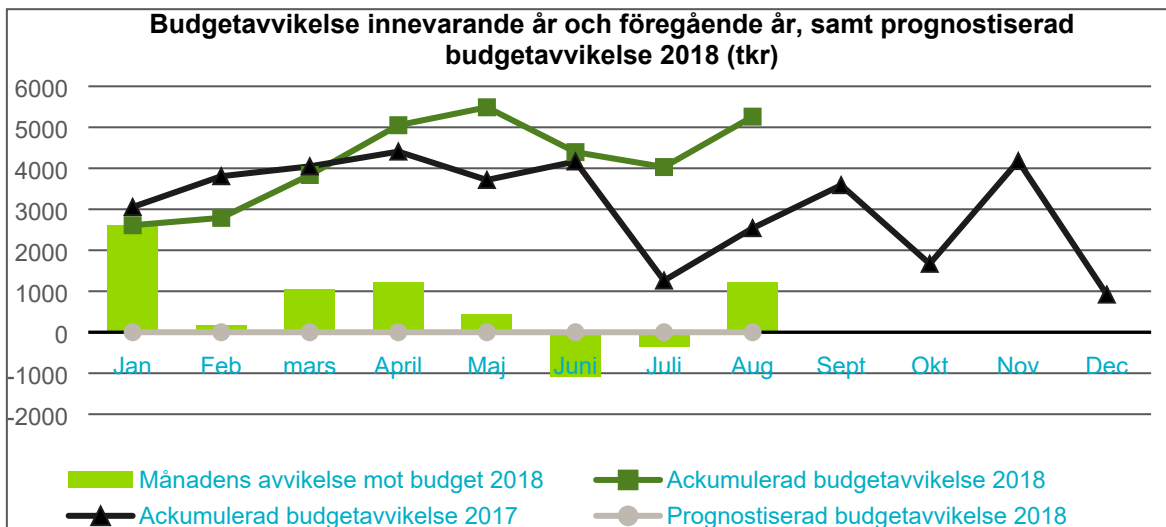
Regiondirektör

Lena Weinstock Svedh

Beställarchef

Delårsrapport augusti 2018

Vårdvals nämnden (VVN/15/2018)



Sammanfattning

Under årets första månader har fokus legat på uppföljning av 2017 års verksamhet samt innehåll i samtliga valfrihetssystem inför 2019.

Verksamhet

Vårdvalsnämnden består av tre olika uppdrag:

- Hälsovalet
- Privata vårdgivare
- Beställartandvård

Måluppfyllelse

Vårdvalsnämnden har inga produktionsmål att följa upp sin verksamhet mot. Uppföljning av vårdvalsnämndens uppföljningsplan har genomförts och lagts in i detta delårsbokslut.

Ekonomiskt utfall

Efter augusti har nämndens verksamheter ett överskott på 5,2 mkr. Helårsprognosen beräknas till +/- 0 kronor

Viktiga händelser januari till augusti 2018

Verksamhetsberättelser har lämnats av vårdgivare med avtal/överenskommelser vilka har granskats och sammanställts av beställarenheten.

Den årliga dialoguppföljningen av föregående års verksamhet med vårdgivarna inom hälsovalet påbörjades i april och kommer att slutföras i maj månad.

Under hösten 2017 genomfördes en översyn av hälsovalet inför 2019 med representanter från vårdvalsnämnden och regionstyrelsen (VVN /25/2017). Beslut i ärendet togs av vårdvalsnämnden i januari och av regionfullmäktige i februari 2018. Ärendet innehåller justeringar som ska hanteras i förfrågningsunderlaget för Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2019.

Revidering och justering inför 2019 har genomförts inom samtliga av Region Jämtland Härjedalens vårdval. I juni beslutade regionfullmäktige om förfrågningsunderlagen 2019 för hälsoval, medicinsk fotvård och allmäntandvård för barn och unga vuxna.

En leverantörsträff med vårdgivare från hälsovalet har genomförts under perioden där bl a översynen och uppdraget för 2019 diskuterats.

Beslut kom i april om förändringar i form av nedläggning av verksamheter inom primärvården i egen regi vilket kommer att påverka utbudet för medborgarna i länet. På grund av Region Jämtland Härjedalens ekonomiska läge beslutades om ett antal besparingsåtgärder. För primärvården resulterade det i en uppsägning om stängning av Torvalla hälsocentral från 1 september 2018. Kålarne ansökte om att få bli filial till Bräcke hälsocentral, vilket beviljades från 1 juni 2018.

Flera av de statliga satsningarna påverkar primärvården där beställarenheten involverats exempelvis utveckling av barnhälsovård, psykisk hälsa och nationellt kunskapsstöd. Senare i år kom beslut om den så kallade patientmiljarden som syftar till att öka tillgänglighet och samverkan i vården. Uppdraget att samordna aktiviteterna inom den satsningen åvilar Beställarenheten.

En ny vårdgivare har anslutit sig till vårdvalet för medicinsk fotvård och en försäljning av fysioterapeutetablering har genomförts under perioden.

I juli kom en promemoria till regionen avseende regelverket för den så kallade "nationella taxan". Remissvar skall lämnas från vårdvalsnämnden till socialdepartementet senast den 14 november.

Inom beställaratandvården fortsätter arbetet med utveckling av IT-stöd, samverkan med kommunerna och att göra tandvårdsstödet mer känt.

Från 1 januari 2018 höjdes åldern för kostnadsfri tandvård för barn och unga vuxna till och med det år man fyller 22 år. Av totala antalet berättigade till kostnadsfri tandvård har ca 18% valt en privat vårdgivare.

Fler statliga utredningar kan komma att påverka uppdraget inom primärvården bl a utredning om "God och nära vård" SOU 2017:53 som kom med ett delbetänkande i juni. En utredning som på grund av tillägg fått förlängd utredningstid till 2020. En annan utredning är "Ordning och reda i vården" som bl a har i uppdrag att utreda vårdvalsreformen. Slutrapport ska lämnas juni 2019.

Vårdvalsnämnden har haft fyra sammanträden under perioden

Ärenden som hanterats:

- Översyn förfrågningsunderlag hälsoval 2019 (VVN/25/2017)
- Delegationsbeslut (VVN/33/2017)
- Bokslut december 2017 område vårdvalsnämnd (VVN/32/2017)
- Årsbokslut 2017 Hälsoval Region Jämtland Härjedalen (VVN/5/2018)
- Inkomna handlingar (VVN/7/2018)
- Förfrågningsunderlag Hälsoval Region Jämtland Härjedalen 2019 (VVN/3/2018)
- Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna 2019 (VVN/1/2018)
- Vårdval medicinsk fotvård 2019 (VVN/2/2018)
- Uppföljning av vårdvalsnämndens internkontrollplan 2018 (VVN/29/2017)
- Tertialrapport per 2018-04 vårdvalsnämnden (VVN/9/2018)
- Utnämning av dataskyddsombud enligt dataskyddsförordningen (VVN/6/2018)

Uppföljning:

- Vårdval tandvård för barn och unga vuxna
- Vårdval medicinsk fotvård
- Nationella taxan- ersättningsetablering
- Privata vårdgivare
- Uppföljning av nationella satsningar-regiondriven primärvård

Informationer:

- Dataskyddsförordningen GDPR, regelverk och dataskydd
- Studiebesök Frösö hälsocentral
- Statliga utredningar: Tillitsdelegationen (Direktiv 2016:51) Ordning och reda i vården (Direktiv 2017:128)
- Robotkirurgi Region Jämtland Härjedalen
- Digitala läkarbesök hälsocentralen Brunflo
- Förfrågningsunderlag hälsoval, vårdval medicinsk fotvård och vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna.
- Aktuell lägesrapport om asyl- och flyktingfrågor i Region Jämtland Härjedalen samt information om fördelning av statliga medel.

Uppföljning av framgångsfaktorer

Framgångsfaktorernas måluppfyllelse redovisas genom en kortfattad beskrivning av aktiviteter som genomförts och en bedömning om aktuellt läge. Måluppfyllelsen bedöms efter följande skala

	Framgångsfaktorn är uppfylld. Rätt åtgärder är utförda. Inga ytterligare åtgärder behöver göras under 2018.
	Rätt åtgärder för att framgångsfaktorn ska bli <i>uppfylld till årets slut</i> är planerade och/eller påbörjade.
	Framgångsfaktorn är inte uppfylld.

Samhälle

SAMHÄLLE	Utfall 2018-04-30	Kommentarer
Ökat digitalt användande		
Följa utvecklingen av distansoberoende teknik för behandling och förebyggande arbete		Information vid vårdvalsnämndens möte i april
Jämlik och jämställd region		
I alla beställningar som görs av nämnden tas hänsyn till jämlik- och jämställdhetsperspektivet		Är inskrivet i samtliga förfrågningsunderlag
Bättre folkhälsa		
Följa upp folkhälsoarbetet med särskilt fokus på barn, ungdomar och äldre		Information till vårdvalsnämnden inplanerat
Öka kunskapen hos länets medborgare samt hälso- och sjukvårdsaktörer om det reformerade tandvårdsstödet		Insatser till hälso- och sjukvårdsaktörer påbörjade
Minskade sjukskrivningstal		
Följa utvecklingen av sjuktalen i länet		Ingår i uppföljningen av hälsovalet
Tillgänglig och samordnad hälso-och sjukvård		
Följa upp införandet av lagen om utskrivningsklara		Insatser inplanerade
Följa arbete med kommunsamverkan		Insatser inplanerade
Ökad kännedom om vårdvalen hos medborgare		Informationsinsatser genomförda med anledning av att det nu finns möjlighet att lista sig via 1177.

Patient

PATIENT	Utfall 2018-04-30	Kommentarer
Vård efter behov-jämlig och jämställd		
Utveckla vårdvalen så att de motsvarar befolkningens behov		Framgår av förfrågningsunderlag
Arbeta för jämlig tandhälsa i länet och tillgodose särskilt utsattas behov av tandvård t ex bedömningstandvård, nödvändig tandvård och barn- och ungdomstandvård		Arbete pågår kontinuerligt
Se över uppdraget för familjecentraler inom hälsovalet		Pågår
Bättre tillgänglighet		
Tillgängligheten till primärvården ska öka		Vårdgivarna arbetar kontinuerligt med frågan
Följa upp det mångkulturella arbetet		Information vid nämndens möte i maj
God vård på patientens villkor		
Följa upp resultat av patientenkät		Information till vårdvalsnämnden inplanerad
Följa upp resultat av hälso- och sjukvårdsbarometern		Information till vårdvalsnämnden inplanerad
Mäta antal SIP (samordnad individuell plan) i primärvård		Pågår
Följa upp fysioterapeuter med syfte att se om vårdgivarna lever upp till de krav som ställs i patientdatalagen		Ska genomföras i höst
Mer professionell vård i hemmet eller så nära hemmet som möjligt		
Mäta och följa upp antal hembesök som genomförs i primärvården		Följer mätning
Den uppsökande tandvården ska öka		

Verksamhetsresultat

VERKSAMHETSRESULTAT	Utfall 2018-04-30	Kommentarer
Lägre kostnadsutveckling än 2017		
Vid utformande av hälsovalets regelverk och ersättningsmodell ska dialog med regionstyrelsens utskott för ekonomi ske för att tillsammans analysera ekonomiska konsekvenser	↑	Beslut taget av regionfullmäktige i februari
Ökade intäkter		
Följa upp resultat och användande av riktade statsbidrag som rör verksamheter inom vårdvalsnämnden	↑	Information till vårdvalsnämnden vid mötet i maj
Ökad produktionskapacitet		
Följa utvecklingen av strukturella förändringar i arbetet med SOU 2017:53 God och nära vård	↑	Pågår kontinuerligt

Ekonomi

Ekonomiskt utfall jämfört med budget och föregående år.



200 Region Jämtland Härjedalen

Månadsrapport 2018
Res.råkn i månadsrapport och delårsbokslut

Period 2018-08

Område 410

RR-kod 11-80

RR	Ack utfall	Ack budget	Bud-Utf Diff	Ack utfall fg år	Ack utf-Ack fg år Diff	Utf ack - Ack fg år%	Årsprognos	Årsbudget	Årsbudg-Årsprogn Diff
Patientavgifter/tandvård	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kommuner o landsting	2 101	0	2 101	452	1 649	365	0	0	0
Tjänster,material,varor	198	0	198	198	0	0	0	0	0
Bidrag	62 905	3 582	59 323	65 322	-2 418	-4	7 373	5 373	2 000
Övriga intäkter	49	0	49	97	-47	-49	0	0	0
Summa Intäkter	65 252	3 582	61 670	66 068	-816	-1	7 373	5 373	2 000
Lönekostnader	-393	0	-393	-236	-157	67	0	0	0
Övr personalkostnader	-9	0	-9	-11	3	-24	0	0	0
Summa Personalkostnader	-402	0	-402	-247	-155	63	0	0	0
Köpt vård	-468 487	-416 410	-52 076	-454 017	-14 469	3	-626 615	-624 615	-2 000
Med diagnostik samt övr tjänst	-8 746	-8 489	-258	-9 041	294	-3	-12 733	-12 733	0
Läkemedel	-12 462	-10 845	-1 618	-9 550	-2 912	30	-16 267	-16 267	0
Sjukvårdsartiklar, med mtrl	-180	0	-180	0	-180	0	0	0	0
Övr verksamhetsnära kostn	-32 354	-31 200	-1 154	-30 423	-1 931	6	-46 800	-46 800	0
Summa Verksamhetsnära kostnader	-522 230	-466 944	-55 286	-503 032	-19 198	4	-702 415	-700 415	-2 000
Lokaler,el,utrustning,rep	-5	0	-5	-7	2	-29	0	0	0
Transporter,esor	0	0	0	0	0	-100	0	0	0
Sjukresor	-269	-178	-91	-169	-100	59	-267	-267	0
Tjänsteresor, logi	-43	0	-43	-10	-33	314	0	0	0
Övrigt	-663	-80	-583	-307	-357	116	-120	-120	0
Summa Övriga kostnader	-980	-258	-722	-494	-487	99	-387	-387	0
Summa Kostnader	-523 612	-467 202	-56 410	-503 772	-19 840	4	-702 802	-700 802	-2 000
Summa Verksamhetens nettokostnad	-458 359	-463 620	5 260	-437 704	-20 655	5	-695 429	-695 429	0
RESULTAT	-458 359	-463 620	5 260	-437 704	-20 655	5	-695 429	-695 429	0

Utfall på resp kostnadsställe	Diff ack utfall mot ack budget aug-18	Diff ack utfall mot ack budget fg år	Senaste årsprognos
7037 Hälsoval kapitering	4,4	2,8	0
7055 Privata vårdgivare	-1,7	-1,1	-1,6
7056 Beställartandvård	2,5	0,8	1,6
	5,2	2,5	0

Kommentar och analys av ekonomiskt resultat mot budget:

Redogör för avvikelser mot ackumulerat utfall föregående år (nettokostnadsutvecklingen):

Ack utfall till och med augusti är 2,7 mkr bättre än föregående år. Anledningen är en annan budgetram inom beställartandvården än föregående år samt eftersläpning av utbetalning av AT- och ST-läkare samt läkemedel inom hälsovalet.

Redogör för årsprognosens avvikelser mot budget:

Prognos för helår kommer troligen att bli +-0. Budgeten för privata vårdgivare är underfinansierad på grund av för högt beräknad momsintäkt. Detta förväntas kompenseras av ett överskott inom beställartandvården.

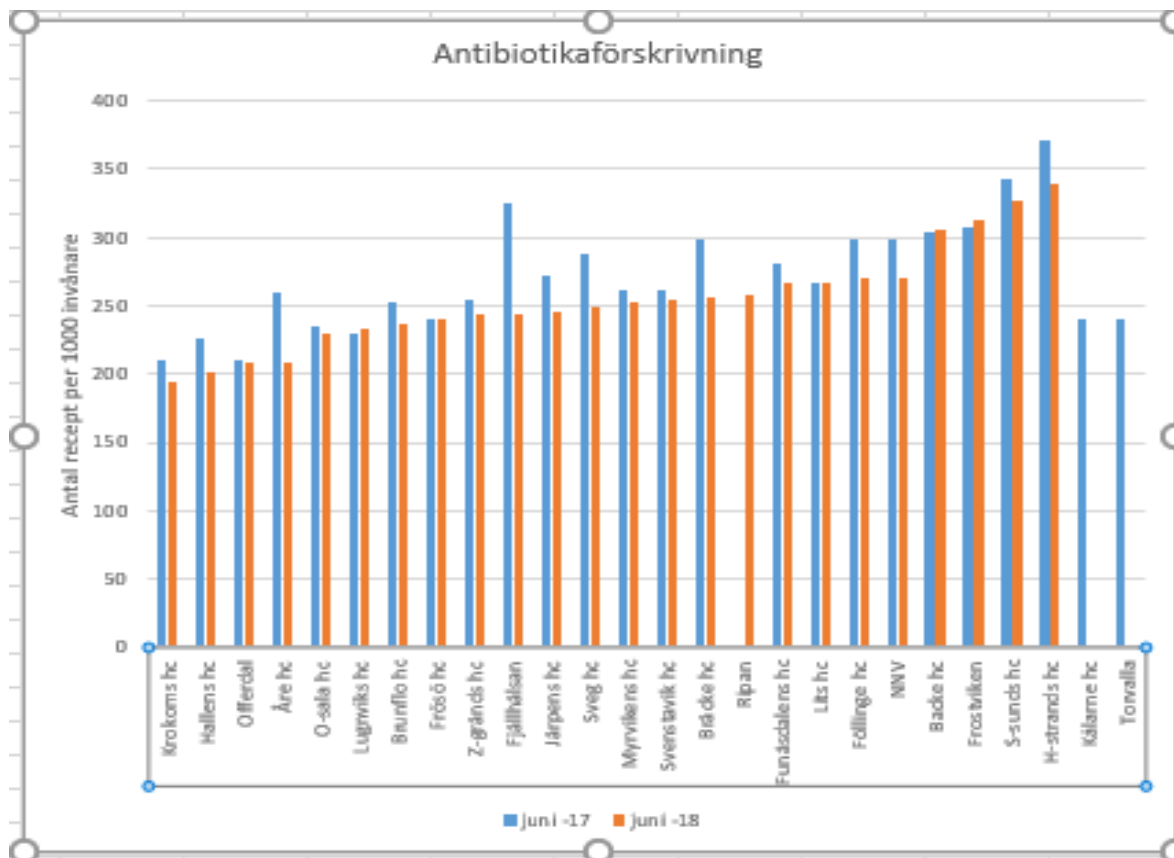
Produktion

Köpt verksamhet antal besök Privata vårdgivare	Utfall 2015-08	Utfall 2016-08	Utfall 2017-08	Utfall 2018-08
Läkarbesök	1 882	1 301	309	178
Sjukgymnastbesök	28 550	26 432	24 139	22 658
Patienter som fått nödvändig tandvård	1 461	1 379	1 440	1 534
Pat som fått tandvård som led i sjukdomsbehandling	231	297	295	296
Patienter med funktionsnedsättning (infördes 2013)	1 145	865	744	958
Antal som fått uppsökande tandvård	3 287	3 984	4 761	5 008
Antal barn som valt privattandläkare				

Verksamhet

Tillgänglighet primärvården

Vård inom rimlig tid				
2018	7: an		0: an	
	jul-18	jul-17	jul-18	jul-17
Myrvikens hc	100	90	97	95
Svenstavik hc	94	88	92	90
Bräcke hc	99	97	93	85
Kälarne hc	ingen läkare		97	99
Funäsdalens hc	96	100	96	97
Sveg hc	97	96	95	83
Föllinge hc	99	94	100	92
Krokoms hc	81	81	95	88
H-strands hc	82	79	90	100
Backe hc	93	99	94	95
S-sunds hc	94	90	87	86
Hallens hc	100	83	87	97
Järpens hc	99	97	96	82
Åre hc	100	100	99	95
Brunflo hc	93	91	86	71
Frösö hc	87	96	81	72
Lits hc	100	100	stängd	95
Lugnviks hc	92	94	83	91
O-sala hc	99	96	64	74
Torvalla	stängd		stängd	88
Z-gränds hc	97	98	85	81
Hc Ripan	89		83	
Fjällhälsan	95	66	100	100
Offerdals hc	56	72	91	91
Nya Närvården	96	97	99	92
Närvård Frostviken	100	100	100	100
Snitt i länet	93	91	91	90



Målet 2018 är 260 recept/1000 inv.

2017 skrevs i snitt ut 271 recept/1000 inv jmf med 2018 då snittet är 255 recept/1000 inv



5

Anmälan av delegationsbeslut till
vårdvalsnämnden 2018-09-20

VVN/33/2017



2018-08-28

Hälso- och sjukvårdspolitiska
avdelningen
Lena Sved

Tfn: 063/142474

E-post: lena.weinstock-svedh@regionjh.se

VVN/33/2017

Anmälan av delegationsbeslut till vårdvalsnämnden 2018-09-20

Ärendebeskrivning

Beslut fattade av beställarchef Lena Weinstock Svedh:

- Ansökan T A om godkännande LOV medicinsk fotvård (VVN/8/2017). Ansökan godkänd från 2018-07-16.
- Ersättningsetablering I B avslutad (VVN/11/2018). Tilldelningsbeslut fattat.
- Samverkansavtal L H (VVN/13/2018). Avtal tecknat 2018-07-01.
- Önskan om avtalsuppsägning LOV medicinsk fotvård, Fotkliniken (LS /386/2012). Ansökan om uppsägning godkänd. Avtalsslut 2018-10-31.

Beslut fattade av regiondirektör Hans Svensson:

- Ansökan ändring Kälarne hälsocentral blir filial till Bräcke hälsocentral (VVN/12/2018). Ansökan godkänd från 2018-06-01.
- Avveckling Torvalla hälsocentral (VVN/3/2017). Ansökan godkänd från 2018-09-01.

Regiondirektörens förslag

Information om delegationsbeslut enligt upprättad förteckning noteras till protokollet

I tjänsten

Hans Svensson
Regiondirektör

Lena Weinstock Svedh
Beställarchef



6

Presentationer från sammanträdet

Mödrahälsovården Region Jämtland Härjedalen

Vårdvalsnämnden 20 september 2018

Anna Meschaks Mödrahälsovårdöverläkare

Ingrid Haglund Samordningsbarnmorska

Mödrahälsovården Region Jämtland Härjedalen

- Mödrahälsovårdens övergripande mål är god sexuell och reproduktiv hälsa för hela befolkningen.
- Hälsovård i samband med graviditet, stöd i föräldraskap, familjeplanering, gynekologisk cellprovskontroll, utåtriktad verksamhet, folkhälsoarbete.
- Mödrahälsovård-Ett preventivt arbete

Mödrahälsovården Region Jämtland Härjedalen

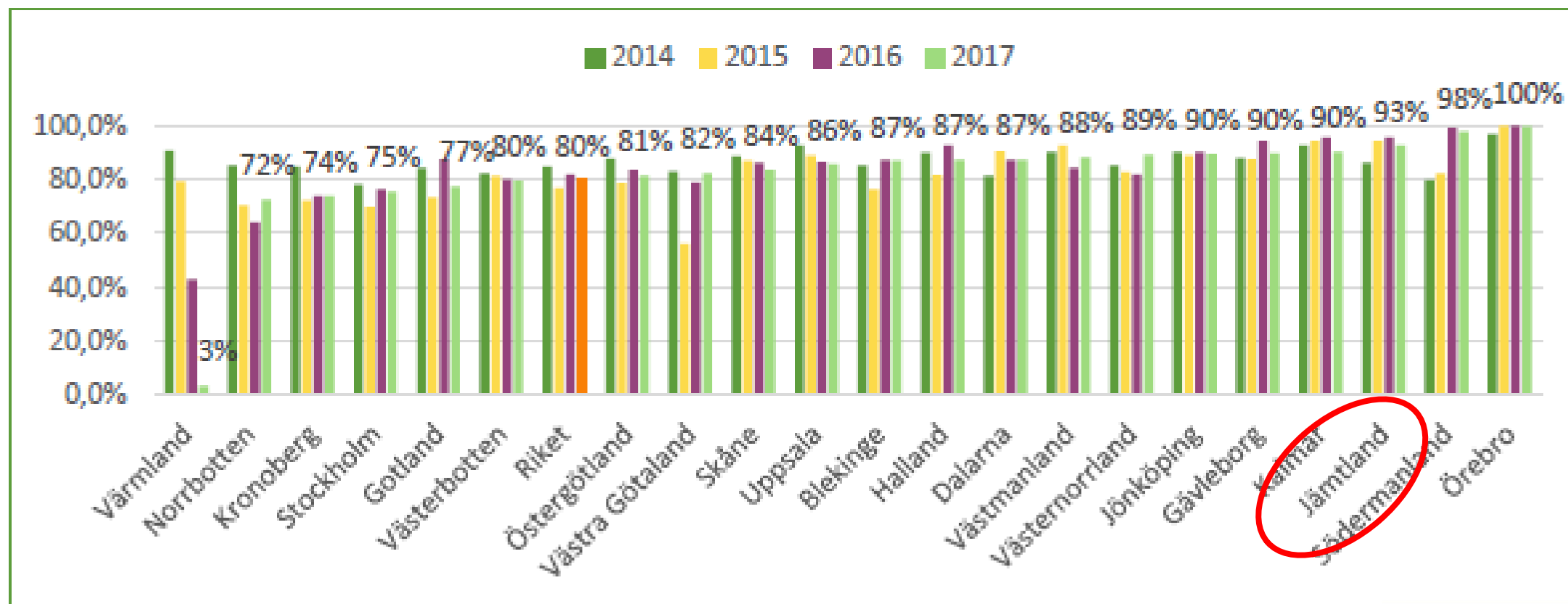
- Nationella kvalitetsregistret för graviditet och förlossningen utkommer årligen med en Årsrapport.



Årsrapport
2017

Mödrahälsovården Region Jämtland

Diagram 3. Andel (%) fullständiga registreringar per landsting/region, 2014–2017.



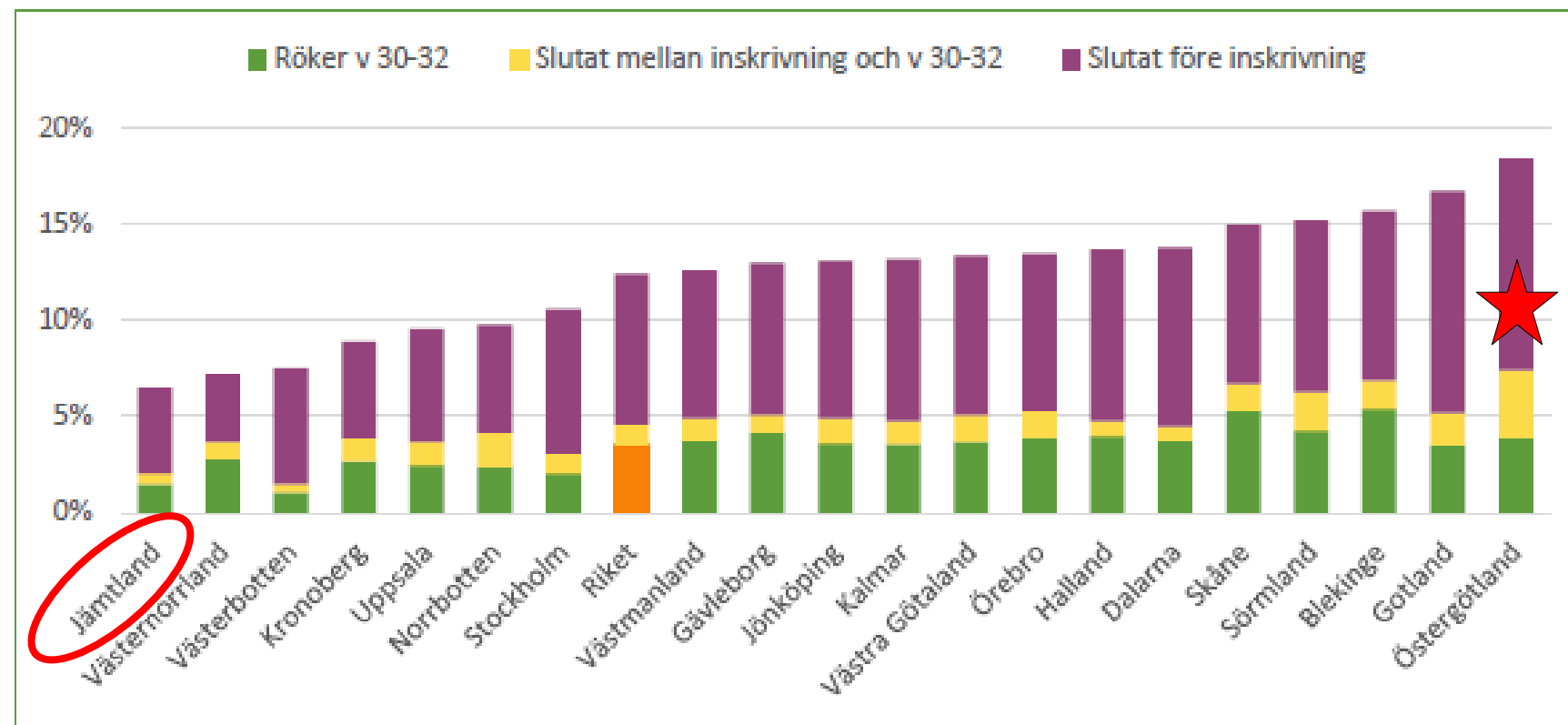
Källa: Graviditetsregistret

HÄRJEDALEN



Mödrahälsovården Region Jämtland Härjedalen

Diagram 8. Andel (%) rökare 3 månader före graviditet, vid inskrivning samt vecka 32, per landsting/region



Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland

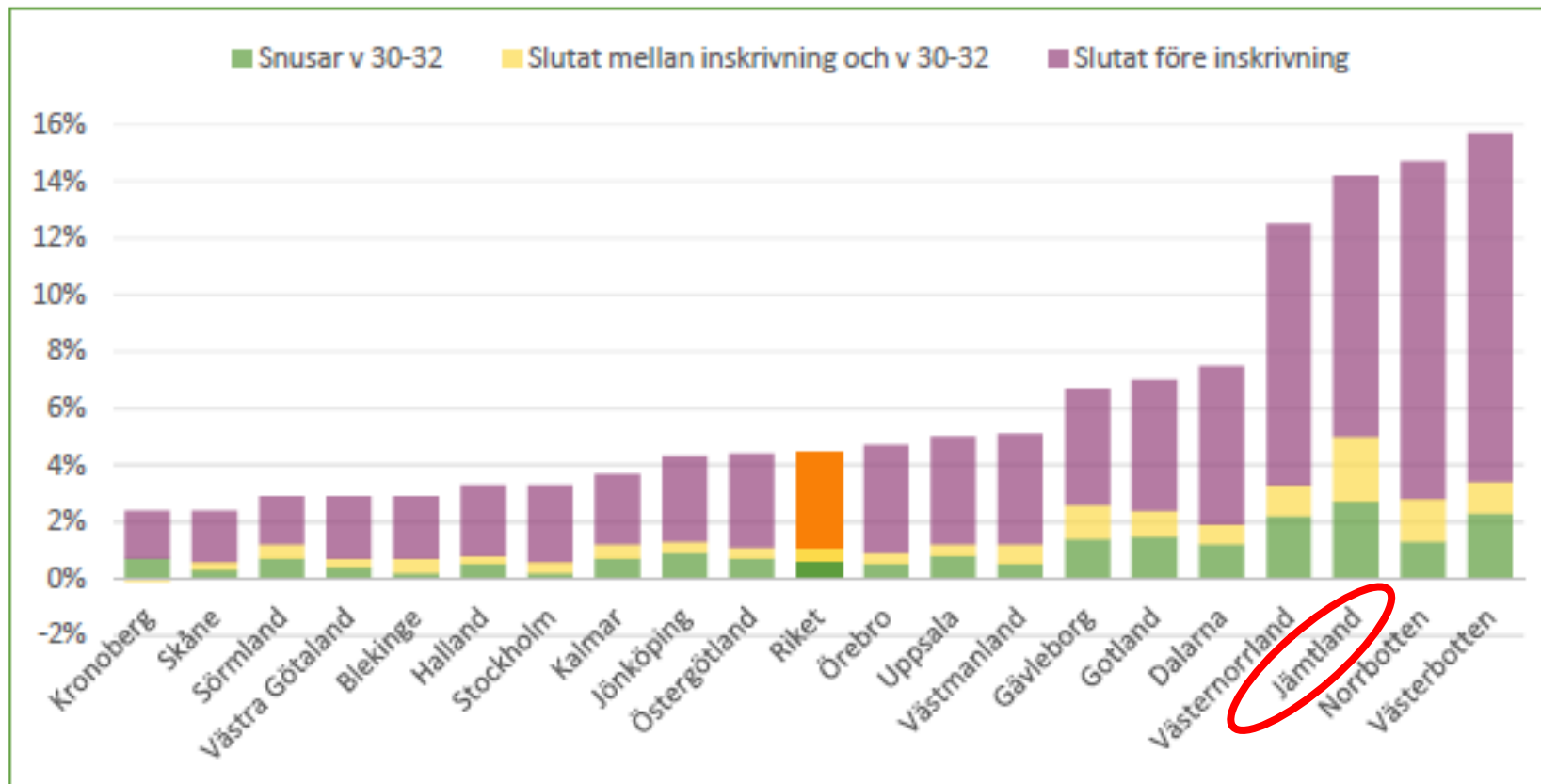
Tabell 3. Metoder för tobaksavvänjning som erbjuds. X = fler än 50% av landstingets/regionens mottagningar erbjuder metoden.

Landsting/region	Sluta röka linjen	Remiss – rökavvänjning individuellt	Remiss – rökavvänjning i grupp	Rökavvänjning inom egna enheten
Blekinge	x	x		
Dalarna	x	x	x	x
Gotland	x	x		x
Gävleborg	x	x		x
Halland	x			x
Jämtland	x	x		
Jönköping	x	x		x
Kalmar				
Kronoberg	x	x		
Norrbottn				
Skåne	x		x	
Stockholm	x	x		
Sörmland	x	x		
Uppsala	x	x		
Värmland	x			
Västerbotten	x	x	x	
Västernorrland	x	x		
Västmanland		x		
Västra Götaland	x			
Örebro	x	x		
Östergötland	x			x

Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland

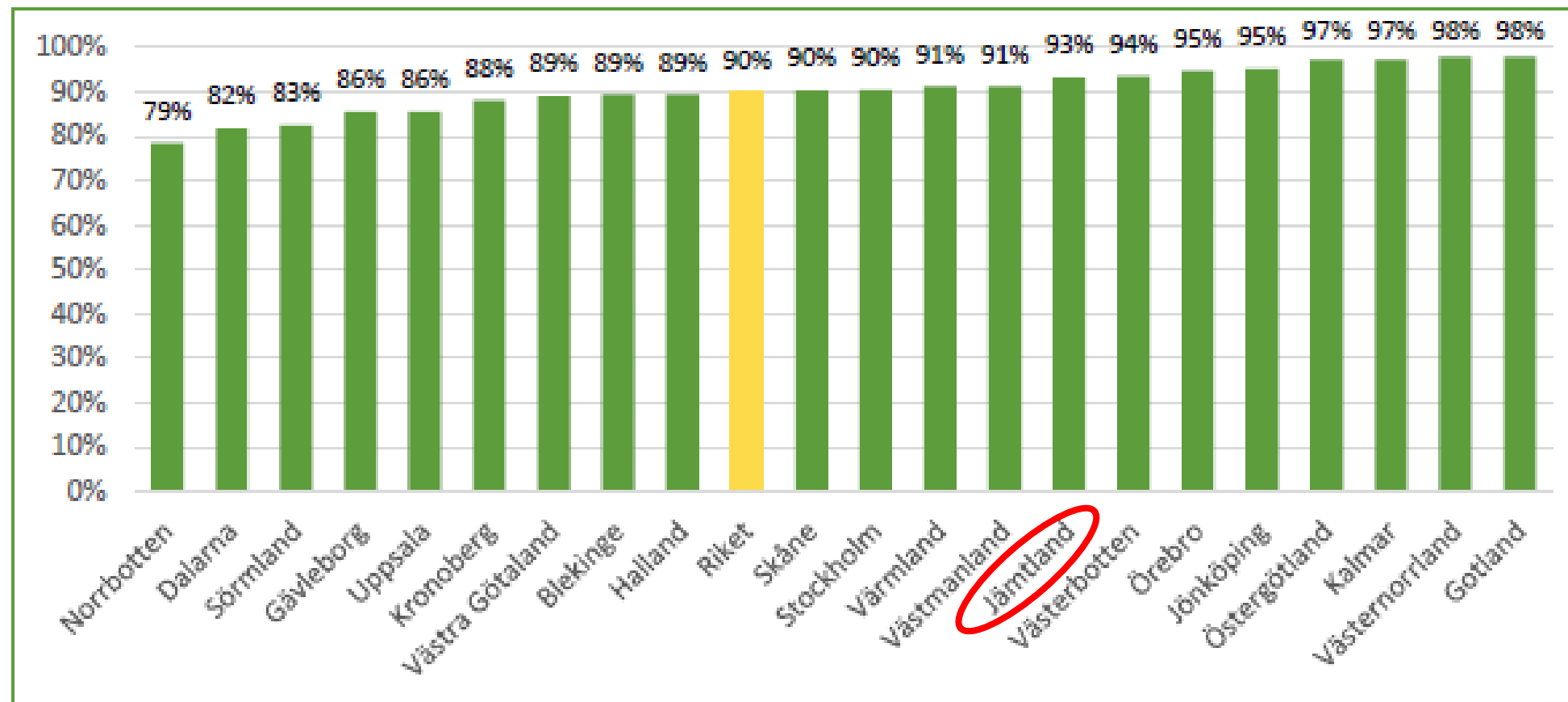
Diagram 10. Andel snusare (%) 3 månader före graviditet, vid inskrivning samt vecka 32, för kvinnor förlösta 2011–2016.



Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland

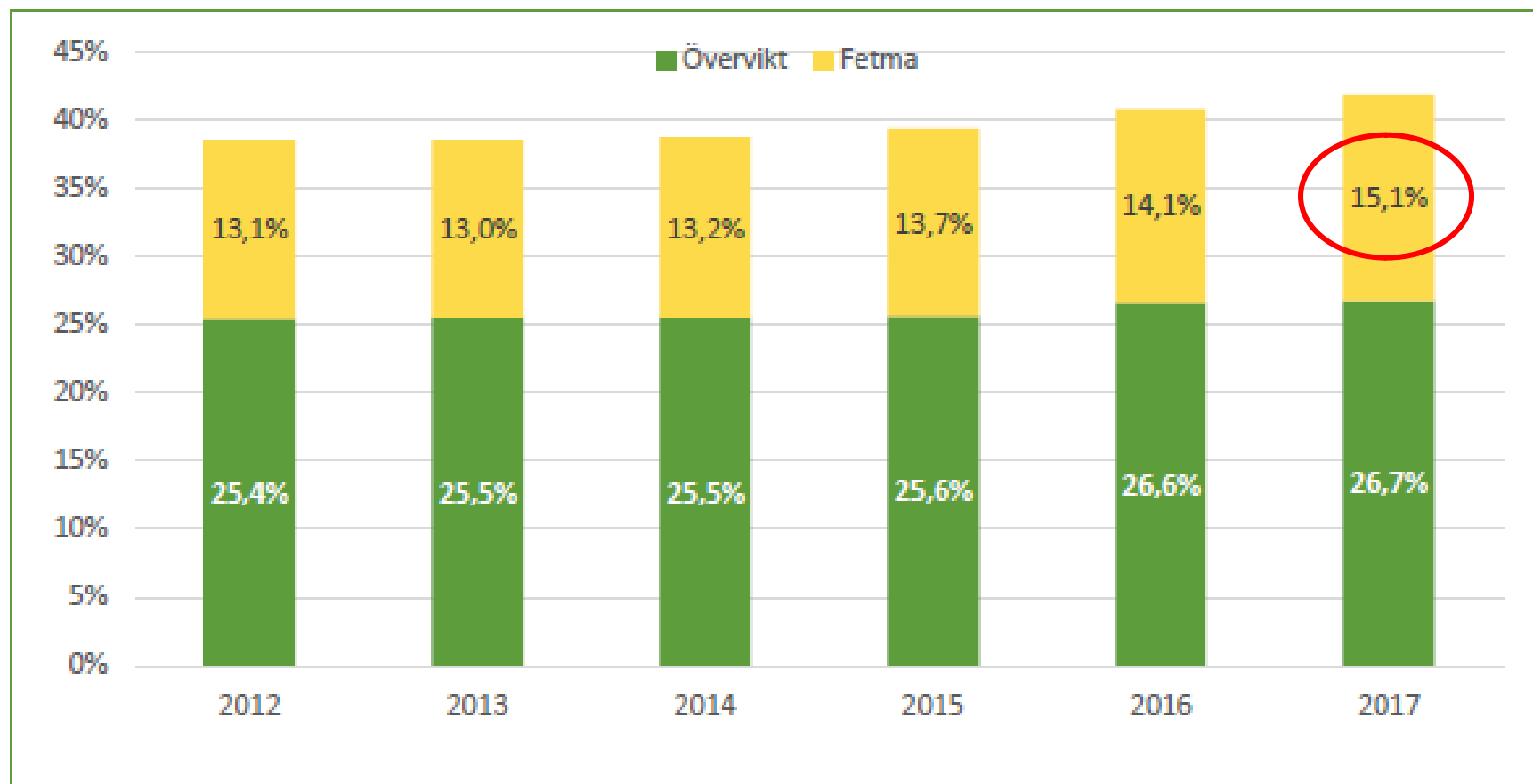
Diagram 13. Andel (%) gravida som tillfrågats om våldsutsatthet, per landsting/region, 2017.



Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland

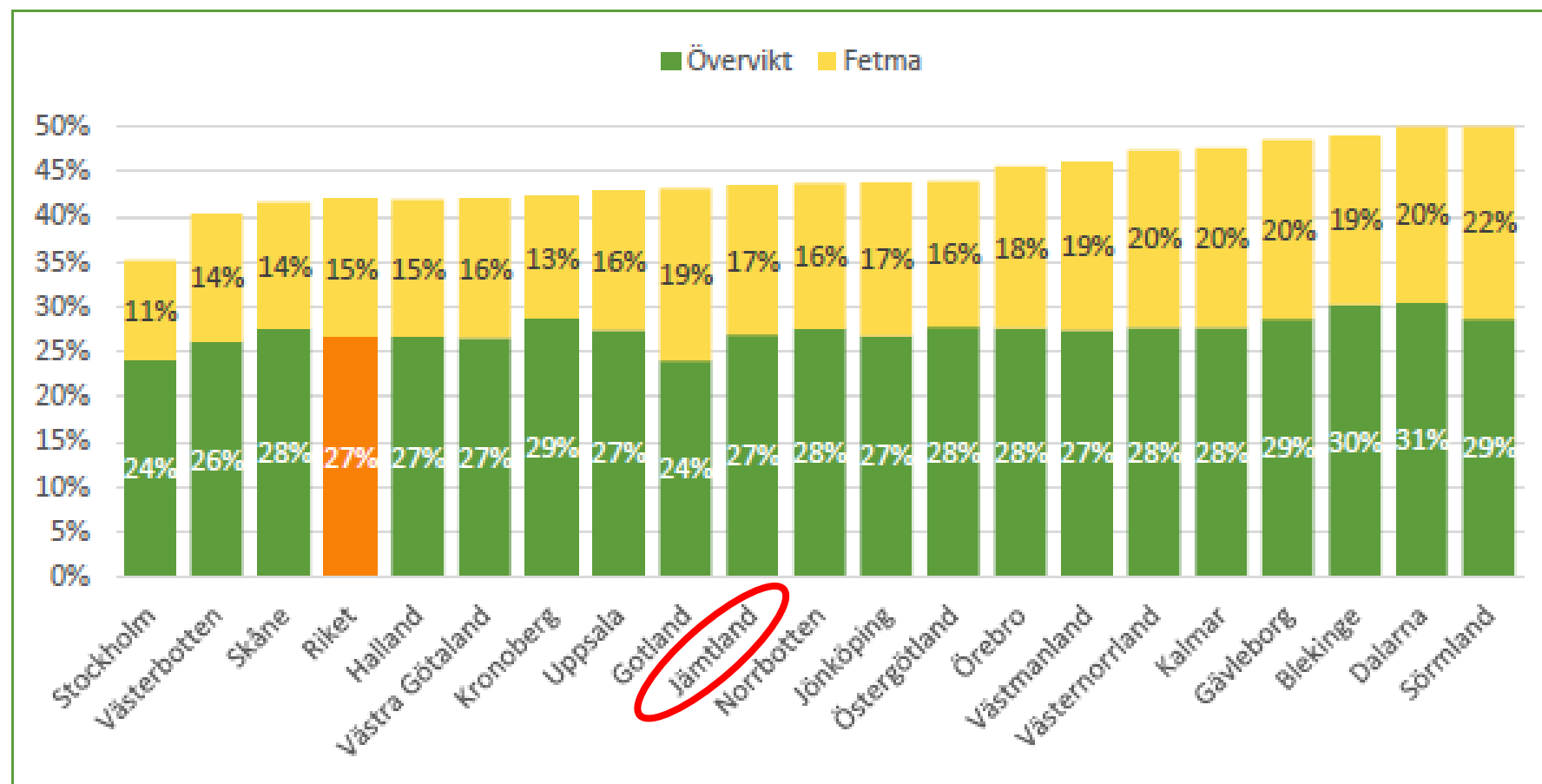
Diagram 19. Andel (%) gravida med övervikt respektive fetma under åren 2012–2017.



Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland

Diagram 20. Andel (%) gravida med övervikt respektive fetma per landsting/region, 2017.



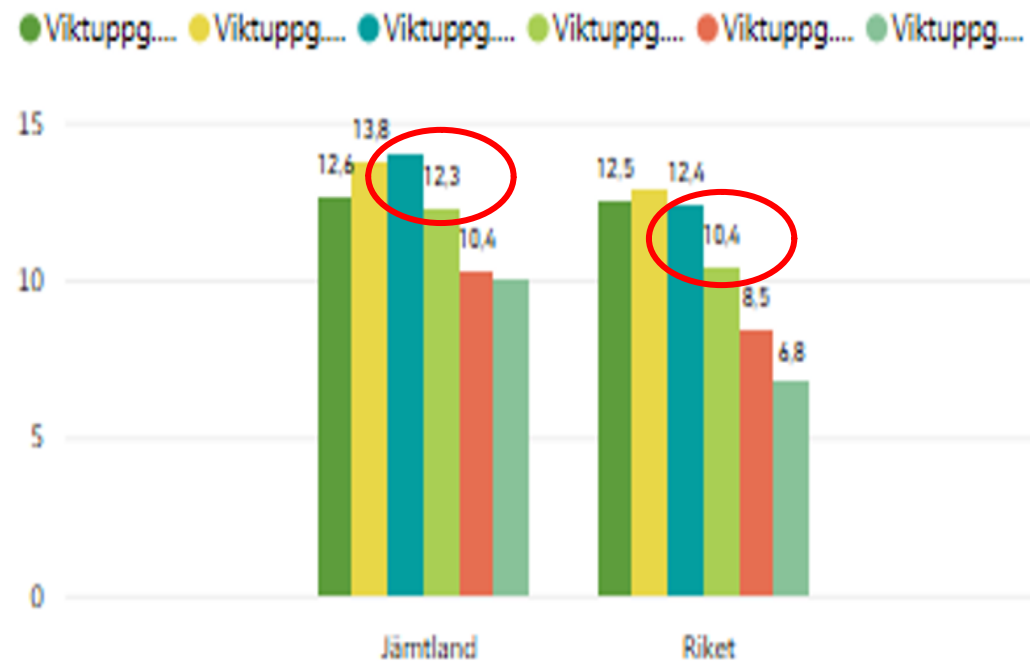
Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland

Härjedalen

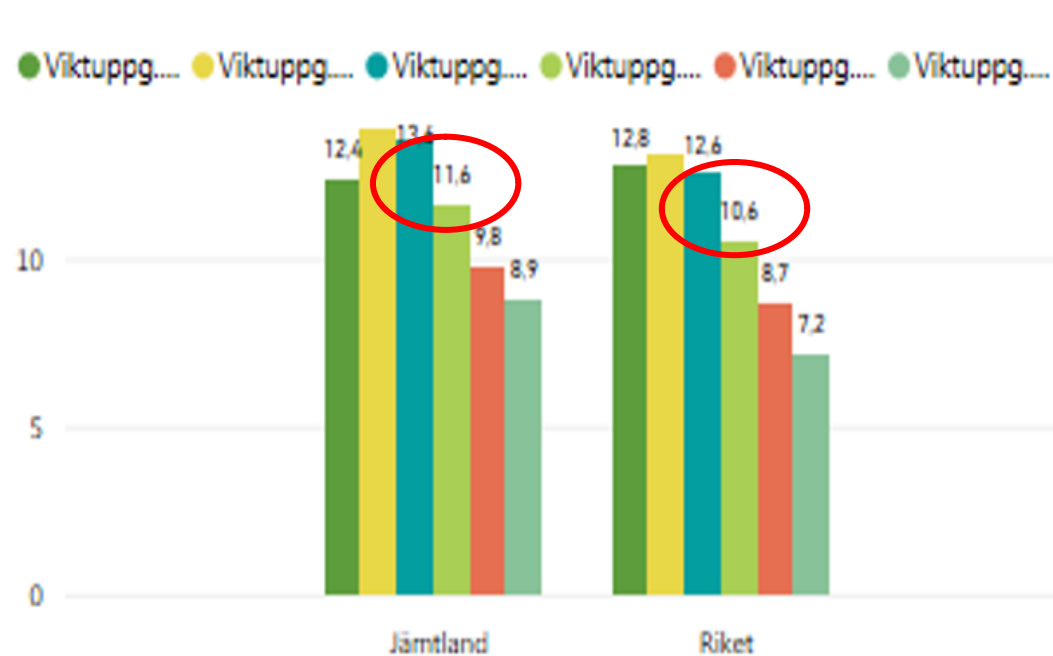
Viktuppgång under graviditet, förlösta 2016

BMI <18,5 18,5- <25 25- <30 30- <35 35 - <40 - < 40



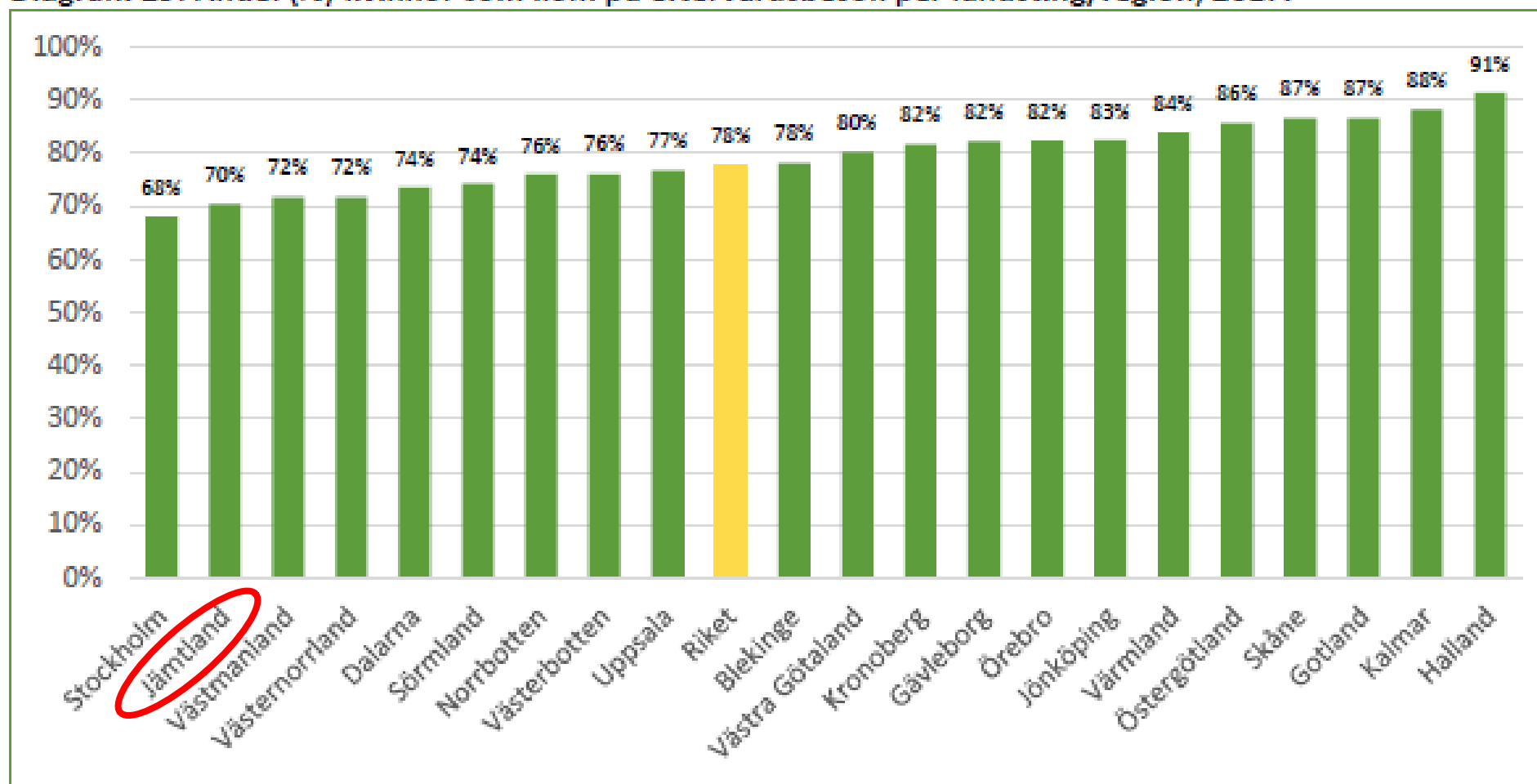
Viktuppgång under graviditet, förlösta 2017

BMI <18,5 18,5- <25 25- <30 30- <35 35 - <40 - < 40



Mödrahälsovården Region Jämtland

Diagram 29. Andel (%) kvinnor som kom på eftervårdsbesök per landsting/region, 2017.



Källa: Graviditetsregistret

Mödrahälsovården Region Jämtland Härjedalen

Eftervårdsbesök inom Mödrahälsovård

Förstföderskor var mer benägna än omföderskor att komma på eftervårdsbesök, det gällde även kvinnor med universitets/högskoleutbildning. De som i lägre utsträckning kom på eftervårdsbesök inom mödrahälsovård fyra till sexton veckor efter förlossningen var: tonårsmödrar samt kvinnor 35 år eller äldre, de med lägre utbildningsnivå, kvinnor födda utanför Europa, arbetslösa/sjukskrivna kvinnor samt de som inte skattade sin hälsa som bra eller mycket bra före graviditeten, se tabell 20.

Mödrahälsovården Region Jämtland Härjedalen

- Preventivt arbete i tider då man måste prioritera

Resultat hälso- och sjukvårdsbarometern 2017

- Om undersökningen.
- Fakta om respondenterna.
- Jämförelser landsting/regioner samt riket.
- Sammanfattning resultat region Jämtland Härjedalen.

Controller: Lotta Hagberg



Om undersökningen

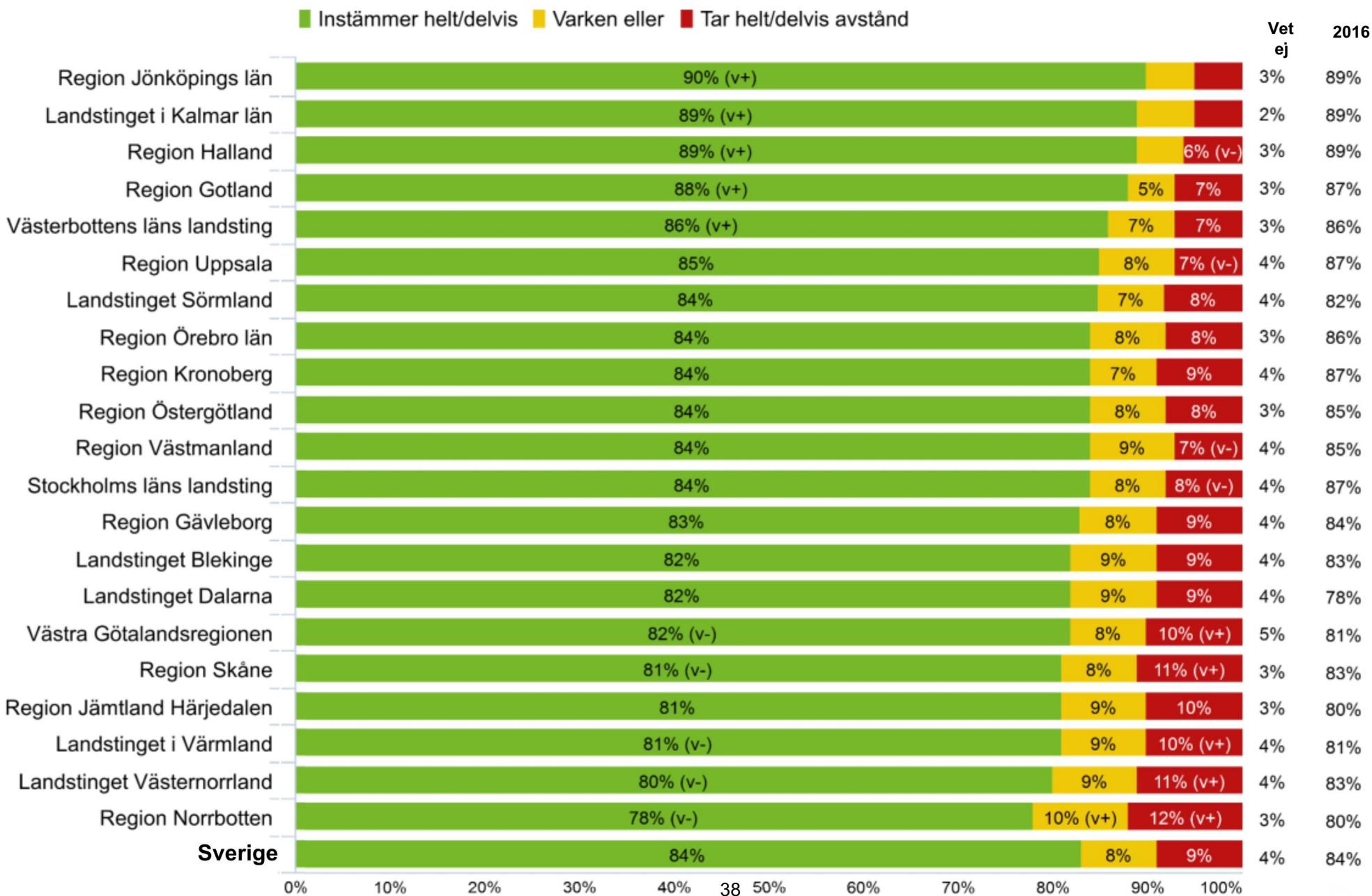
- Vill spegla hur befolkningen uppfattar hälso- och sjukvården.
- Riktat sig till den vuxna befolkningen 18 år och äldre.
- Frågor om tillgång till hälso- och sjukvård, förtroendefrågor, att-tityder till väntetider samt huruvida vård ges på lika villkor.
- Mixad insamlingsmetod, via telefonintervjuer och webbenkät. 2016 års resultat utgångsvärden.
- Slumpmässigt urval.

Fakta om respondenterna

- 1000 svar regionen (riket cirka 40 000 svar)
- 48 procent kvinnor, 52 procent män.
- Äldre, 60+ något överrepresenterade
- Överlag god representativitet

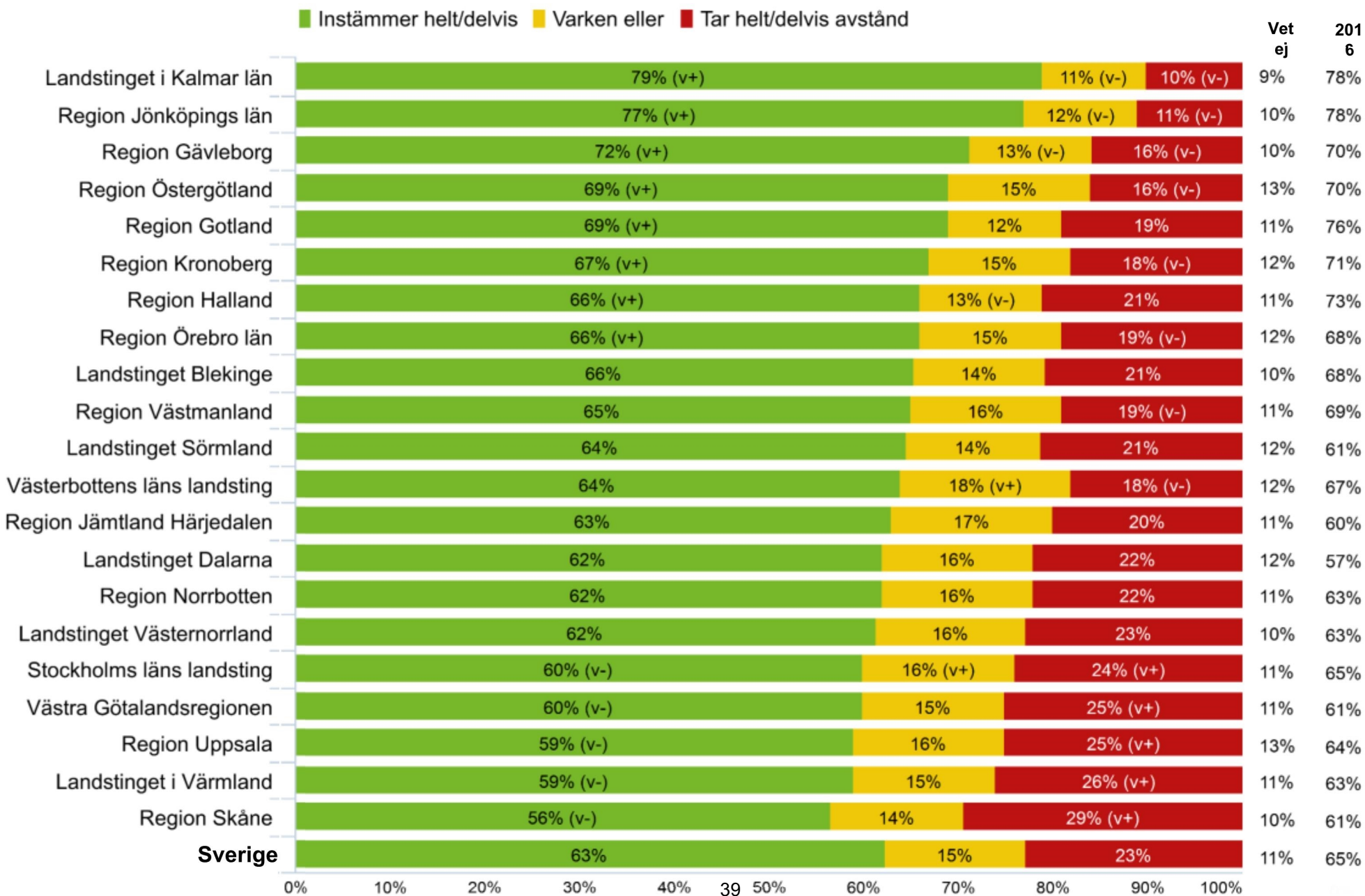


Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver



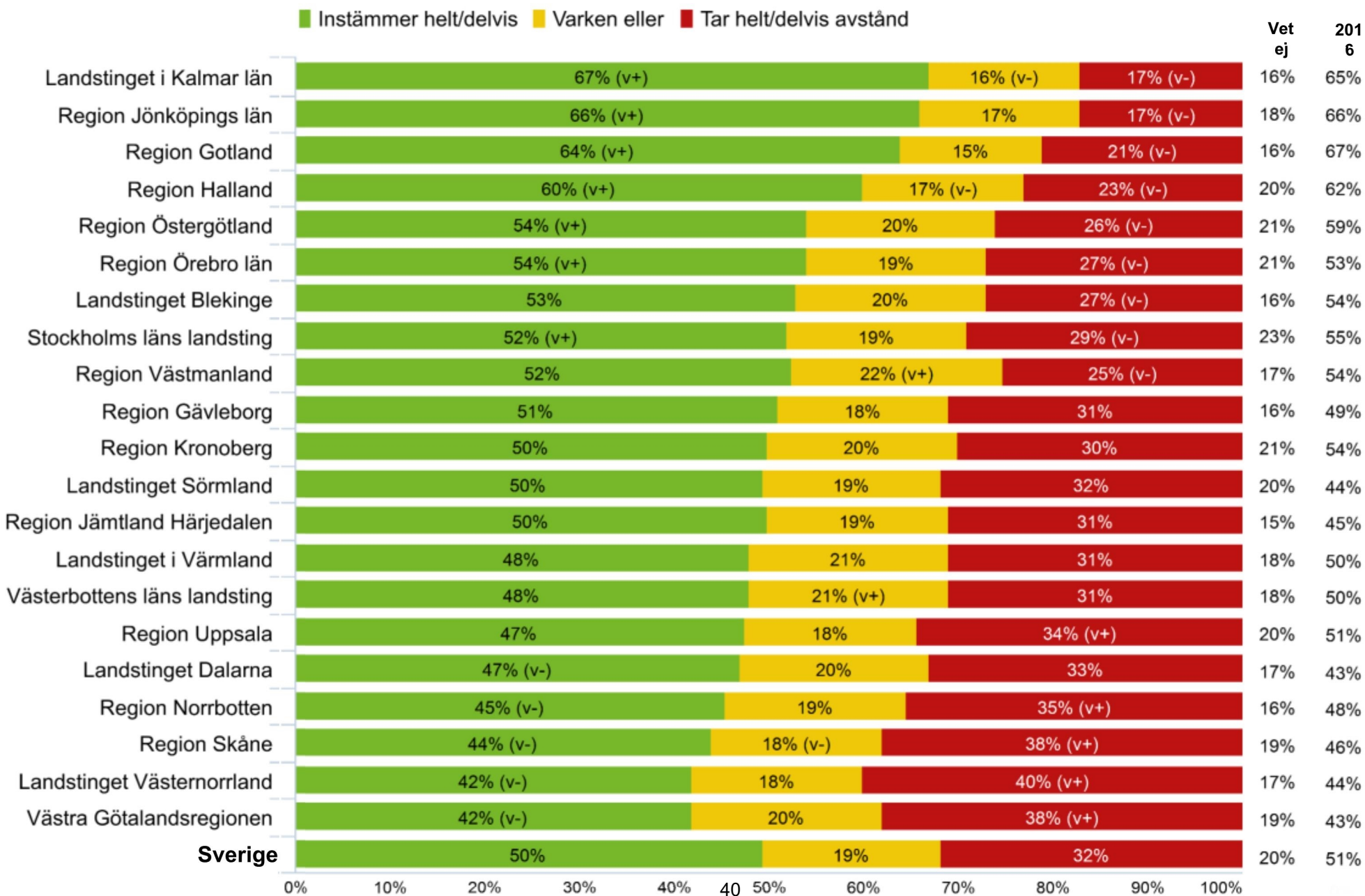
v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

I min region/mitt landsting är väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler rimliga



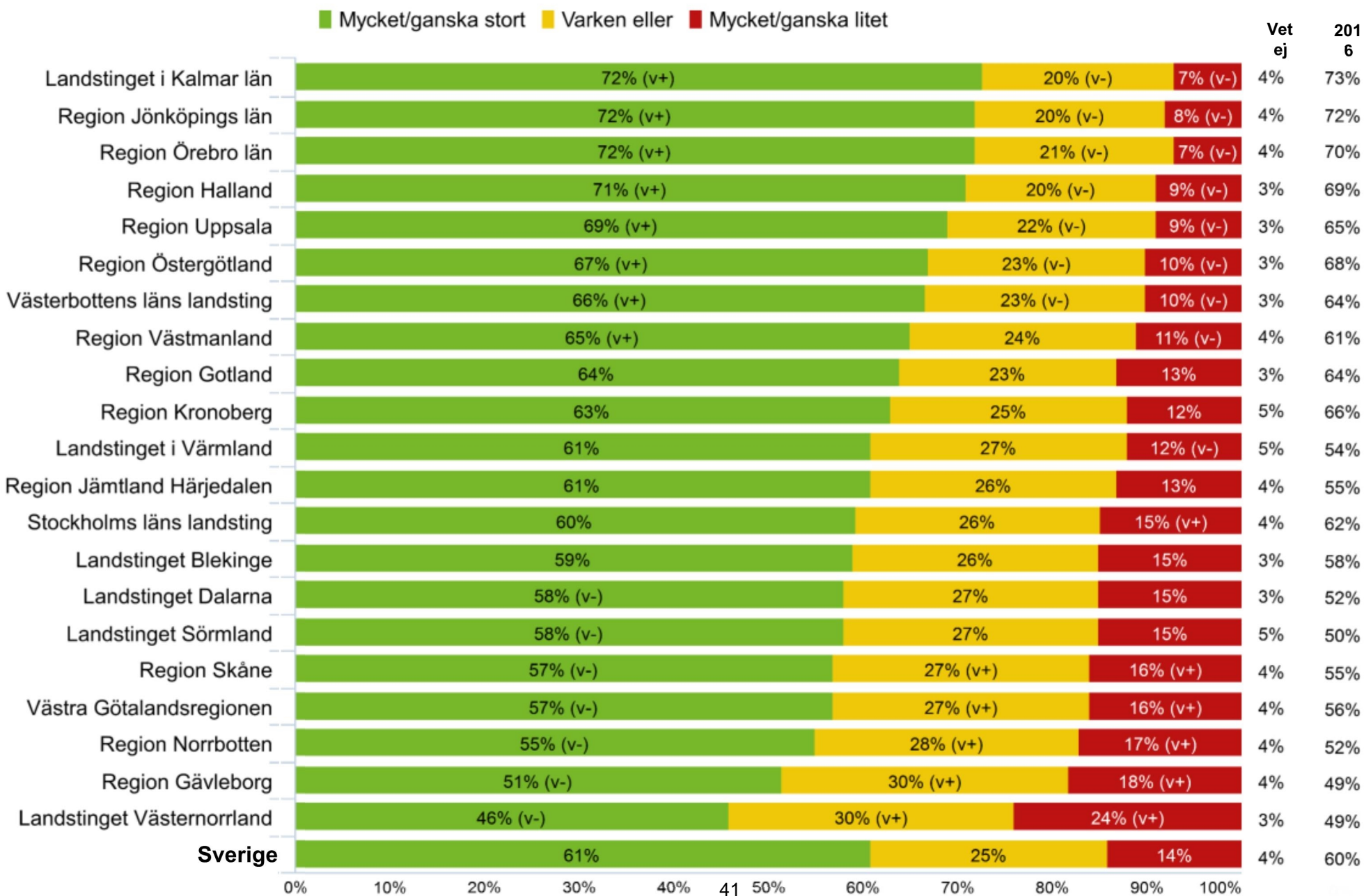
v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

I min region/mitt landsting är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga



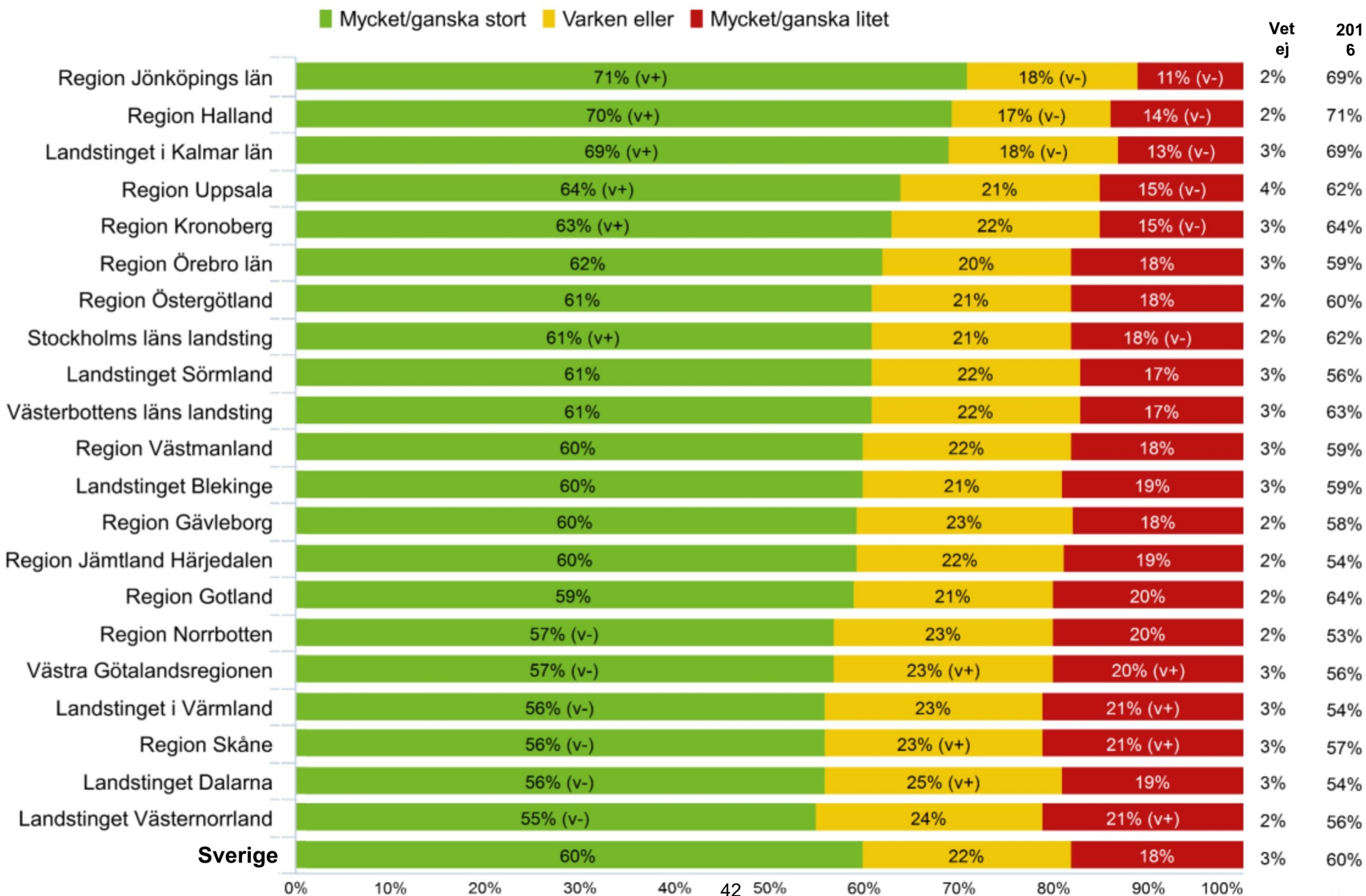
v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Hur stort eller litet förtroende har du för hälso- och sjukvården i sin helhet i din region/ditt landsting?



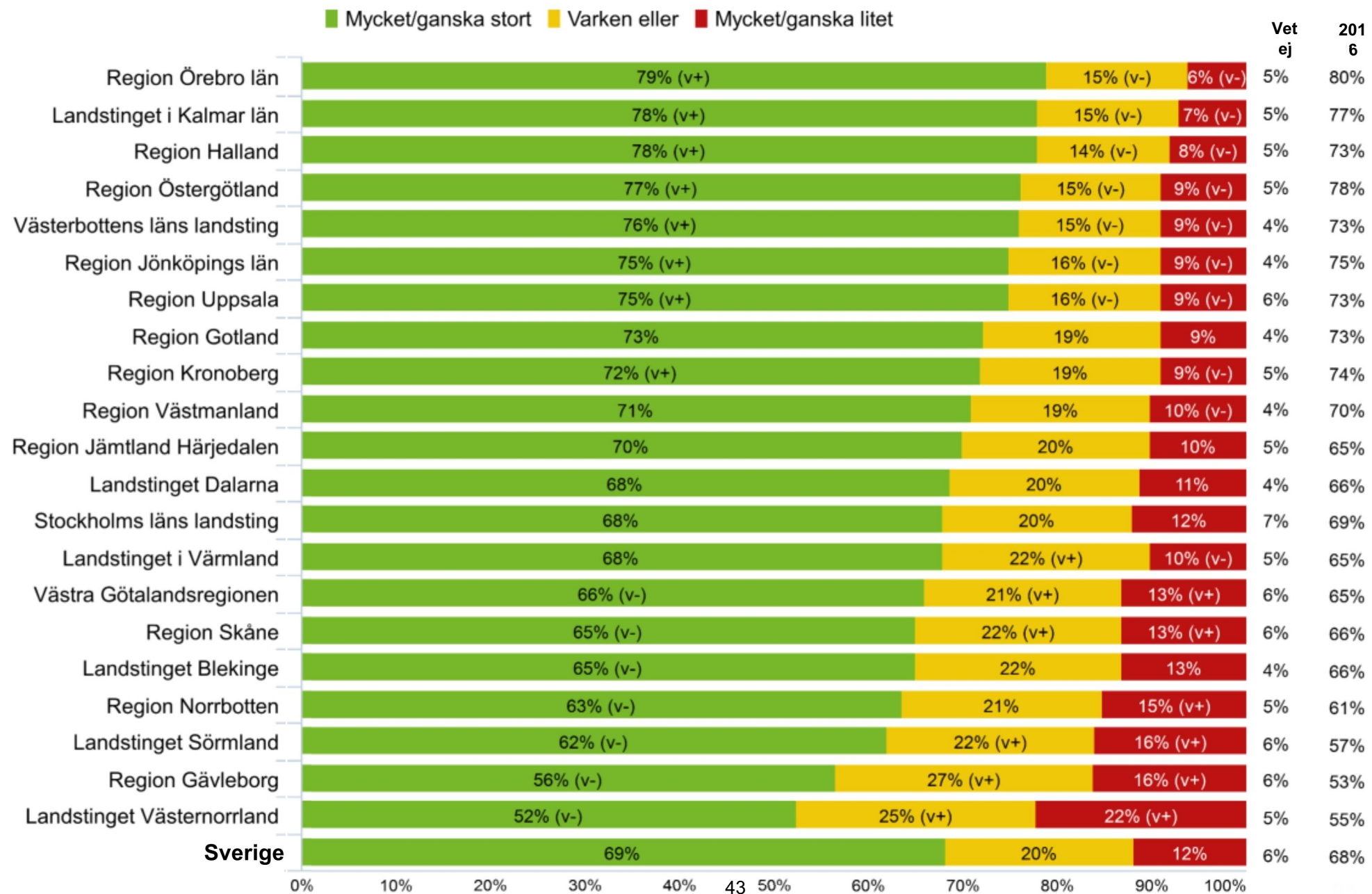
v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Hur stort eller litet förtroende har du för hälso-/vårdcentraler i din region/ditt landsting?



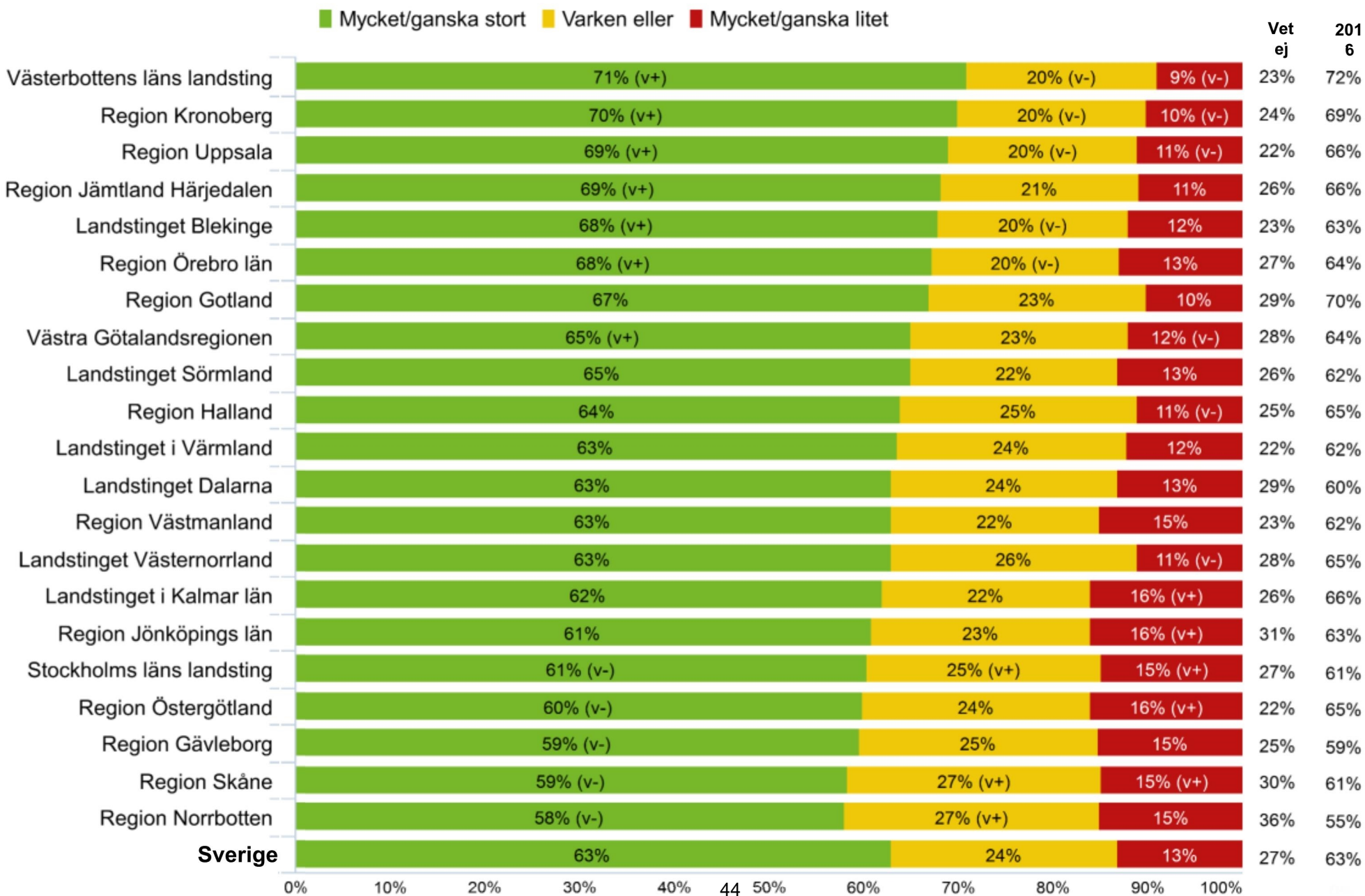
v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Hur stort eller litet förtroende har du för sjukhusen i din region/ditt landsting?



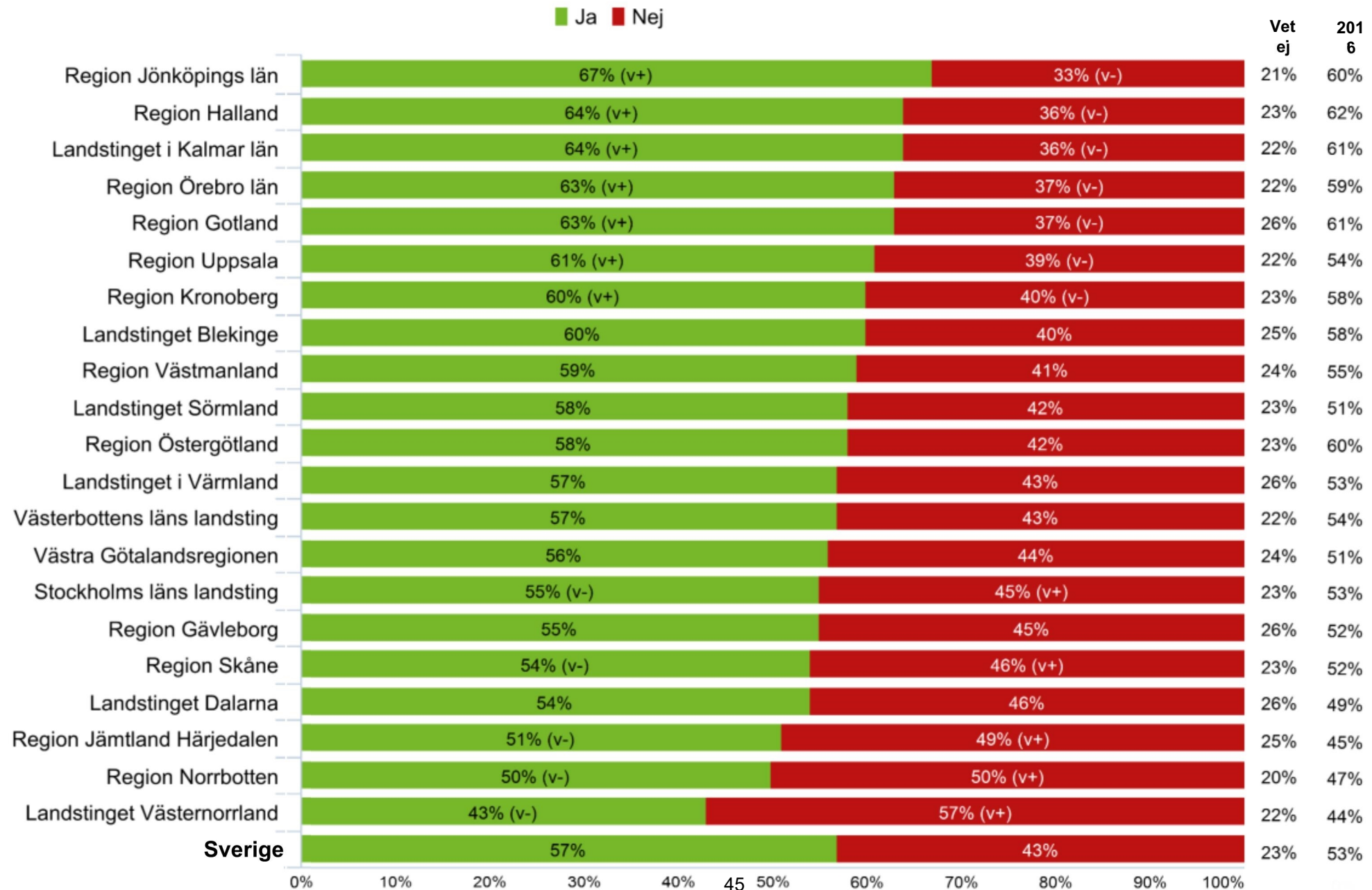
v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Hur stort eller litet förtroende har du för 1177 Vårdguidens råd och hjälp om hälsa och vård via telefon, 1177?



v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Uppfattar du att vården ges på lika villkor, dvs. att behovet av vård avgör, inte något annat?

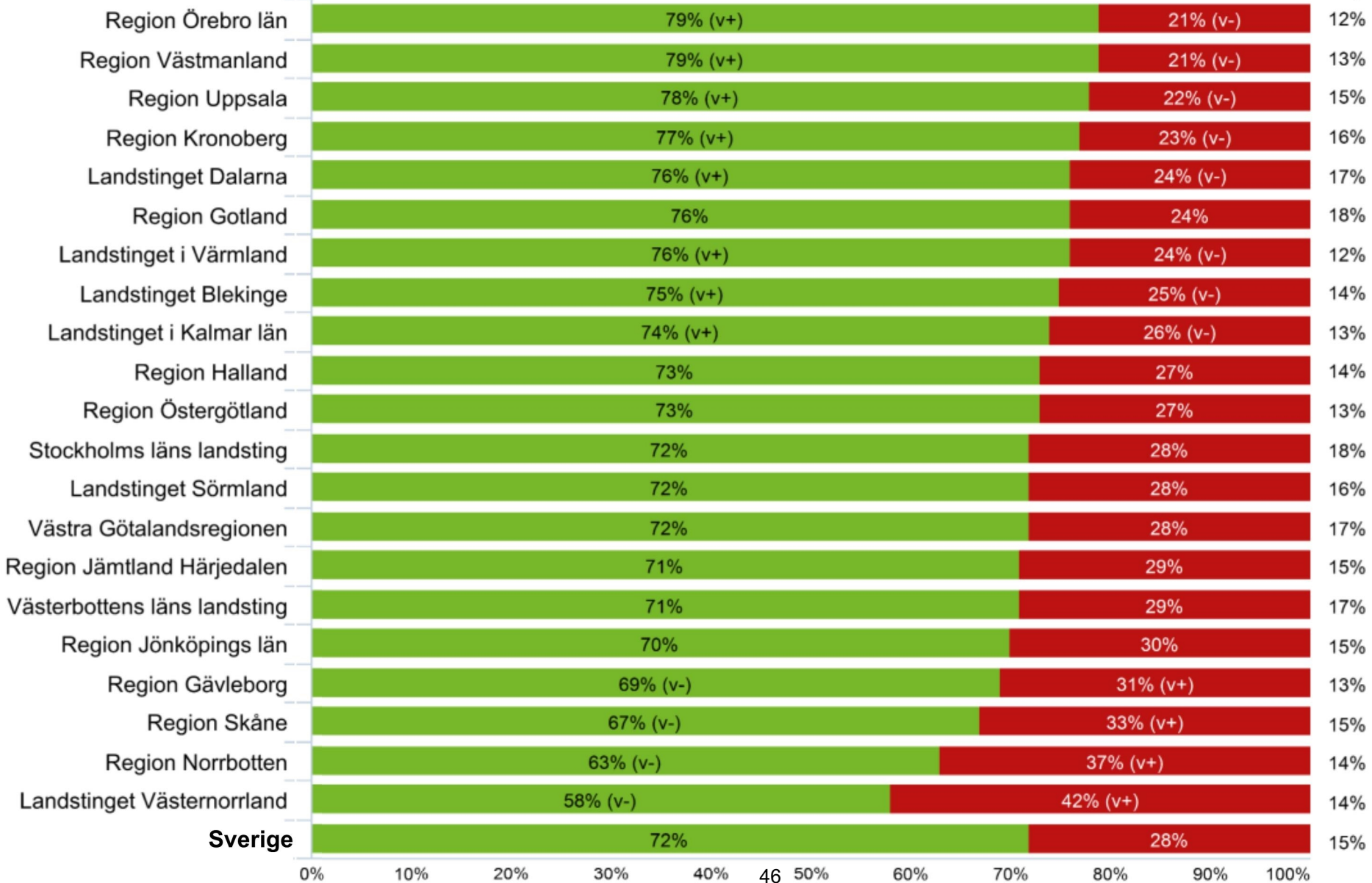


v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

På en del håll i landet koncentrerar man vissa operationer och behandlingar till några enstaka sjukhus för att förbättra kvaliteten. Tycker du att en sådan utveckling är bra, även om det innebär längre resor för dig?

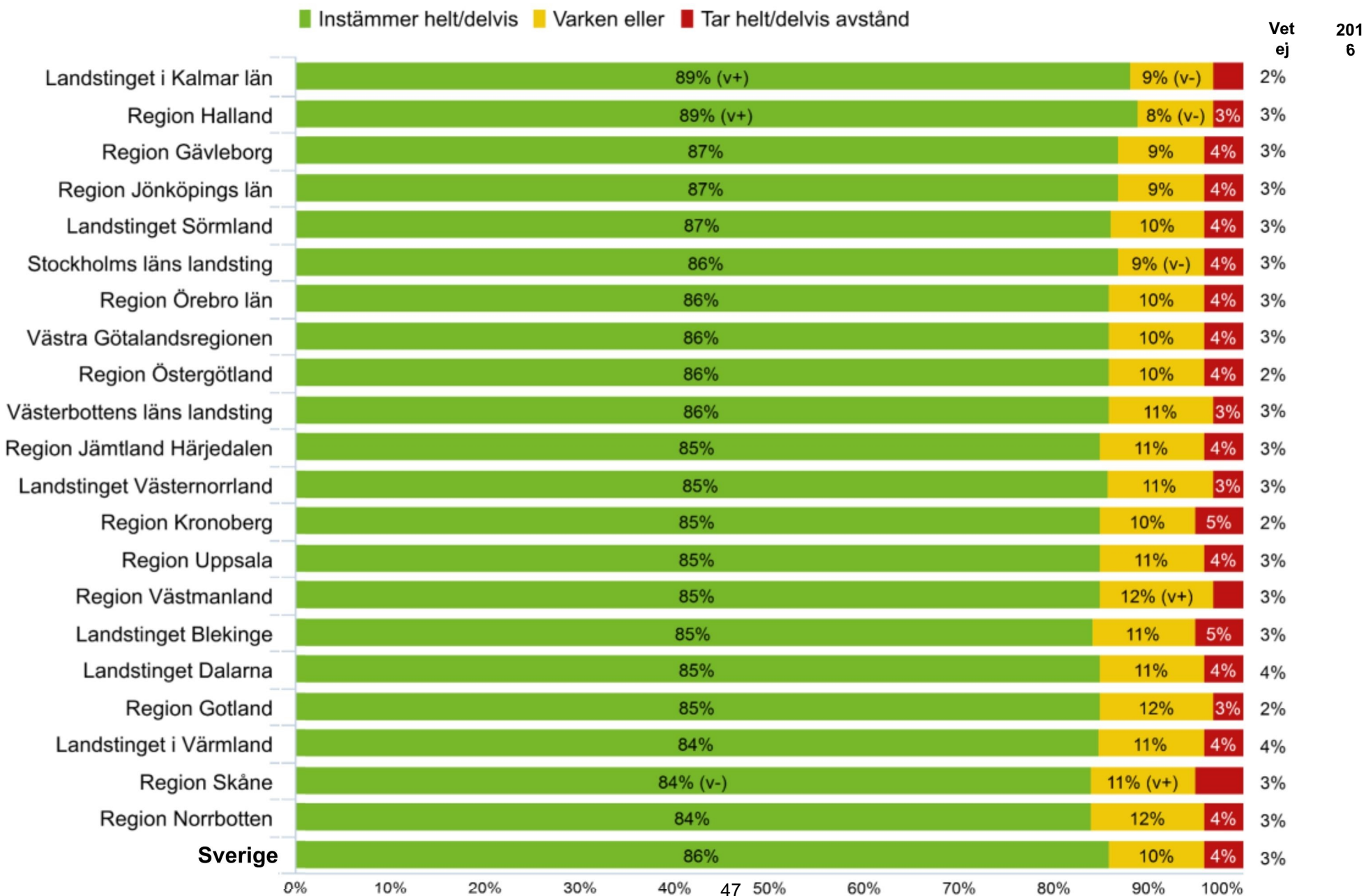
■ Ja ■ Nej

Vet
ej 201
6



v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Det är positivt om läkare eller annan vårdpersonal diskuterar mina levnadsvanor med mig



v+ = Värdet är med 95 % säkerhet högre än rikssnittet v- = Värdet är med 95 % säkerhet lägre än rikssnittet

Sammanfattning

- En majoritet av medborgarna anser att de har tillgång till den hälso-och sjukvård de behöver.
- En högre andel instämmer i att väntetider till sjukhus är rimliga jämfört med föregående mätning.
- Jämtland Härjedalen uppvisar en högre andel som är positiva gällande förtroende för HC, sjukhus och vården i sin helhet jämfört med år 2016.
- 7 av 10 har ett stort förtroende för 1177 Vårdguiden via telefon. Ett resultat som är högre än genomsnittet för riket.
- Samtidigt är det en förhållandevis hög andel som inte håller med om att väntetider är rimliga eller uppfattar att vården ges på lika villkor.
- Ålder och hälsotillstånd är faktorer som i undersökningen har betydelse för vilken attityd de svarande har till hälso- och sjukvården.

Resultat nationell patientenkät- primärvården 2017

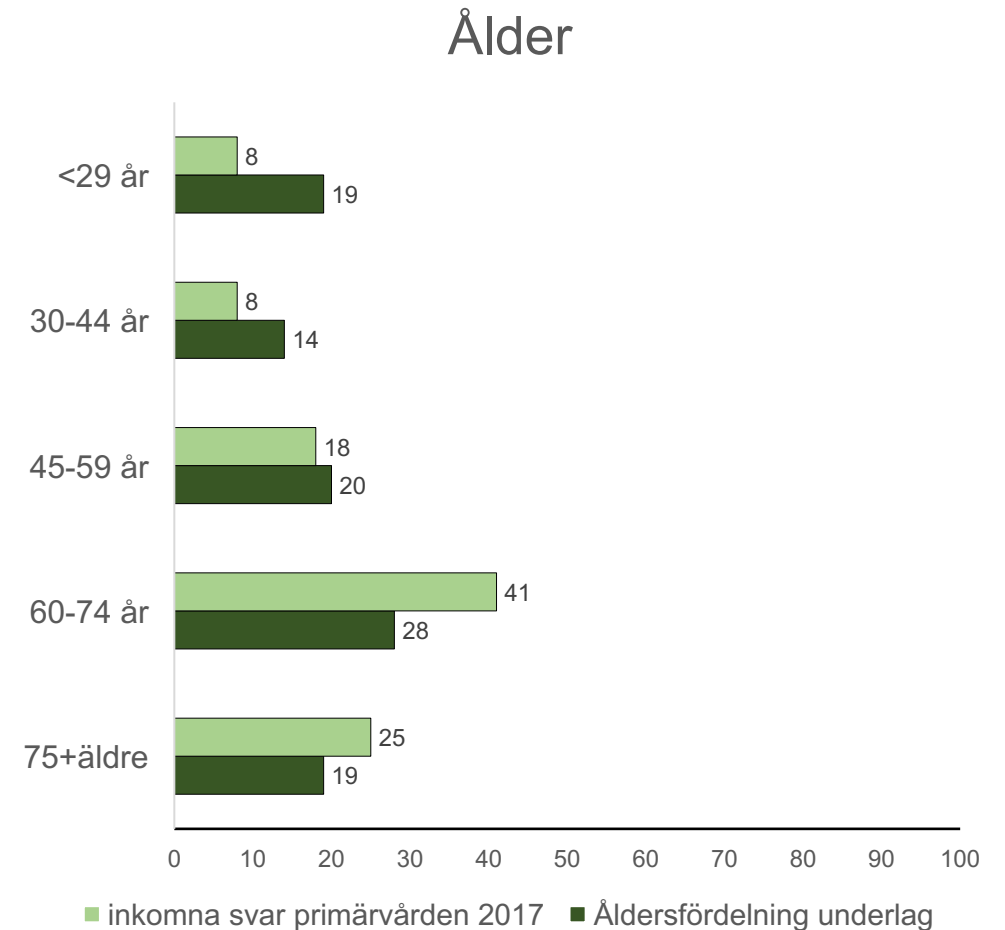
- Om undersökningen
- Fakta om respondenterna.
- Resultat region Jämtland Härjedalen, jämförelser med riket, över tid, hc, ålder, kön.
- Öppna svar.

Om undersökningen

- Vartannat år nationellt gemensamma mätningar av patientupplevd kvalitet inom primärvård (läkarbesök)
- Syfte förbättra och utveckla vården utifrån patienters erfarenheter samt upplevelser utifrån patienternas perspektiv.
- Datainsamling nov-jan 2017/2018
- Slumpmässigt urval utifrån genomströmning.
- Nytt sätt att mäta sedan 2015 (senaste mätning)
- fångas i sju dimensioner: helhetsintryck, emotionellt stöd, delaktighet och involvering, respekt och bemötande, kontinuitet och koordinering, information och kunskap samt tillgänglighet.

Fakta om respondenterna

- 4200 enkäter skickades ut, 1700 svar.
- Svarsfrekvens: 40 procent. (Något lägre än vid föregående mätning).
- 56 procent kvinnor, 44 procent män (vilket speglar besöksunderlaget).
- Äldre överrepresenterade.



Mäts i sju dimensioner



Emotionellt stöd

Dimensionen avser att belysa om patienten upplever att personalen/behandlaren är aktiva och lyhörda inför patientens oro, ångest, farhågor, rädsla eller smärta och tillgängliga och stödjande på ett för patienten tillfredställande sätt.



Information och kunskap

Dimensionen avser belysa hur väl patienten upplever att vården förmår informera/kommunicera på ett sätt som är anpassat utifrån individuella förutsättningar och på ett proaktivt sätt. Det rör exempelvis information om förseningar/väntetider, att patienten får svar på frågor på ett begripligt sätt, blir informerad om behandling/medicinering/biverkningar/varningssignaler att vara uppmärksam på etc. Dimensionen avser även belysa patientens upplevelse av hur väl närstående involveras.



Delaktighet och involvering

Dimensionen avser belysa huruvida patienten upplever sig involverad och delaktig i sin vård och beslut som rör vården. Dimensionen innehåller perspektiv som belyser läkarinitiativet och patientönskan samt i vilken utsträckning patienten upplever att behandlaren tog hänsyn till önskemålen.



Kontinuitet och koordinering

Dimensionen avses belysa patienternas upplevelse av vårdens förmåga till kontinuitet och koordinering. Detta innebär hur väl individens vård samordnas internt såväl som externt. Parametrar som följs upp är exempelvis hur patienterna upplever personalens förmåga att samarbeta med varandra i relation till patienten. Dimensionen innehåller även uppföljning av patientönskan avseende kontinuitet.



Tillgänglighet

Dimensionen avser belysa patientens upplevelse av vårdens tillgänglighet avseende både närhet, kontaktvägar samt personalens tillgänglighet för patienten såväl som för anhöriga.



Respekt och bemötande

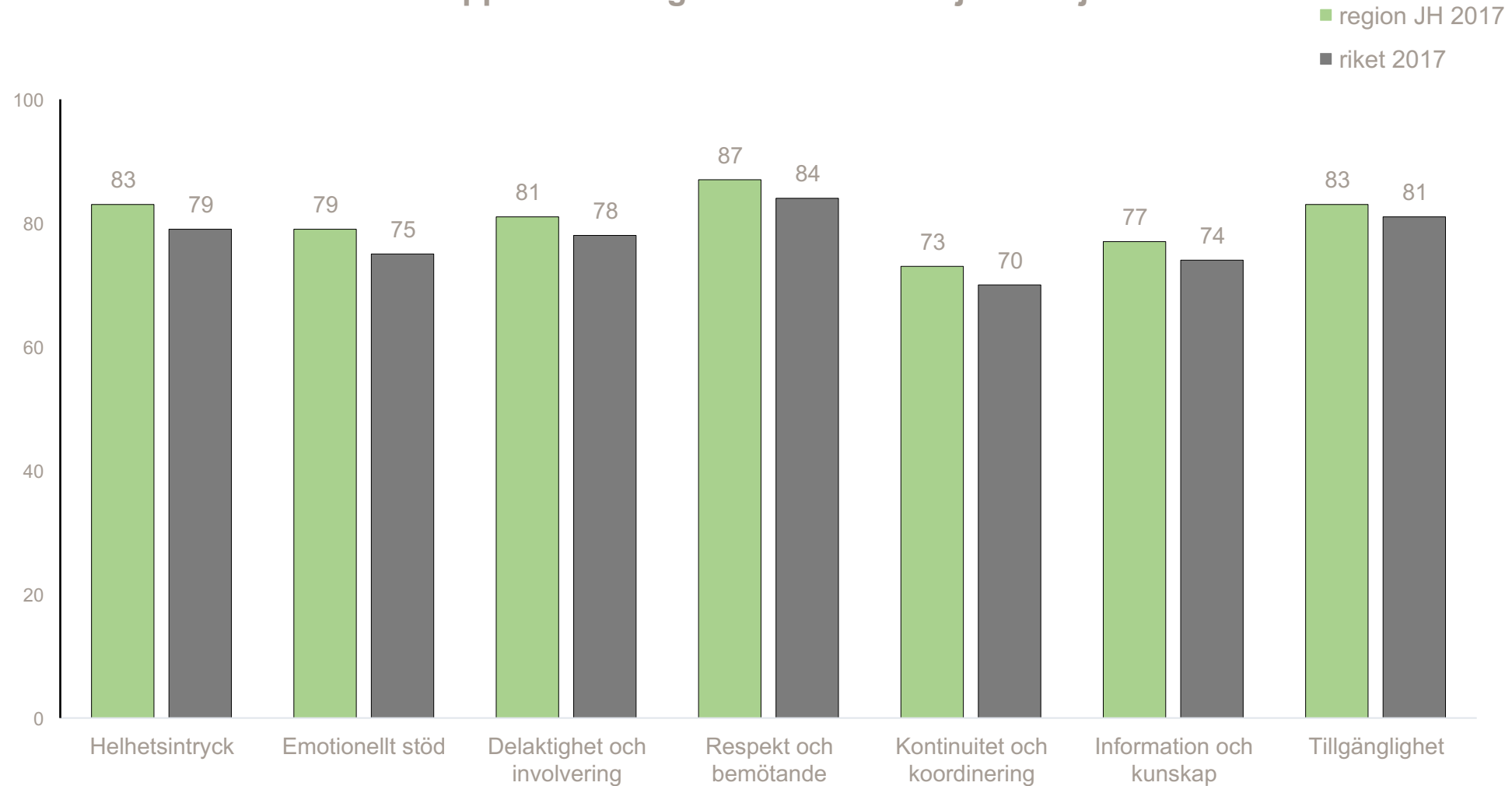
Dimensionen avser belysa patientens upplevelse av vårdens förmåga till ett bemötande anpassat till individuella behov och förutsättningar. Parametrar som följs upp är exempelvis huruvida bemötandet präglats av respekt utifrån allas lika värde, medkänsla, engagemang och/eller omsorg. Denna dimension är närbesläktad dimensionen Delaktighet och involvering.



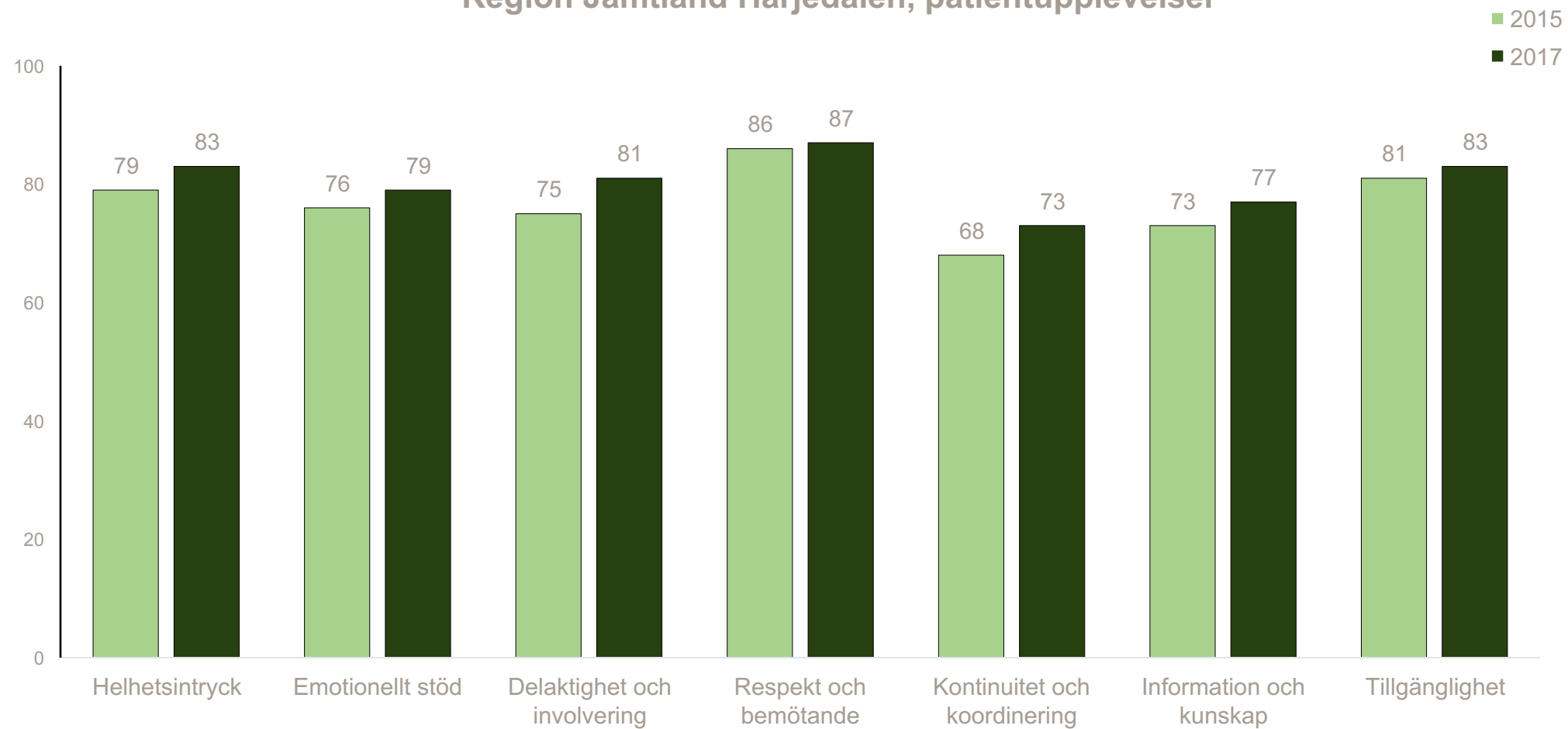
Helhetsintryck

Dimensionen avser belysa patientens upplevelse av vården sett till helhetsaspekten, övergripande förväntansstyrda faktorer, upplevd effektivitet och upplevt utfall, omhändertagande och trygghet.

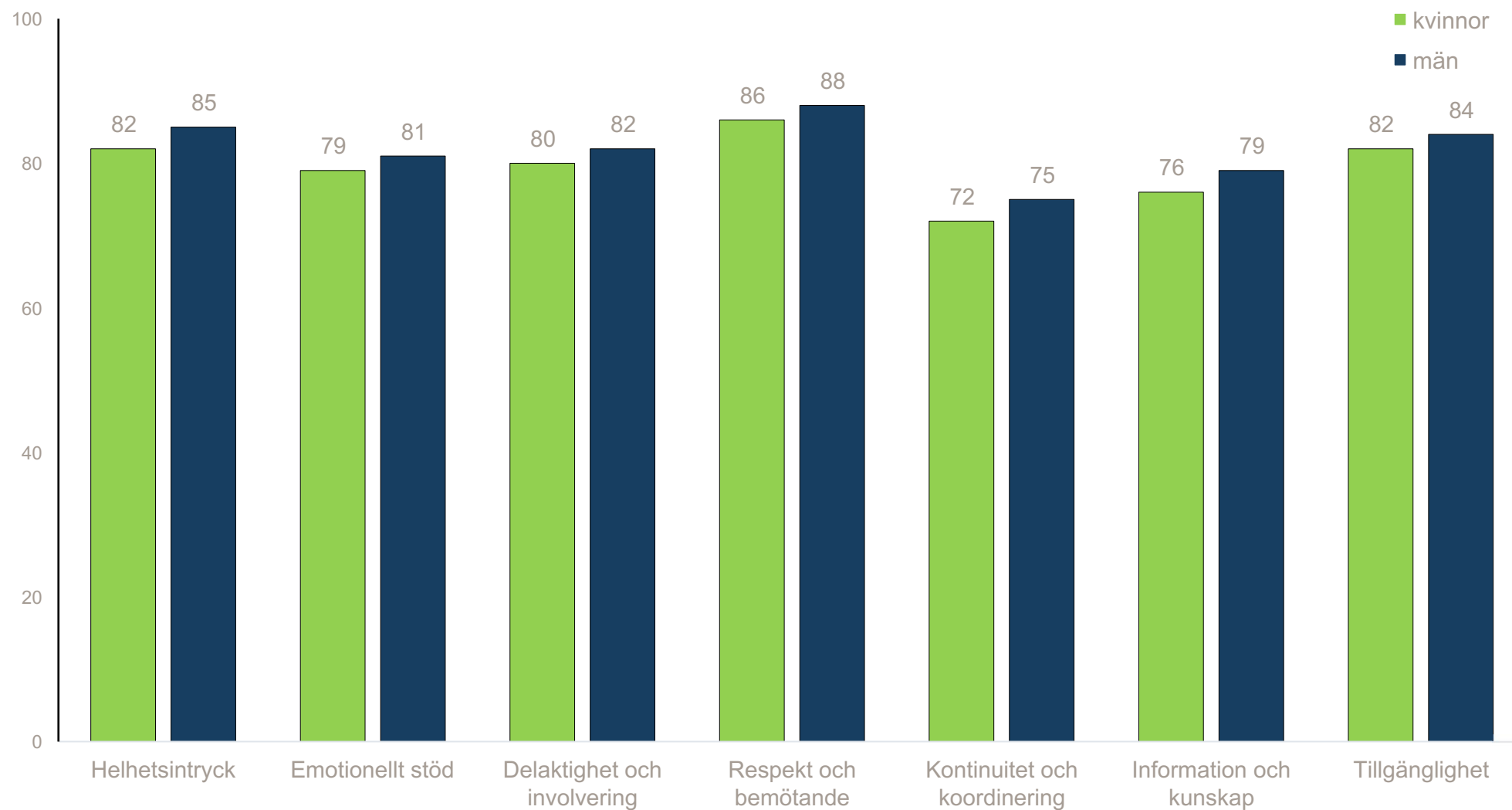
Patientupplevelser region Jämtland Härjedalen jmf riket 2017



Region Jämtland Härjedalen, patientupplevelser

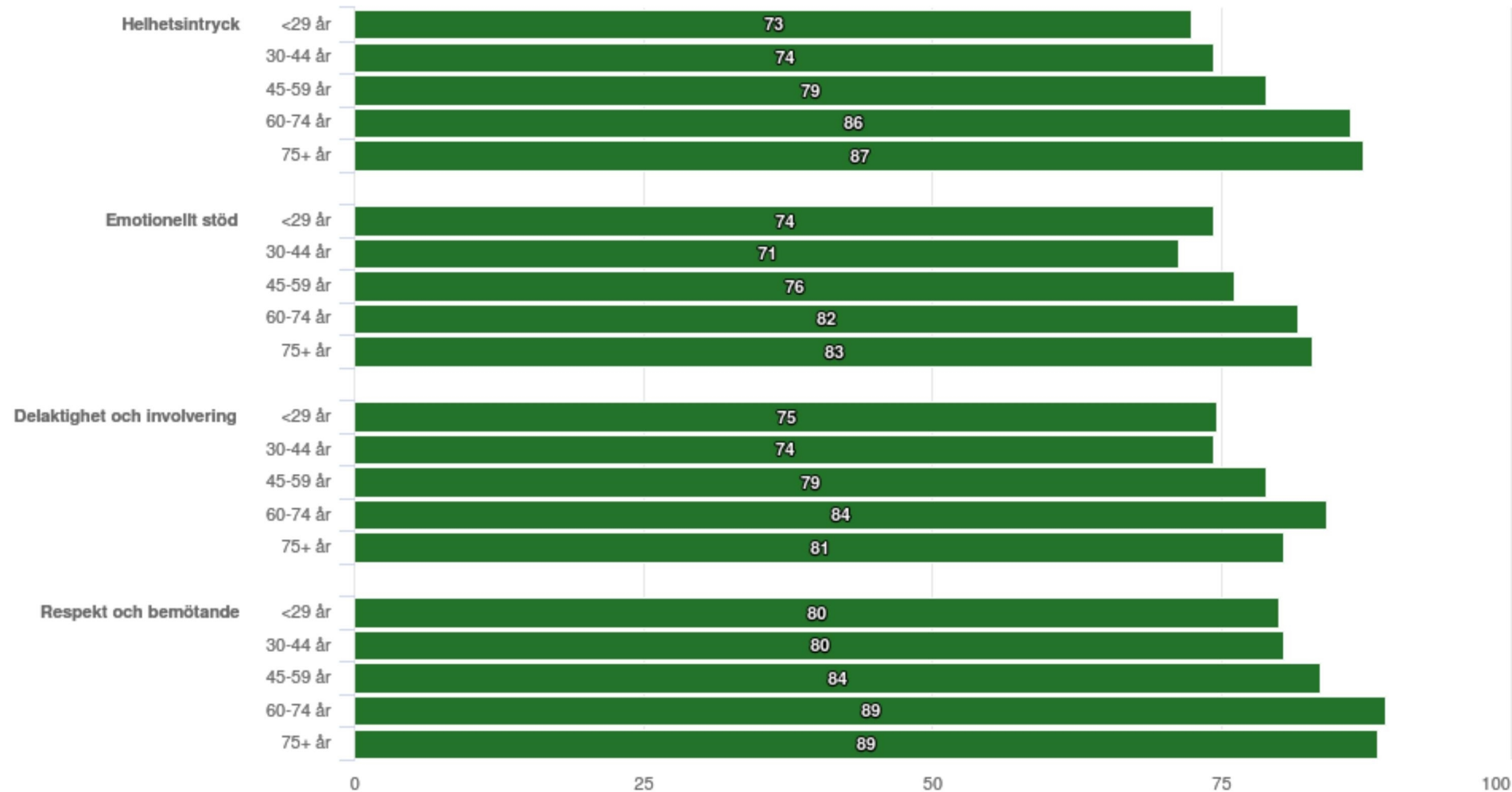


Patientupplevelser region Jämtland Härjedalen, män och kvinnor (2017)



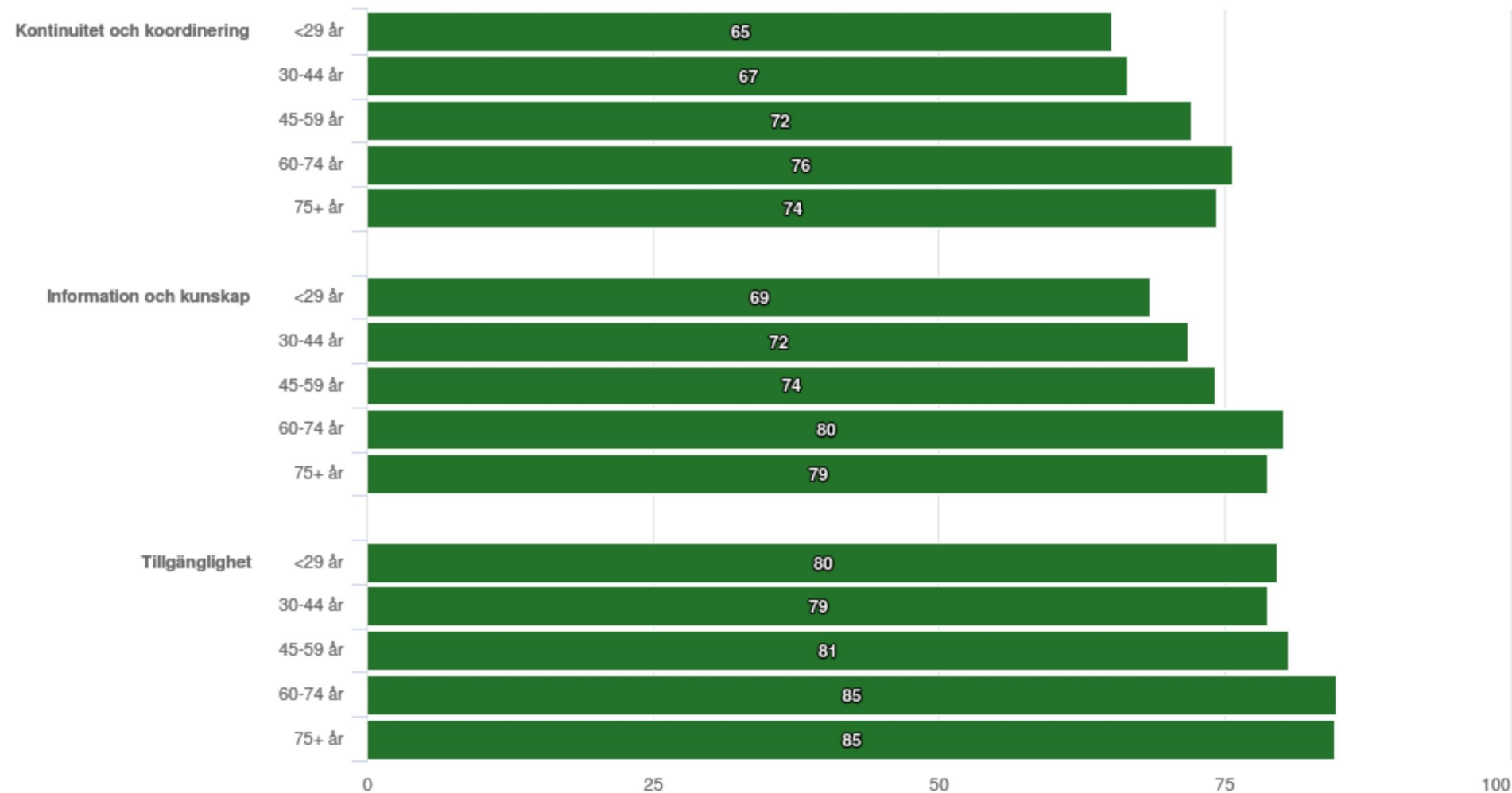
Region Jämtland Härjedalen 2017

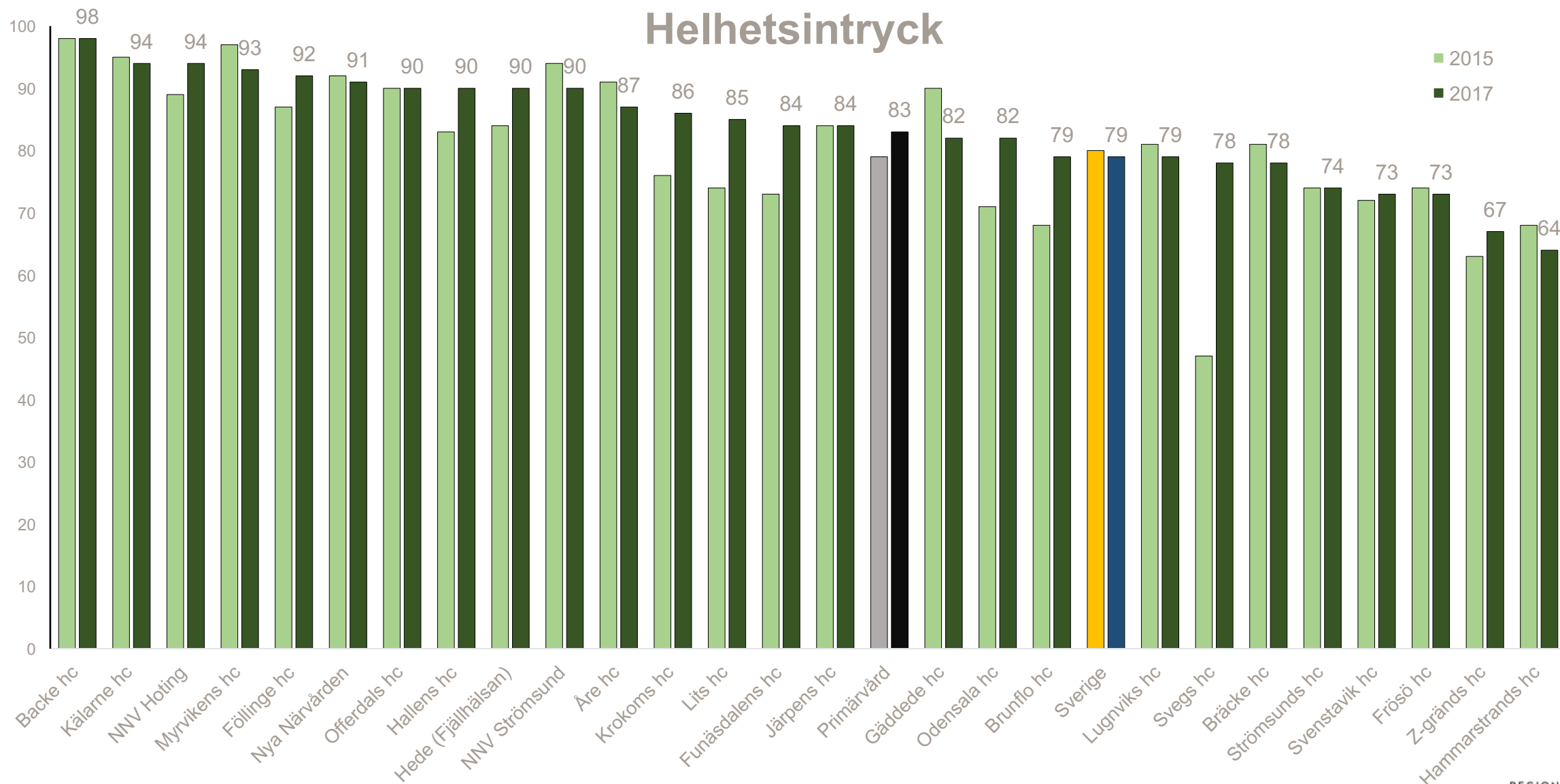
dimensionerna fördelat på ålder



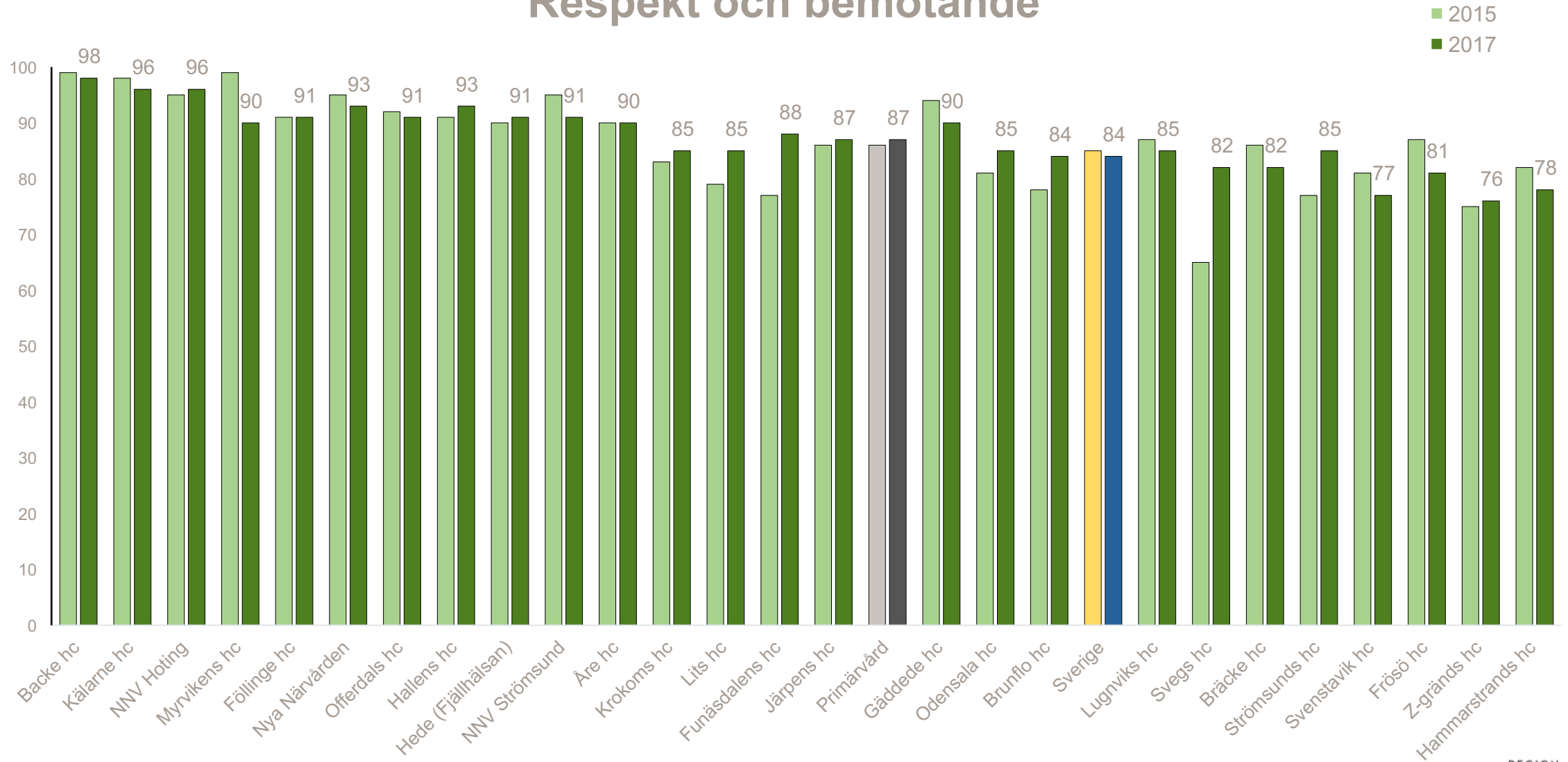
Region Jämtland Härjedalen 2017

dimensionerna fördelat på ålder

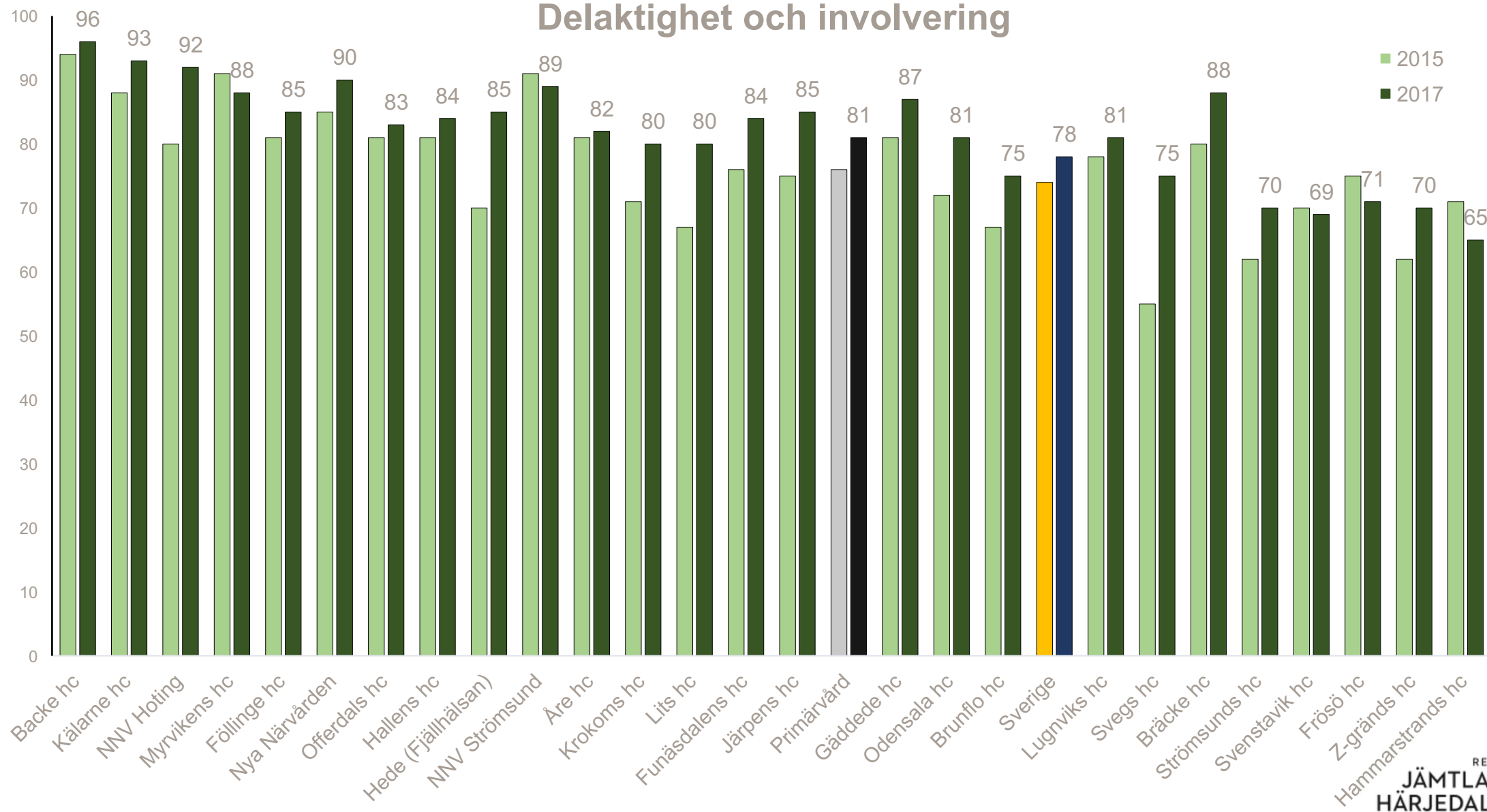




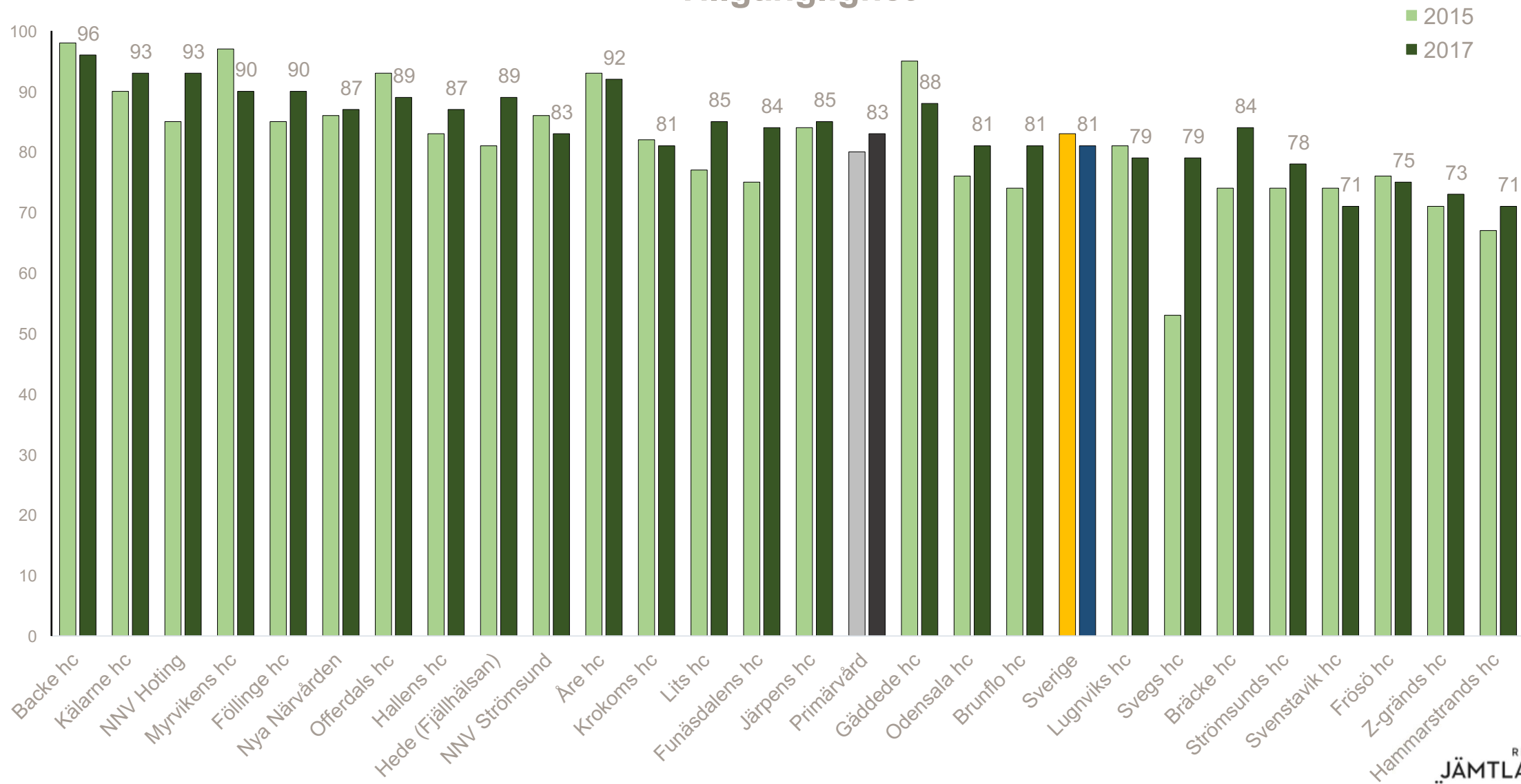
Respekt och bemötande



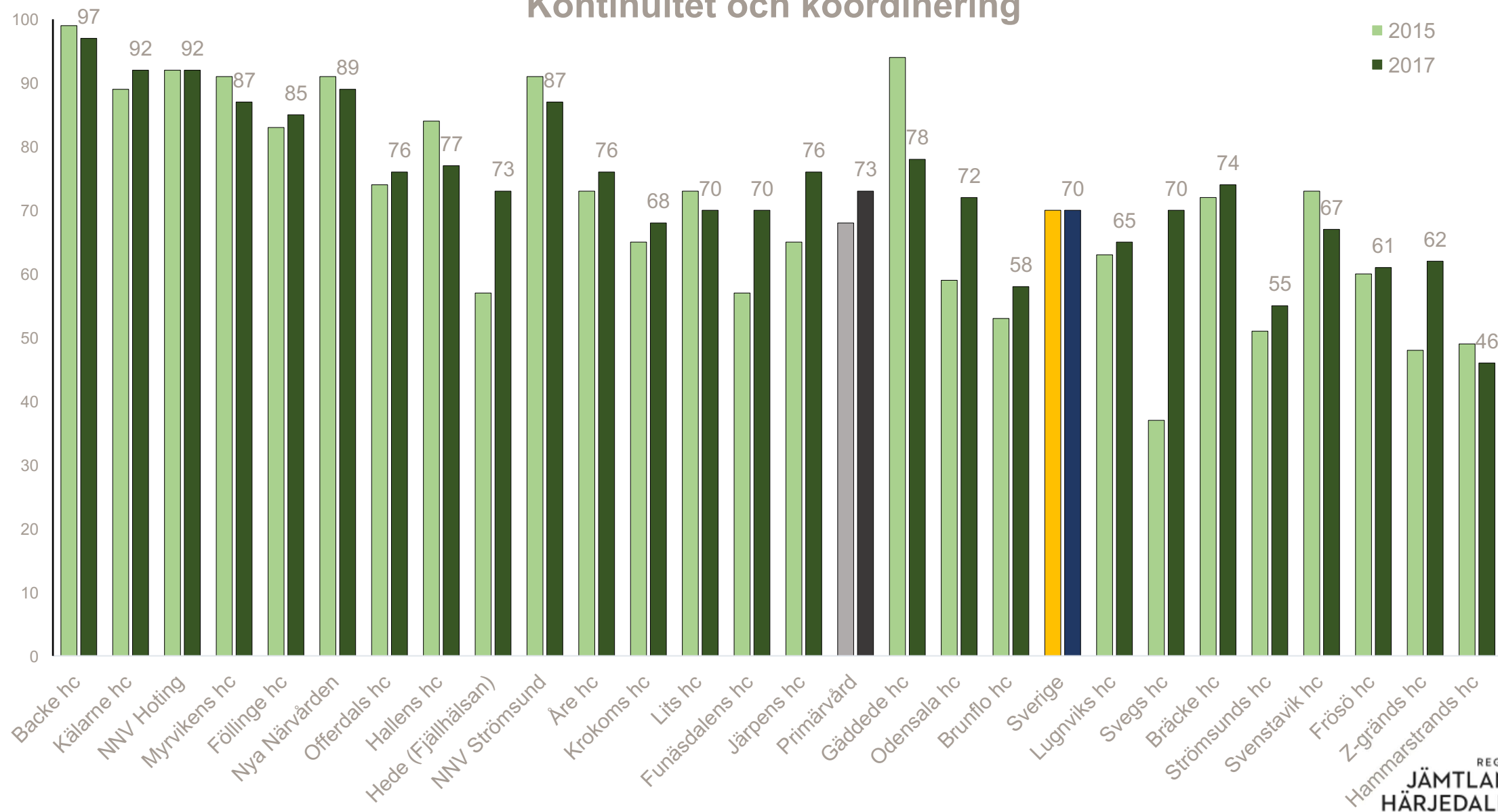
Delaktighet och involvering



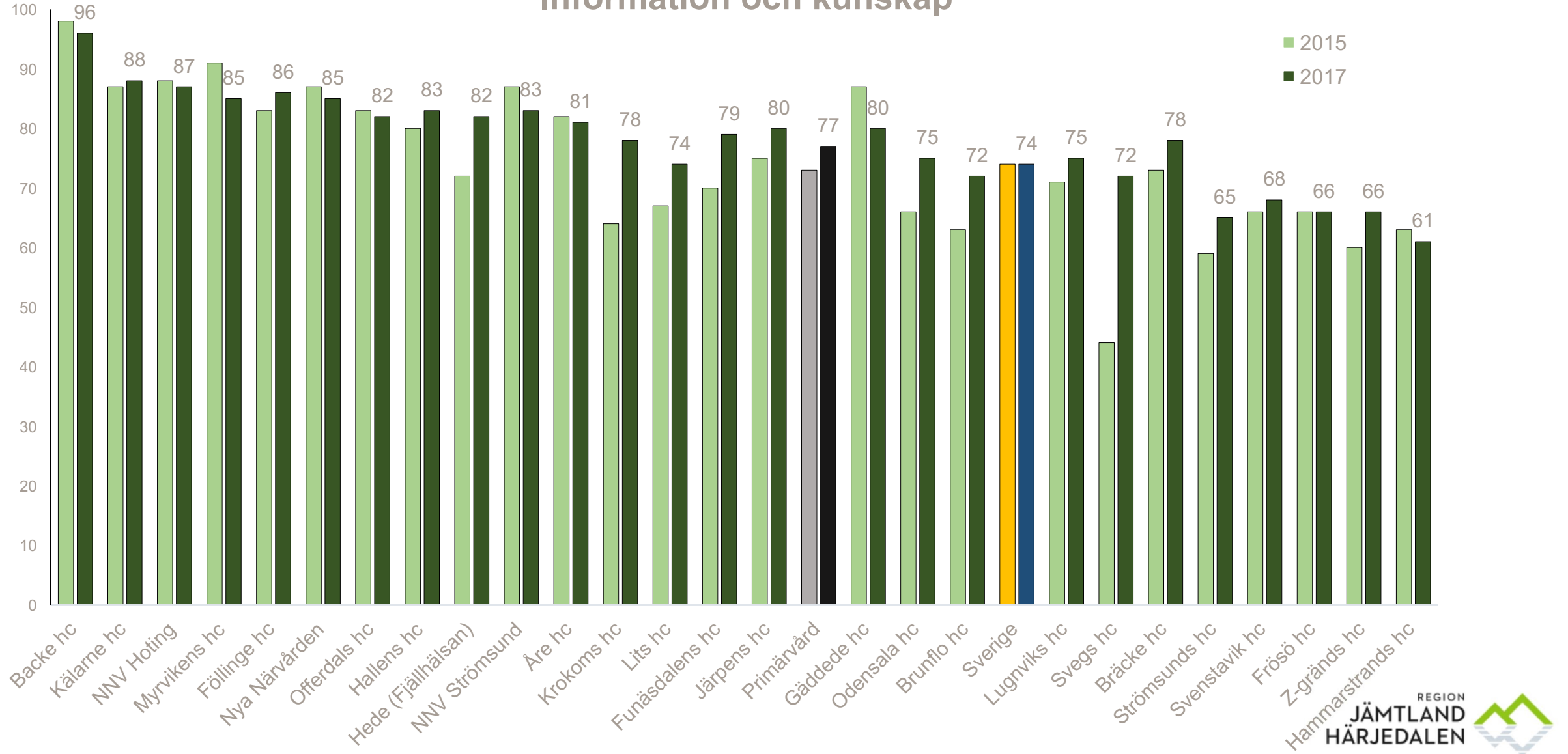
Tillgänglighet



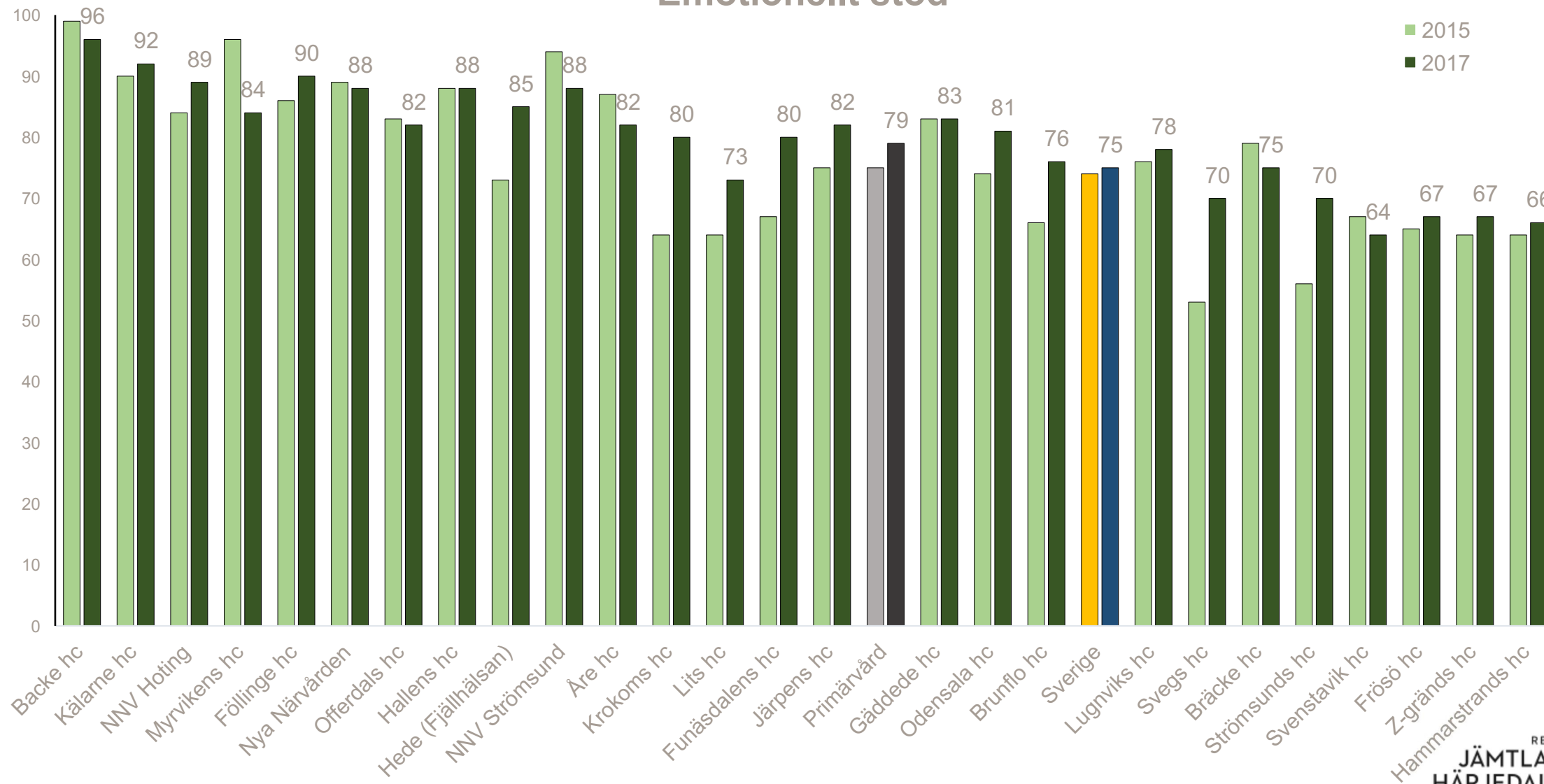
Kontinuitet och koordinering



Information och kunskap

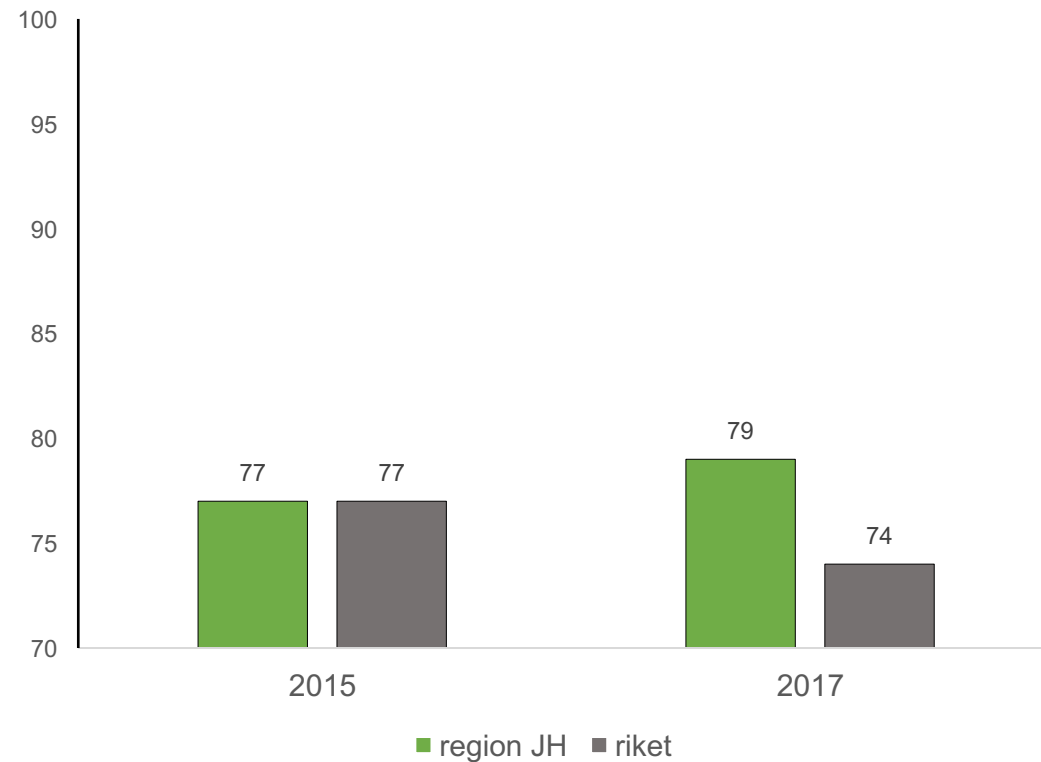


Emotionellt stöd

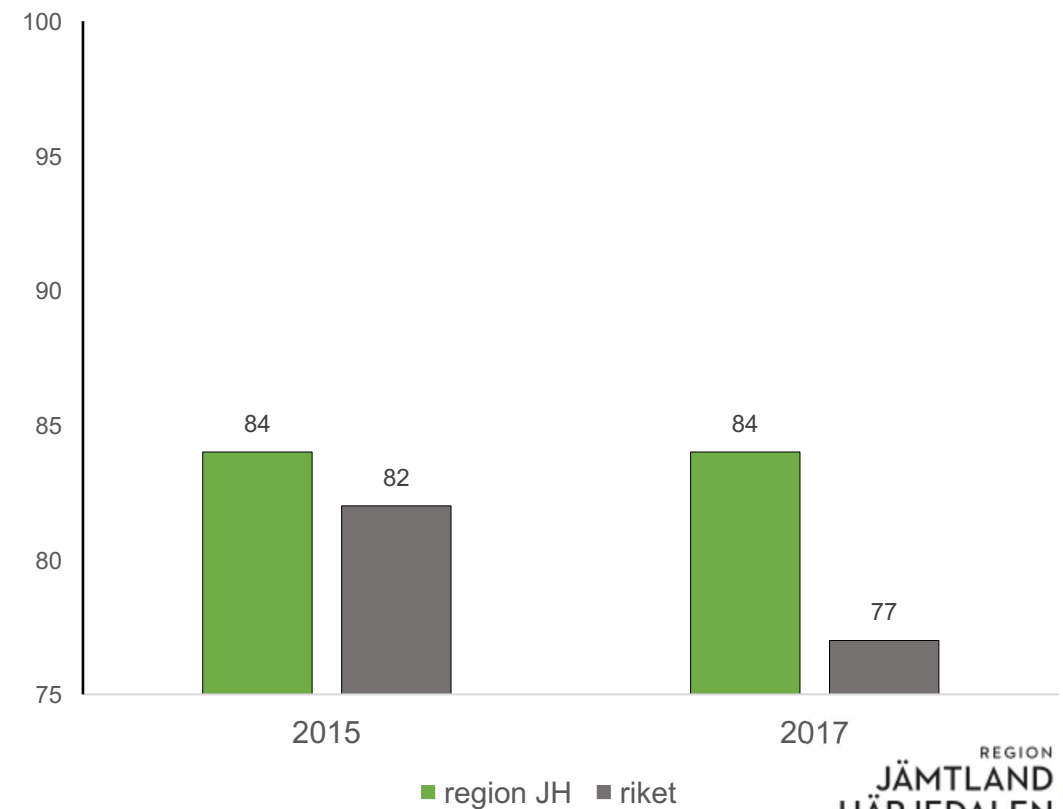


Tillgänglighet

Är du nöjd med de sätt som du kan komma in i kontakt med hälsocentralen på?

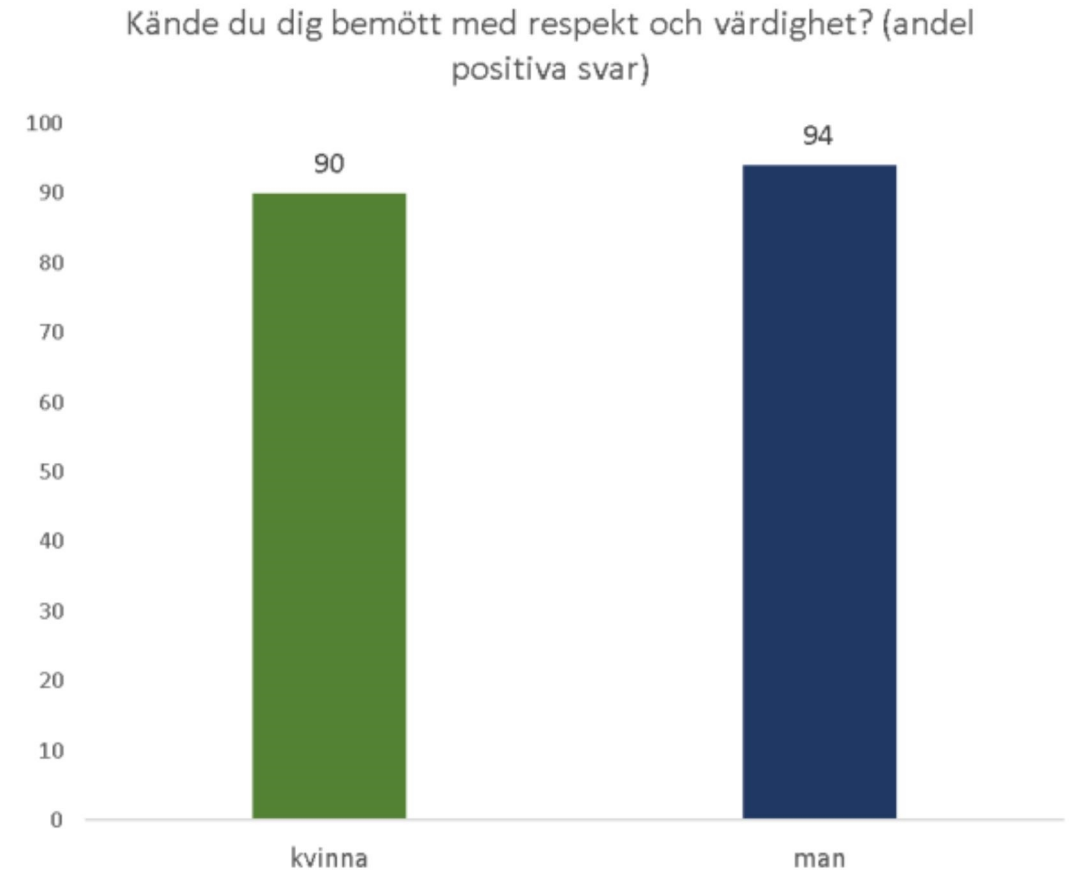


Fick du besöka hälsocentralen inom rimlig tid?



Respekt och bemötande

- En majoritet upplever att de under sitt besök fått ett gott bemötande.



Vad säger de öppna svaren?

- *"Mitt önskemål är att få ha samma läkare att få gå till"*
- *"Jag har problem med att det är olika läkare nästan varje besök, känner inte förtroende"*
- *"Förbättra möjligheten att kontakta hälsocentralen".*
- *"Att komma fram på telefon är svårt"*
- *"Det borde finnas mer info på samiska häruppe".*
- *"Tycker att hälsocentralen numera är jättebra!! Det har hänt mycket det senaste året!"*

Sammanfattningsvis

- Resultatet visar övergripande på en förbättring av upplevelsen av läkarbesök i primärvården.
- Några hälsocentraler har förbättrat sig mycket jämfört med tidigare mätning, framförallt hälsocentraler i Härjedalen (Sveg, Funäsdalen och Hede).
- Backe hc ligger fortsatt i topp.

Controller: Lotta Hagberg



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 månader-period 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

8 §²

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.

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 läkemedelsföreskrivning. 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

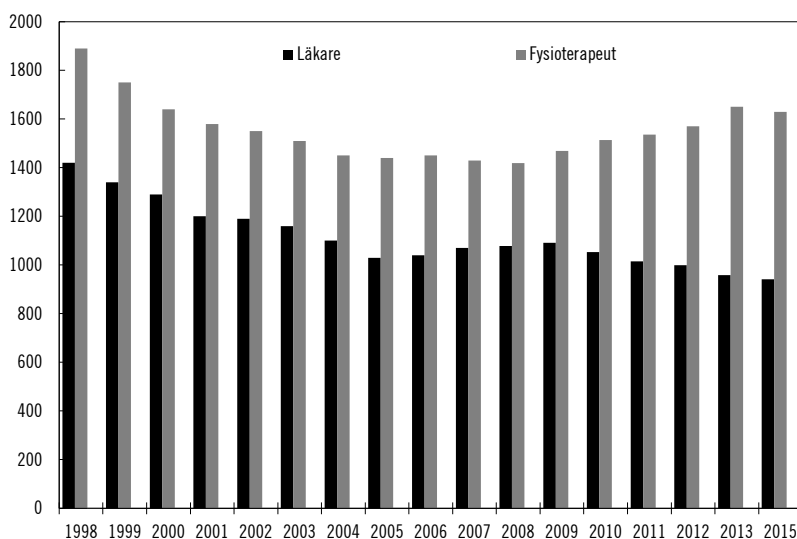
Sammantaget återfinns 75 procent av läkaretableringarna och 65 procent av fysioterapietableringarna i storstadslandstingen Stockholm, Skåne och Göteborg. I norra Sverige utgör den nationella taxan för läkare och fysioterapeuter 6,7 procent respektive 8,5 procent av landets etableringar, vilket i relation 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.

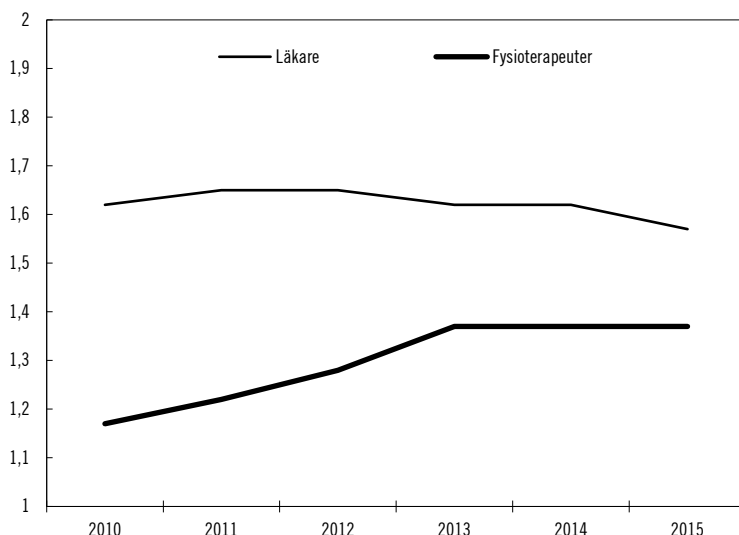
Nettokostnaden för landstingens hälso- och sjukvård 2015 uppgick till drygt 240 miljarder kronor enligt Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling (SKL 2015). Landstingens kostnader för vård inom den nationella taxan uppgick till 1,57 miljarder kronor för läkare och 1,37 miljarder kronor 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-

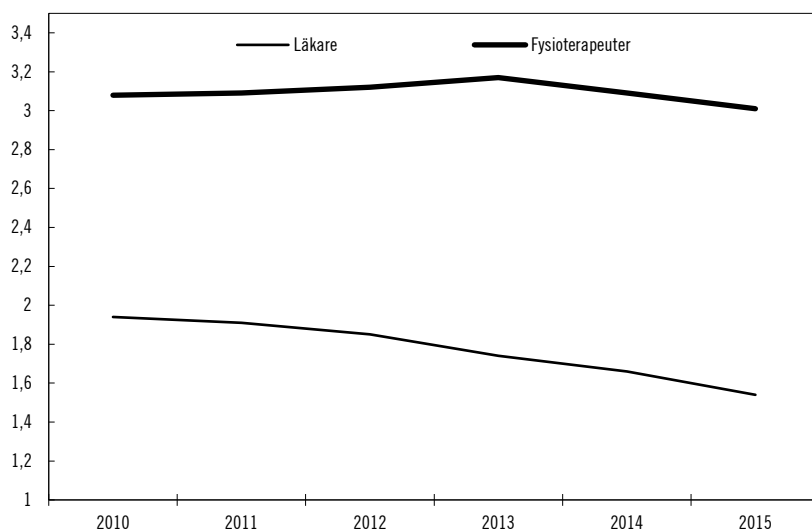
⁸ SKL, Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2015

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 läkarvårds-ersättning 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.

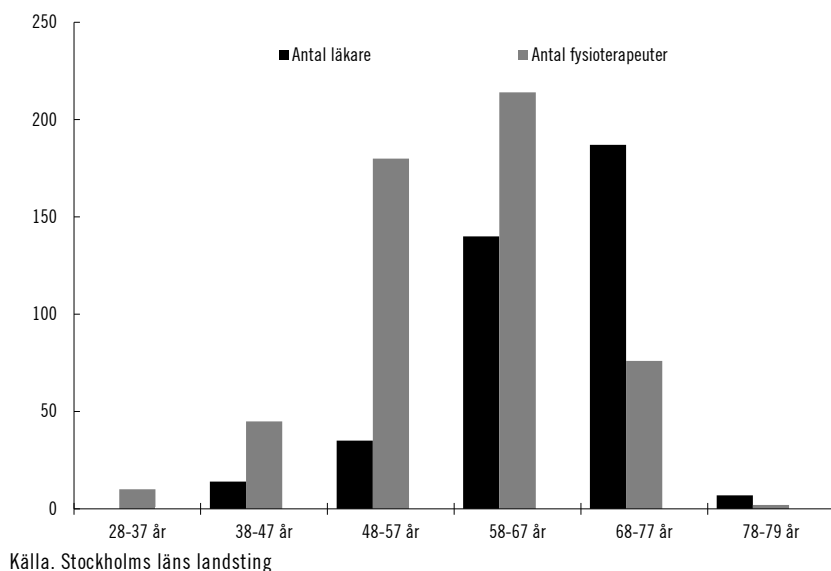
Åldersfördelningen av läkare verksamma enligt LOL domineras av personer över 58 år. I Stockholms läns landsting utgör ålderskategorin 68–77 år den dominerande (Fig. 4). Med stor sannolikhet ser bilden ut på liknande sätt i övriga landet. Dominansen av äldre personer som arbetar enligt den nationella 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 samlokalisat sig.

De läkare som arbetar efter den nationella taxan utgör 2,6 procent av den totala yrkesverksamma kåren. Däremot tar dessa läkare relativt sätt 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



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 planeringsstödet, 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 igenomsnitt 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 byggentreprenader 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 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 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. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig,
- 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 Konkurrentverkets rapport från 2009¹² konstateras att två parallella system för privata vårdgivare riskerar att resultera i konkurrensproblem. Det kan gälla kostnadsansvaret, listning, överväring 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 kapitationersättning 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, Konkurrentverkets 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 finansiär – landstinget. Landstinget är dessutom inte enbart finansiär 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 finansiär 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 samverksamhetsavtalet 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 läkarvårdsersättning 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 säkerhetshöjande 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 starkt 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 08-598 191 90 kundservice@nj.se www.nj.se

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

Remisskonferens nationella taxan

4 september 2018

Välkomna!

Promemorians huvudsakliga innehåll

Avsteg från heltidskravet ska kunna göras.

Undantag ska kunna göras från kravet att inte vara anställd i något landstings hälso- och sjukvård.

Promemorians huvudsakliga innehåll

Krav på medverkan till att den egna verksamheten kan följas upp, skyldighet att lämna ut patientjournal och krav på att möjliggöra inspektion av lokaler.

Landstinget får förelägga om skyldighet att medverka till att verksamheten följs upp om underlåtenheten medför risk för ekonomisk skada. 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 till dess att skyldigheterna fullgörs.

Landstingets beslut om föreläggande eller beslut om att stoppa utbetalningar ska kunna överklagas till förvaltningsrätten.

Promemorians huvudsakliga innehåll

- 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.

Avser verksamhetsåret 2017 (antalet folkbokförda 31/12 2017)

Allmäntandvård 3-21 år

Vårdval

Ämne:

Fråga :

1

Tillämpar ni Vårdval?		
Ja	Nej	Kommentar

2

Om ja på fråga 1: Enligt LOV (lagen om valfrihet)?		
Ja	nej	Kommentar

Ersättningsmodell:

3

Kapititationsersättning/barnpeng?		
Ja	nej	Kommentar

Landsting/region

Blekinge			
Dalarna			

Gotland									
Gävleborg									
Jämtland									

Jönköping									
Kalmar									
Kronoberg									

Norrbottn									
Region Halland									
Skåne									

Stockholm									
Sörmland									
Uppsala									

Värmland									
Västerbotten									
Västernorrland									

Västmanland									
Västra Götaland									
Örebro									

Östergötland								
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--

4 Om nej på fråga 3: Ange och beskriv ersättningsmodell Ange och beskriv ersättningsmodell	5 Om ja på fråga 3: Ange belopp Ersättning på årsbasis	6 Har ni differentierad ersättning? Ja Nej Kommentar			7 Om ja på fråga 6, bes differentierad i

--	--	--	--	--

8

skriv modell för
ersättning

Ytterligare ersättning förutom barnpeng inom ABoU, tex allmän ortodonti, protetik mm?
Ange inom vilket område samt ersättningsmodell och nivå på ersättningen. Beskriv kortfattat

--	--

Vårdprogram

9	10			11	12
Vilket revisionsintervall (max)? Ange max antal månader	Är revisionsintervall lika för alla åldrar?			Om nej på fråga 10: Beskriv kortfattat vad revisionsintervallet grundas på, tex ålder	Nä Ex i alla Särsk
	Ja	Nej	Kommentar		

--	--	--	--	--	--

Folkbokförda/listade i ditt landsting

	13	14	15
Är/i vilka åldrar begärs epi-data in? Åldrar och i samband med vådrapport? Källa åldrar? (Beskriv och ange ålder)	Antal folkbokförda 20 resp 21-åringar?		Antal listade 20-åringar?
	20 åringar	21-åringar	Folktandvården

--	--	--	--	--	--

16		17	
Antal undersökta 20 -åringar?		Antal undersökta 21-åringar?	
Folktandvården	Privattandvården	Folktandvården	Privattandvården

--	--	--	--	--

Specialisttandvård 2017

Fråga	1.		2.	
	Är specialisttandvården i ert landsting/region konkurrensutsatt eller i egen regi (Folktandvården)?		Om specialisttandvården är konkurrensutsatt avser detta samtliga specialiteter?	
Landsting/region	Konkurrensutsatt?	I egen regi?	Ja	Om inte, vilken/vilka specialiteter är konkurrensutsatta?
Blekinge				
Dalarna				

Gotland					
Gävleborg					
Jämtland					

Jönköping					
Kalmar					
Kronoberg					

Region Norrbotten					
Region Halland					
Region Skåne					

Stockholm					
Sörmland					
Uppsala					

Värmland					
Västerbotten					
Västernorrland					

Västmanland					
Västra Götaland					
Örebro					

Östergötland					
--------------	--	--	--	--	--

3.						4.		
		Hur är ersättningsmodellen för specialisttandvård i ert landsting/region utformad?					Vid vilken ålder överför behov av särskilt omhändertagande?	
		Kapitationsersättning/ barnpeng?	Anslag?	Kombination av dessa Beskriv.	Annat? Beskriv.		18 år	19 år

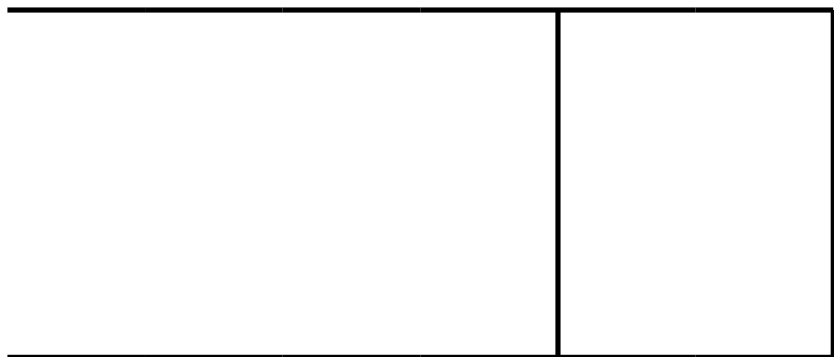
--	--	--	--	--	--	--	--	--

5.

rs unga vuxna med särskilda behov och med indertagande från Pedodonti till Sjukhustandvård?			Lansting och regioner ska enligt § 7 i Tandvårdslagen svara för regelbunden och fullständig t N, S och F-tandvård kan därefter erbjudas till berättigade individer. Har ert landsting/region	
20 år	21 år	Annan ålder, beskriv.	Ja, beskriv.	

--	--	--	--	--

:andvård för personer t.o.m. det år de fyller 21 år. gjort något avsteg från detta?	
	Nej



Vårdval allmäntandvård för barn och unga vuxna 2019



Förändringar mot 2018

4.3.2 Vårdinnehåll

- Alla barn och unga som undersöks i tandvården ska från 13 års ålder erbjudas ett motiverande samtal kring tobakens skadeverkningar. Motiverande samtal ska journalföras.
- För alla barn och unga som undersöks i tandvården ska tobaksvanor dokumenteras från 13 års ålder. Vid tobaksbruk ska stöd för tobaksavvänjning kunna erbjudas.



4.3.3 Revisionsintervall

och för 7-22 åringar gäller minst var 24:e månad.

, för 7-15-åringar gäller minst var 24:e månad och 16-23-åringar minst var 30:e månad.

4.3.6 Tandvård för asylsökande med flera

Asylsökande barn skall erbjudas en tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. Samtliga asylbarn 3-18 år bör vara kallade inom en månad efter meddelandet mottagits och ska kallas per post. Barn under 3 år kallas bara ifall akuta besvär föreligger. Asylsökande barn 3-18 år ska erbjudas tandvård på lika villkor som barn bosatta i Sverige. Den hälsoundersökning som utförs av



asylsköterska på samtliga barn omfattar också screening av tandvårdsbehovet. Barn med tandvårdsbehov hänvisas till aktuell tandvårdsklinik via asylhälsans personal och samtliga barn som når tandvården denna väg eller genom att själva söka för akuta besvär ska få en behandlingsplan och sättas upp på revisionskallelse. Kallelse ska ske per post. Barn under tre år behandlas bara om akuta besvär föreligger.

5.2 Övriga ersättningar

Ersättning lämnas för sådan vård som utförs inom allmäntandvården på förslag av specialisttandvården – främst ortodonti, **men även protetik**. Detta ersätts från folktandvårdens områdesansvar.

För externa vårdgivare skickas faktura **till berörd avdelning på** specialisttandvården.



EPIDEMIOLOGI 2016

3-åringar	Antal undersökta: 1090/99800 Kariesfria: 94%/95% Totalt antal: 1400/120400
6 åringar	Antal undersökta: 1484/110726 Kariesfria: 80%/77% Totalt antal: 1545/123604
12-åringar	Antal undersökta: 1184/101159 Kariesfria: 67%/69%
19-åringar	Antal undersökta: 1356/108445 Andel DTF=0: 36%/39% Andel DFS-a: 69%/69%



Åldersgränsförändringarna

Riksdagsbeslut december 2016

Förlängning av den fria tandvården för barn och unga vuxna från 19 till 23 år i tre steg

Konsekvenser

-vårdmässiga?

-ekonomiska?

Enkät på nationell nivå

Parallell utredning på ekonomidirektörsnivå

Revisionstider

Strukturförändringar

