

Små utförares möjlighet att verka i primärvården

Uppdrag att kartlägga hur ofta och i vilken omfattning privata utförare gemensamt ingår avtal med regionerna om tillhandahållande av primärvård

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges.
För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också
tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till
alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2021-5-7364

Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2021

Förord

Regeringen gav i april 2020 Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans få delta i ett valfrihetssystem enligt 5 kap. 1 § LOV, alternativt möjligheten för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § LOU, tillämpas i primärvården. I uppdraget har ingått att kartlägga hur ofta möjligheterna för flera olika utförare att gemensamt ingå avtal med regionerna tillämpas och omfattningen av dessa avtal.

Rapporten vänder sig till regeringen, huvudmän inom hälso- och sjukvården, privata utförare samt företrädare för professionen.

Socialstyrelsen vill tacka de myndigheter och externa aktörer som bidragit till denna rapport.

Utredaren Charlotte Pihl har varit projektledare. Rättssakkunnig Jonas Widdell har ingått i projektgruppen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	9
Socialstyrelsens uppdrag	9
Syfte, mål och frågeställningar	10
Genomförande och avgränsning	10
Avgränsning	13
Primärvårdens uppdrag	14
Primärvård genom LOV och LOU	15
En primärvård i förändring	17
Utförare går sällan samman för att bedriva primärvård	21
Förekomst av gemensamma avtal	21
Praktiska förutsättningar för gemensamma avtal	23
Information och kunskap om regelverkets möjligheter	26
Samordning mellan utförare och patientperspektivet	27
Inga författningsändringar föreslås	28
Förutsättningar och utmaningar för privata utförare att verka i primärvården	30
Regionernas tillämpning av lagstiftning och vårdvalets konstruktion	30
Glesbygdsperspektivet	33
Olika traditioner av privata utförare i regionerna	38
Nationella taxan	40
Informationsdelning	42
Diskussion och behov av insatser	44
Sammanfattande diskussion	44
Insatser för att undanröja hinder och förenkla för utförare	47
Referenser	51
Bilaga 1. Sammanställning av antal verksamheter och respondenter	53
Bilaga 2. Intervjuguide	54
Bilaga 3. Projektorganisation	56

Sammanfattning

I propositionen 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* lyfter regeringen fram att en stärkt primärvård är av grundläggande betydelse för såväl enskilda patienter som befolkningen i stort. I propositionen föreslår regeringen ett nytt nationellt primärvårdsuppdrag som träder i kraft den 1 juli 2021. För att klara en omställning till en mer nära vård där primärvården är navet i vården är det viktigt att säkerställa att det finns förutsättningar för att utveckla primärvården i alla delar av landet. En del av dessa förutsättningar handlar om att se till att det finns goda möjligheter för olika utförare att etablera sig inom primärvården.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att kartlägga hur ofta möjligheterna för flera olika utförare att gemensamt ingå avtal med regionerna tillämpas i primärvården. Om det inte uppenbarligen är obehövligt, ska myndigheten lämna författningsförslag som förenklar för mindre utförare att i samverkan med andra ingå avtal och verka i primärvården. Kartläggningen visar att det inte förekommer att flera privata utförare ingår gemensamt avtal med regioner om att bedriva primärvård. Det finns enstaka exempel där olika utförare ansökt gemensamt om att bedriva primärvård och senare, inför avtalstecknandet, gått samman i ett gemensamt bolag. Däremot är det ganska vanligt att enskilda utförare ansöker och skriver avtal med regionen med stöd av underleverantörer.

Orsakerna till att utförare inte ingår avtal gemensamt är många och skiljer sig delvis åt beroende på om det är den privata utförarens eller regionens perspektiv som beaktas. Det handlar bland annat om att det från regionernas sida upplevs som krångligt att hantera två parter i ett avtal, men det beror också på affärsmässiga och juridiska utmaningar, liksom på den lokala kontextens påverkan.

Ett fåtal respondenter har tagit upp positiva aspekter med att flera utförare tillsammans tecknar avtal med regionen. Det rör sig bland annat om att flera utförare tillsammans bli mer resursstarka i förhållande till regionen. Det framhålls även att ett sammangående mellan privata utförare skulle generera en ökad kompetensbas och ökade resurser för att hantera administrativa processer som ekonomi, personalfrågor, IT, inköp etcetera.

Kartläggningen visar inte på några behov av författningsförslag med syfte att förenkla för mindre enheter att i samverkan med andra erbjuda sina tjänster i primärvården. Socialstyrelsen har identifierat andra viktiga förutsättningar och utmaningar för privata utförare av olika storlek att verka i primärvården. Det handlar bland annat om regionernas tillämpning av lagstiftningen och vårdvalens olika konstruktion, förutsättningar för att verka i glesbygd, politik och kultur som påverkar relationen med privata utförare, om nationella taxan som hinder för nyetablering, samt utmaningar när det gäller informationsdelning. Myndigheten har identifierat ett antal insatser som syftar till att undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården.

Dessa har grupperats inom följande områden:

- Använd de möjligheter som finns.
- Utveckla ersättningen för etablering och verksamhet.
- Stärk förutsättningarna för likformighet mellan regionerna.

Inledning

I regeringens proposition 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* beskrivs att svensk hälso- och sjukvård historiskt har dominerats av satsningar på akutsjukhus och annan specialiserad vård än primärvård. I internationella jämförelser har svensk hälso- och sjukvård goda resultat när det gäller medicinsk kvalitet, men faller sämre ut i jämförelser när det gäller kontinuitet, patientdelaktighet och tillgänglighet. Det finns en insikt om resursernas begränsning och vikten av att i möjligaste mån effektivisera hälso- och sjukvårdens insatser.

Vidare framhålls att om Sverige ska bibehålla eller öka kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta de demografiska förändringarna och samtidigt ha kontroll på kostnaderna, kan vården och omsorgen inte organiseras på samma sätt som i dag. Det krävs med andra ord en förändring av strukturen och sättet att organisera för att åstadkomma såväl ökad kvalitet och patientdelaktighet som bättre tillgänglighet och effektivare resursutnyttjande. I regeringens proposition föreslås att primärvården blir en verklig bas i hälso- och sjukvårdssystemet. För att möjliggöra detta krävs bland annat goda förutsättningar för olika vårdgivare att etablera sig och verka inom primärvården.

Socialstyrelsens uppdrag

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga hur möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans få delta i ett valfrihetssystem enligt 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), alternativt möjligheterna för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), tillämpas i primärvården. I uppdraget (S2020/03318/FS) ingår bland annat att granska hur ofta möjligheterna för flera olika utförare att gemensamt ingå avtal med regionerna används och omfattningen av dessa avtal.

Socialstyrelsen ska även, om det inte är uppenbarligen obehövligt, lämna författningsförslag som förenklar för mindre aktörer att i samverkan med andra erbjuda sina tjänster i primärvården. Myndigheten ska dessutom utifrån ett patientperspektiv analysera och se över behovet av eventuella andra insatser som syftar till att undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården.

Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 1 juni 2021. Om det finns behov av författningsförslag ska Socialstyrelsen redovisa dessa samt en konsekvensanalys senast den 1 november 2021.

Inom ramen för uppdragets genomförande ska Socialstyrelsen beakta förslagen i betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) [1] och regeringens lagrådsremiss *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*, som presenterades den 9 april 2020.

Förslagen från betänkandet har sedan också fastställts i regeringens proposition 2019/20:164 Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform, som beslutats av riksdagen i november 2020 (betänkande 2020/2021:SoU2). Propositionen innehåller nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) avseende en ny definition av primärvård och ett nationellt utformat primärvårdsuppdrag. De nya bestämmelserna träder i kraft den 1 juli 2021.

Syfte, mål och frågeställningar

Uppdragets övergripande syfte är att kartlägga i vilken utsträckning det ges möjlighet för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans få delta i ett valfrihetssystem enligt 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem, alternativt möjligheter för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Målsättningen är att öka kunskapen om i vilken omfattning olika lagstiftningar kring utförande av hälso- och sjukvårdstjänster kombineras för att förbättra tillgängligheten till primärvården.

I regeringsuppdraget presenteras följande frågeställningar:

- hur ofta möjligheterna för flera olika utförare att gemensamt ingå avtal med regionerna används och omfattningen av dessa avtal
- praktiska förutsättningar för utförare som gemensamt ingår sådana avtal, vad gäller exempelvis möjlighet att sinsemellan fördela åtagandet emellan sig och vad konsekvenserna blir om en utförare inte kan fortsätta sitt uppdrag
- vilken typ av villkor som ställs upp för respektive utförare, till exempel gällande ersättningsnivåer
- vilken information och kunskap som finns hos regioner och utförare om de möjligheter som regelverket tillåter och, om kunskapen brister, föreslå hur den kan öka
- hur de primärvårdsinsatser som utförare gemensamt erbjuder kan vara samordnade och sammanhängande för patienten så att dennes vårdbehov kan tillgodoseas på bästa sätt.

Med beaktande av patientperspektivet, bland annat när det gäller hur insatserna kan vara samordnade, ingår även i uppdraget att, om det inte uppenbarligen är obehövt, lämna författningsförslag som förenklar för mindre enheter att i samverkan med andra ingå avtal och verka inom primärvården.

I uppdraget ingår även att, utifrån ett patientperspektiv, analysera och se över behovet av eventuella andra insatser som syftar till att undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården.

Genomförande och avgränsning

Rapporten bygger på kvalitativa data som har samlats in mellan september 2020 och januari 2021. De datakällor som har använts i rapporten är

- dokumentstudier och kartläggning

- samverkan och dialog med andra myndigheter och berörda aktörer
- intervjuer med för uppdraget relevanta aktörer samt workshoppar och kompletterande intervjuer med privata utförare av primärvård (tabell 1 samt bilaga 1).

Tabell 1. Sammanställning av antal verksamheter och respondenter

Data fr.o.m. september 2020 t.o.m. januari 2021.

Kategori	Antal verksamheter	Antal respondenter
Regioner (intervju)	21	31
Privata utförare av primärvård (workshop)	13	15
Fack- och yrkesorganisationer (intervju)	3	3
Statliga myndigheter (intervju)	3	5
Intresseorganisationer (intervju)	2	4
Patientföreningar samt två representanter från patientnämnder (intervju)	5	5
Totalt	47	63

Dokumentstudier och kartläggning

I syfte att skapa förståelse och en översikt över det aktuella området har Socialstyrelsen genomfört löpande dokumentstudier av relevant litteratur samt kartläggning av regionsspecifika vårdval via regionernas hemsidor och via Valfrihetswebben (en annonsplats för LOV-tjänster som tillhandahålls via Upphandlingsmyndigheten) [2].

Samverkan med myndigheter och berörda aktörer

Enligt regeringsuppdraget ska Konkurrensverket ge råd och stöd till Socialstyrelsens genomförande av uppdraget. Socialstyrelsen ska även samråda med Upphandlingsmyndigheten och föra dialog med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och organisationer som företräder privata utförare samt andra berörda aktörer. Detta har bland annat skett genom en inledande dialog med SKR och genom deltagande vid ett av Vårdvalsnätverkets möten hösten 2020. Möten och samtal har förts med Konkurrensverket, Upphandlingsmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Analysmöten har genomförts tillsammans med Konkurrensverket och Vårdföretagarna (december 2020 och januari 2021). Syftet med analysmötena var att presentera insamlat material och diskutera ett antal frågor som är centrala för området.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts med representanter från regionerna, fack- och yrkesorganisationer, myndigheter, intresseorganisationer, patientföreningar samt representanter från patientnämnder. Samtliga intervjuer genomfördes under perioden fr.o.m. september 2020 t.o.m. januari 2021.

Alla intervjuer har genomförts digitalt. Intervjuerna med regionerna har varit strukturerade och utgått från en intervjuguide som skickades ut till respondenterna inför intervjuerna (bilaga 2).

De personer som har intervjuats i regionerna har exempelvis haft funktionen som beställarchef, vårdvalschef, handläggare eller utredare. Vid intervjuerna har mellan en och tre respondenter deltagit.

Vid intervjuer och dialog med myndigheter och intresseorganisationer har de övergripande temana varit vårdval, samordning och tillgänglighet.

Under intervjuer med fack- och yrkesorganisationer¹ har samverkan, utmaningar och framgångsfaktorer, incitament för att verka på glesbygden och lösningar diskuterats. Under intervjuer med patientföreningar samt representanter från patientnämnder² har samordning, valfrihet, organisering av primärvården, patientdelaktighet, tillgänglighet och kontinuitet diskuterats.

Workshoppar

Inom ramen för uppdraget har workshoppar med privata utförare av primärvård genomförts (bilaga 1). För att identifiera privata utförare av primärvård har dialog förts med Vårdföretagarna³. Ett urval av utförare har bjudits in att delta i workshoppar, och om tiden för en workshop inte passade den tillfrågade utföraren bokades i stället en enskild kompletterande intervju in.

Workshoppar och kompletterande intervjuer har skett i syfte att öka förståelsen av möjligheter och hinder för utförare av olika storlek att verka inom primärvården. Samtliga workshoppar och intervjuer med privata utförare har genomförts digitalt under perioden fr.o.m. november 2020 t.o.m. december 2020 samt utgått från strukturerade frågor i ett workshopmaterial.

De totalt 13 verksamheter som har bidragit med data till uppdraget har kategoriserats i tre olika grupper: större privata utförare, mindre privata utförare och privata utförare i glesbygdregioner (bilaga 1). Anledningen till denna uppdelning bygger på syftet att fånga ett så brett perspektiv som möjligt och få möjlighet att synliggöra eventuella likheter och skillnader mellan grupperna. De personer som har medverkat vid workshoppar alternativt kompletterande intervjuer inom gruppen privata utförare har exempelvis haft funktionen som VD, regionchef eller verksamhetschef. De övergripande temana i workshop-/intervjumaterialet till privata utförare var

- förekomst
- hur och på vilket sätt
- kunskap och information
- lösningar.

Informationsblad

Socialstyrelsen har tagit fram ett informationsblad i syfte att tydliggöra vad som är möjligt utifrån dagens lagstiftning samt att förmedla information om tillgängliga stöd och kunskapskällor. Informationsbladet finns som separat bilaga till denna rapport.

¹ Svenska Privatläkarföreningen, Fysioterapeuterna och Svenska Distriktsläkarföreningen.

² Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH), Riksförbundet HjärtLung, Diabetesförbundet, Patientnämnden Etiska nämnden i Region Västernorrland och Patientnämndens förvaltning i Region Gävleborg.

³ Vårdföretagarna är en arbetsgivar- och branschorganisation för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi, till exempel i form av aktiebolag, kooperativ eller ideella föreningar.

Avgränsning

Projektet innefattar primärvården, både den som bedrivs i regional och i kommunal regi. Utgångspunkt för datainsamling och analys har varit den primärvård som upphandlas av regionerna via 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller enligt 4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Anledningen till detta är att de bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som reglerar vårdvalsförfarandet enbart omfattar regionerna enligt 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen⁴. Primärvården i kommunal regi har berörts vid samtal med SKR och regioner och inkluderas således indirekt i kartläggningsarbetet.

Kartläggningen inkluderar inte en bedömning av den nationella taxans påverkan fullt ut. Eftersom ett flertal respondenter lyft frågan om den nationella taxan i intervjuer har dock dess påverkan beaktats i viss utsträckning i denna rapport.

Agenda 2030

Arbetet med att kartlägga små utförares möjlighet att verka i primärvården knyter an till Agenda 2030 genom mål 3 *hälsa och välbefinnande*, mål 5 *jämställdhet* och mål 10 *minskad ojämlikhet*. Även mål 8 *anständiga arbetsvillkor och ekonomisk tillväxt* är aktuellt i sammanhanget genom dess fokus på att skapa goda förutsättningar för privat företagande och entreprenörskap, vilket är en av grundpelarna för en tillväxt som hela samhället deltar i.

⁴ Regionen ska organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Regionen får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom regionen. Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När regionen beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.

Primärvårdens uppdrag

I följande kapitel beskrivs primärvårdens uppdrag, dels det sätt på vilket den är utformad i dagsläget, dels den förändring primärvården står inför. I detta kapitel presenteras även de delar inom lagen (2008:962) om valfrihetssystem och lagen (2016:1145) om offentlig upphandling som ligger till grund för regeringsuppdraget.

Definitionen av primärvård har nyligen förtydligats i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Den nya definitionen träder i kraft den 1 juli 2021 och har följande lydelse:

Den nya definitionen av primärvård

Hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens. (2 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen)

Syftet med ändringen är att tydligt markera att primärvården är den första vårdnivån dit individer i första hand ska vända sig med sina hälso- och sjukvårdsbehov. Ambitionen med ett nationellt reglerat grunduppdrag för primärvården är framför allt att uppnå en likvärdig vård över landet samt att förtydliga vad som förväntas av primärvården och de grundläggande krav som är nödvändiga att uppfylla för att fullgöra ett sådant grunduppdrag.

Bestämmelsen skapar också en tydlighet i fråga om huvudmännens ansvar på primärvårdsnivå. Ett tydliggörande av primärvårdens uppdrag och ansvarsfördelning bedöms även kunna bidra till att öka befolkningens förtroende för primärvården och underlätta samverkan med andra delar av vård och omsorg.

Primärvård är en vårdnivå med både region och kommun som huvudman, dit individer i första hand ska vända sig vad gäller behov av hälso- och sjukvård. Primärvården kan med andra ord ses som första linjens hälso- och sjukvård och tillika navet i samverkansarbete med såväl regional som kommunal vård och omsorg för att samordna patientens vård och behandling. Exempel på verksamhet inom primärvård är mödravård, barnhälsovård, hemsjukvård och sådan vård som ges på vårdcentraler, i kommunernas särskilda boenden eller dagverksamheter. Både begreppet vårdcentral och hälsocentral används som benämning på en specifik byggnad där det bedrivs primärvård, men i denna rapport används begreppet *hälsocentral* som samlingsbegrepp.

De utförare som erbjuder tjänster inom primärvård kan vara i egen regi (det vill säga utförare med regionen som huvudman) eller i privat regi. Med privat regi avses här både privata vårdföretag och idéburna organisationer

(ideella föreningar, ekonomiska föreningar, stiftelser eller aktiebolag med begränsad vinstutdelning). Utförarna kan vidare erbjuda hela eller delar av primärvårdsuppdraget.

En del av de privata utförarna är anslutna till den så kallade nationella taxan, vilket är samlingsbegrepp för de lagar och förordningar som reglerar *verksamhet* och *ersättning* för fysioterapeuter, lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, och läkare, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, som verkar inom systemet.

Kommunernas roll i primärvården handlar om att bedriva hälso- och sjukvård i särskilda vård- och omsorgsboenden, dagverksamheter eller hemsjukvård⁵ i ordinärt boende i de fall kommunen har särskilt avtal om det med regionen. Enligt 16 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen ska regionen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Regionerna har samma skyldighet när det gäller hemsjukvård i ordinärt boende, om regionerna avtalat att kommunen ska ansvara för hemsjukvården. Alla regioner utom region Stockholm har överlåtit hemsjukvården till kommunerna. För läkarmedverkan i hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för ska det finnas ett särskilt avtal. Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i dagverksamhet och särskilda boenden bedrivs alltså i samverkan mellan regionerna och kommunerna, där regionerna ansvarar för läkarbemanningen medan andra professioner i regel är kommunalt anställda [3].

Primärvård genom LOV och LOU

Om regionerna uppdrar åt annan att utföra vården kan detta genomföras på olika sätt, och regionerna har utrymme att utforma det på ett sätt som passar den lokala kontexten. En stor del av primärvården handlas upp av privata utförare med olika regiformer. Genom upphandling kan regionerna styra dessa utförare bland annat via sina avtal.

Den 1 januari 2009 trädde lagen (2008:962) om valfrihetssystem i kraft, som gäller för kommuner och regioner när de inrättar valfrihetssystem för hälso- och sjukvård och socialtjänst. Inrättande av valfrihetssystem är obligatoriskt inom primärvården för regionerna men frivilligt för kommuner. Annonser inom ramen för ett valfrihetssystem ska löpande publiceras på Valfrihetswebben (en annonsplats för LOV-tjänster som tillhandahålls via Upphandlingsmyndigheten) [2]. I annonserna finns information om vilken tjänst annonsen gäller samt länk till *förfrågningsunderlag* där krav och villkor framgår. Alla utförare som uppfyller de krav och villkor som regionerna eller kommunerna ställt godkänns och avtal tecknas därefter. När avtal tecknats blir utföraren en av utförarna i valfrihetssystemet och därmed valbar för patienterna.

⁵ I betänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) föreslås att begreppet hemsjukvård ska ersättas med begreppet hälso- och sjukvård i hemmet.

Vårdvalen i regionerna är organiserade på olika sätt. Vissa regioner har flera vårdval och andra har färre. Detta kan benämnas *smala* respektive *breda* vårdval, vilket beskrivs mer utförligt längre fram i texten.⁶

Rätten att som utförare få delta i ett valfrihetssystem regleras i 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem, där det framgår att fysiska eller juridiska personer, antingen var för sig eller tillsammans med andra leverantörer, kan lämna in en ansökan. Denna bestämmelse möjliggör således samarbete med andra leverantörer för utförande av de avtalade tjänsterna.

5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem – Rätten att få delta i ett valfrihetssystem

Fysiska eller juridiska personer kan var för sig eller tillsammans med andra leverantörer lämna en ansökan. Den upphandlande myndigheten får inte ställa upp villkor om att en grupp ska ha en bestämd juridisk form för att få lämna en ansökan. Den upphandlande myndigheten får dock begära att en grupp ska ha en viss juridisk form när den blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett godtagbart sätt.

Som nämnts ovan har varje region specifika förfrågningsunderlag som verkar som underlag för en utförare att ansöka om att delta i valfrihetssystemet.⁷ Dessa förfrågningsunderlag kan i sin tur benämnas på lite olika sätt, exempelvis ”krav- och kvalitetsbok”, ”regelbok” och ”uppdragsbeskrivning”, men syftar till att ge samma typ av information till de privata utförarna. Föresättningsvis används begreppet *uppdragsspecifikation* som samlat begrepp för dessa underlag. I de regionsspecifika uppdragsspecifikationerna beskrivs uppdraget samt de krav och villkor som utförarna måste uppfylla för att få möjlighet att bedriva verksamhet inom regionens primärvård. Att respektive region har sitt specifika förfrågningsunderlag innebär i praktiken att en privat utförare som önskar inkomma med ansökan om att bedriva vård i flera regioner måste förhålla sig till ett flertal underlag med olika disposition, omfattning etcetera.

Motsvarande bestämmelser vad gäller samarbete mellan leverantörer finns även i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU). I 4 kap. 5 § anges att en grupp av leverantörer får delta i en upphandling. I samma paragraf i LOU finns även bestämmelser om att den upphandlande myndigheten i upphandlingsdokumenten får ange hur en grupp av leverantörer ska uppfylla kraven på ekonomisk och finansiell ställning eller på teknisk kunskap och yrkeskunskap, om objektiva skäl berättigar detta. Även särskilda villkor om hur en grupp leverantörer ska fullgöra kontraktet får ställas, om det är berättigat av objektiva skäl. De krav och villkor som ska gälla fastställs i *upphandlingsdokumenten*. Om regionen upphandlar via LOU ska upphandlingsdokument,

⁶ I korthet innebär breda vårdval ett samlat vårdval för samtliga/de flesta delar av primärvårdens uppdrag, och smala vårdval innebär separata vårdval (utöver hälsocentral) för rehabilitering, fysioterapi, psykiatri, barnhälsovård och/eller mödrhälsovård.

⁷ Regionernas förfrågningsunderlag går att finna via www.valfrihetswebben.se.

som innehåller information om hur inkommande anbud kommer att värderas, annonseras i en offentlig databas⁸. De privata utförare som önskar ingå i ett upphandlingsförfarande lämnar in ett anbud senast det datum som anges i upphandlingsdokumentet. Regionen tecknar därefter kontrakt med den privata utförare vars anbud är ekonomiskt mest fördelaktigt.

4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling – Rätten att få delta i en offentlig upphandling

En grupp av leverantörer får delta i en upphandling. En upphandlande myndighet får inte ställa upp villkor om att en sådan grupp ska ha en viss juridisk form för att få lämna en anbudsansökan eller ett anbud. Myndigheten får dock begära att en sådan grupp ska ha en viss juridisk form när den blivit tilldelad kontraktet, om det krävs för att kontraktet ska kunna fullgöras på ett tillfredsställande sätt.

Myndigheten får ange i något av upphandlingsdokumenten hur en grupp av leverantörer ska uppfylla kraven på ekonomisk och finansiell ställning enligt 14 kap. 3 och 4 §§ eller teknisk kunskap och yrkeskunskap enligt 14 kap. 5 § om det är berättigat av objektiva skäl.

Myndigheten får ställa upp särskilda villkor om hur en grupp av leverantörer ska fullgöra kontraktet om det är berättigat av objektiva skäl.

En primärvård i förändring

För att Sverige ska kunna bibehålla eller öka den medicinska kvaliteten i hälso- och sjukvården, möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna för det gemensamma åtagandet, behöver hälso- och sjukvården anpassas efter de behov befolkningen har i dag. En modern hälso- och sjukvård måste kännetecknas av ett effektivare resursutnyttjande samt utvecklas utifrån möjligheten att bistå och stödja vid långvariga och kroniska tillstånd, ofta med hög komplexitet. Vårdens struktur måste underlätta koordinering av olika vårdinstanser och aktörer, utifrån varje patients individuella behov.⁹

I propositionen 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* lyfter regeringen fram att en stärkt primärvård är av grundläggande betydelse för såväl enskilda patienter som befolkningen i stort. För att möta den demografiska utvecklingen och samtidigt ha kontroll på kostnaderna krävs förändringar av strukturen och sättet att organisera vården. En utvecklad god och nära vård med en stärkt primärvård kan ge förbättrade förutsättningar för en samhällsekonomiskt effektiv hälso- och sjukvård där tillgängliga resurser används på bästa sätt.

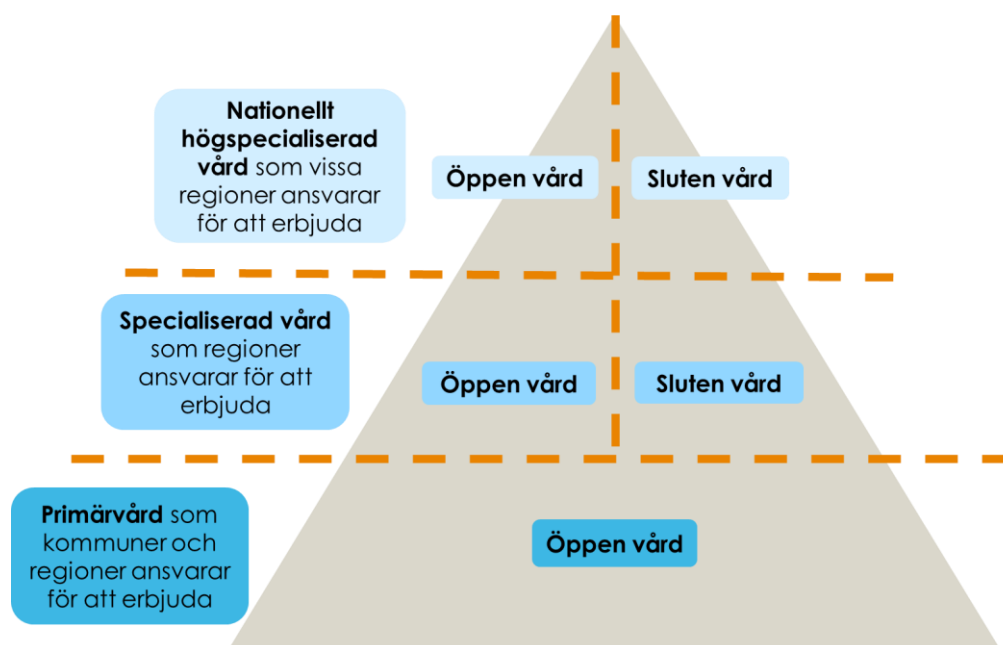
I propositionen föreslås att primärvården blir en verklig bas i hälso- och sjukvårdssystemet. Det leder till en tydligare nivåstrukturerings av hälso- och

⁸ Enligt 19 kap. 9 § LOU.

⁹ Propositionen 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform*

sjukvårdssystemet, vilket underlättar möjligheten att beskriva hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige på ett likartat sätt med andra jämförbara länder, där nivåerna primärvård, sekundärvård (specialiserad vård) och tertiärvård (nationellt högspecialiserad vård) tydligare framgår. Av nivåstruktureringen blir det tydligt att primärvård utgör basen i hälso- och sjukvårdssystemet. Se figur 1 nedan, som är inspirerad av bild från betänkandet *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19) [4].

Figur 1. Nivåstrukturering av hälso- och sjukvårdssystemet



Källa: Socialstyrelsens tolkning av en figur från *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19)

Genom propositionen fastställdes även ett antal grundläggande principer för primärvården nationellt: att tillgängligheten, delaktigheten och kontinuiteten i hälso- och sjukvården måste öka, med hjälp av en starkare primärvård.

Hälso- och sjukvården ska ställas om så att primärvården är navet i vården och samspelar med annan hälso- och sjukvård och med socialtjänsten. Målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. En utveckling mot en mer nära vård med fokus på primärvården syftar vidare till att kunna möta de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför och att använda de gemensamma resurserna mer effektivt.

För att skapa tydliga, nationella förutsättningar och driva på omställningen föreslog regeringen att de förslag som utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* presenterat skulle genomföras. Förslagen bygger på två lagändringar som stärker primärvårdens roll och säkerställer ett nationellt primärvårdsuppdrag. Lagändringarna består i huvudsak av två delar:

1. Definitionen av primärvård i hälso- och sjukvårdslagen tydliggörs på så sätt att primärvården nu innefattar följande:

Med primärvård avses i denna lag hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådana åtgärder i form av medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller någon annan särskild kompetens.

2. En bestämmelse införs i 13 a kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) om vad som ska ingå i primärvårdens grunduppdrag:

Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt

- tillhandahålla de hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att tillgodose vanligt förekommande vårdbehov
- se till att vården är lätt tillgänglig
- tillhandahålla förebyggande insatser utifrån såväl befolkningens behov som patientens individuella behov och förutsättningar
- samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården
- möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Enligt den nya definitionen och det lagreglerade uppdraget är primärvård fortfarande en *vårdnivå* med både region och kommun som huvudman, och inte en organisatorisk enhet eller verksamhet.

De nya bestämmelserna tydliggör också att det är regioner och kommuner som ska uppfylla det reglerade grunduppdraget. Ansvaret läggs därmed på *huvudmannen* och inte den enskilda vårdgivaren eller utföraren – som i vissa fall har begränsade resurser i form av kompetens och förmåga att uppfylla alla delar i uppdraget.

Det nationella primärvårdsuppdraget förväntas vidare påverka regionernas förfrågningsunderlag så till vida att de bör bli mer samstämmiga och lika, men kommer också att påverka utförarnas förutsättningar. Det skulle exempelvis kunna innebära utmaningar i att kunna möta det bredare primärvårdsuppdraget.

I betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39) [1] föreslogs ett lagstadgat, nationellt utformat förfrågningsunderlag, kallat ”Vårdval primärvård”. Utredningen såg ett behov av att tydliggöra särställningen hos just vårdval i primärvården, som utgår från generalistkompetensen hos bland annat specialister i allmänmedicin och distriktsköterskor. Dessa fungerar som navet i samordningen kring den enskilda patienten, vilket kräver en nationellt gemensam grundnivå i förfrågningsunderlagen.

Förslaget var att förfrågningsunderlaget skulle benämnas *vårdval primärvård* och att regionerna skulle organisera vårdval primärvård så att utförare ensamt eller i samverkan med andra särskilt skulle tillhandahålla de kompetenser och hälso- och sjukvårdstjänster som krävs för att primärvårdens grunduppdrag ska fullgöras. Regeringen valde i propositionen 2019/20:164 *Inriktningen för en nära och tillgänglig vård – en primärvårdsreform* att inte

gå vidare med det förslaget till lagstiftning, utan menade i stället att en översyn borde genomföras, bland annat av möjligheten för olika utförare att tillsammans delta i ett vårdvalssystem och av förutsättningarna för mindre utförare att etablera sig i primärvården. Detta är en del av bakgrunden till Socialstyrelsens regeringsuppdrag som redovisas i denna rapport.

Utförare går sällan samman för att bedriva primärvård

I följande kapitel redogörs för de frågeställningar som framgår av regeringsuppdraget. Resultatet är fördelat på följande övergripande områden:

- förekomst av gemensamma avtal
- praktiska förutsättningar för gemensamma avtal
- information och kunskap om regelverkets möjligheter
- samordning mellan utförare och patientperspektivet
- eventuellt författningsförslag.

Förekomst av gemensamma avtal

Den huvudfråga som lyfts fram i regeringsuppdraget handlar om hur ofta möjligheterna för flera olika utförare att gemensamt ingå avtal med regionerna för att tillhandahålla primärvård används och omfattningen av dessa avtal. Detta gäller såväl upphandling genom LOU som genom LOV. För att besvara denna fråga har den specificerats i tre nivåer av förekomst:

- Utförare ansöker gemensamt och ingår gemensamt avtal med regionen.
- Utförare ansöker gemensamt men skriver avtal genom nytt gemensamt bolag.
- Utförare ansöker enskilt och skriver avtal med regionen enskilt, men kan i nästa steg anlita underleverantörer för att fullfölja sitt uppdrag.

Kartläggningen visar att det förekommer att flera privata utförare inkommer med *gemensamma ansökningar* om att bedriva primärvård, dock i mycket begränsad omfattning. Vidare visar kartläggningen att det inte förekommer att flera privata utförare ingår *gemensamma avtal* med regionen om att bedriva primärvård.

Exempel: gemensam ansökan, olika avtal

Under 2015 inkom en *gemensam ansökan* till regionen från två barnmorskor som tillsammans ville starta en barnmorskemottagning. De använde en gemensam ansökningsblankett till upphandlingen där de fyllde i uppgifter från respektive barnmorska i en och samma blankett. De bifogade även en gemensam affärsplan som gällde för hela verksamheten.

Regionen kunde dock inte hantera detta, på grund av system- och avtalstekniska frågor, och bad dem att återkomma med två olika ansökningsblanketter. Det slutade med att barnmorskorna registrerades som två olika vårdgivare, men på samma adress.

I kartläggningen framgår också att det förekommer att utförare går samman och bildar ett *nytt gemensamt bolag* inför ansökan till och avtalsskrivning med regionen, dock mycket sällan. Det kan i detta fall handla om ett mindre antal utförare som inför ansökan och avtal väljer att starta ett nytt gemensamt bolag för att på så sätt möta de krav som ställs i den specifika regionens förfrågningsunderlag. Genom intervjuer med regioner och privata utförare framkommer att en möjlig orsak till att utförare ingår gemensamt bolag kan handla om ekonomiska och juridiska aspekter, som exempelvis att enbart en juridisk person blir avtalsansvarig gentemot regionen och att de blir en gemensam vårdgivare i stället för flera.

Exempel: gemensam ansökan från gemensamt bolag

Under 2020 inkom en ansökan till regionen och avtal upprättades med en hälsocentral där två läkare och en ekonom gått ihop i ett *gemensamt bolag* inför ansökan och avtalsskrivning. Detta var inte ett krav från regionens sida, utan ett eget val fattat av utförarna.

Kartläggningen visar att det är ganska vanligt att enskilda utförare ansöker och skriver avtal med regionen med *stöd av underleverantörer*. Detta förekommer framför allt i de fall då en privat utförare inte uppfyller alla de krav som den specifika regionen ställer i förfrågningsunderlaget för att få erbjuda primärvård. Det är dock inget som de privata utförarna upplever som något problem, utan snarare en lösning som gör det möjligt för dem att uppfylla hela vårdvalsuppdraget. Det handlar vanligtvis om tjänster inom rehabilitering, fysioterapi, psykologer eller kuratorer. I dessa fall tecknas ett avtal mellan huvudleverantör och underleverantör. Regionens ska informeras och godkänna detta. Det är sedan huvudleverantören som är ansvarig för uppföljning och att säkerställa att underleverantören följer avtalet.

I samtal med privata utförare nämner dessa dock utmaningen med att kostnaden för underleverantörer inkluderar en vårdmoms. Det innebär en högre kostnad för köp av denna tjänst i jämförelse med egen regi, det vill säga något som kan upplevas som ett hinder. I sammanhanget beskrivs vårdmomsen¹⁰ som konkurrenshämmande, eftersom verksamhet i egen regi kompenseras för moms medan privata utförare inte gör det.

Sammanfattningsvis är det möjligt att som enskild eller tillsammans med andra leverantörer inkomma med en ansökan enligt 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem samt enligt 4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Det är dock mycket ovanligt att flera utförare går samman och tecknar avtal med regionen. Anledningar till att detta inte förekommer är många och skiljer sig något åt beroende på om det är den privata utförarens eller regionens perspektiv som beaktas. Det handlar bland annat om att det upplevs som krångligt att hantera två parter i ett avtal, men det beror också på affärsmässiga och juridiska utmaningar, liksom på den lokala kontextens påverkan.

¹⁰ Sedan den 1 juli 2019 är uthyrning av vårdpersonal momspliktig. Det innebär att den vårdpersonal som hyrs in (exempelvis en privat utförare såsom fysioterapeut eller psykolog) tar ut moms för sina tjänster på en vårdmottagning. Momssatsen är 25 procent

Praktiska förutsättningar för gemensamma avtal

Praktiska förutsättningar för utförare att ingå gemensamt avtal kan exempelvis handla om ersättningsmodeller, typ av villkor, möjlighet att sinsemellan fördela åtagandet emellan sig och vad konsekvenserna blir om en utförare inte kan fortsätta sitt uppdrag.

Mot bakgrund av att kartläggningen visar att det är mycket ovanligt att flera privata utförare går samman för att tillhandahålla primärvård har därför denna del snarare kommit att handla om varför det *inte* förekommer och vilka *utmaningar* som regioner och privata utförare ser med att gå samman.

Administrativa utmaningar kring ansvar och sekretess

En majoritet av representanterna för regionerna ser inte något värde i att flera privata utförare gemensamt ingår avtal med regionen för att tillhandahålla primärvård.

Detta beror bland annat på att regionerna generellt önskar ha *en* avtalspart eftersom det underlättar registrering och hantering av data i regionens administrativa system. De upplever med andra ord att det blir administrativt besvärligt om det är flera vårdgivare som gått samman för att erbjuda primärvård. Avtalsmallar tas fram av respektive region och är utformade på lite olika sätt. Mallarna är inte utformade så att de gör det möjligt för flera utförare att teckna avtal tillsammans. Exempelvis finns det vanligen bara en rad för uppgifter om företagsnamn och organisationsnummer. Trots att det är tänkt att enbart en utförare ska fylla i avtalet så är det praktiskt möjligt för exempelvis två utförare att fylla i sina respektive uppgifter. Men i de avtal som har studerats står det inte angivet att man *får* fylla i flera uppgifter. Detta är även den bild som framgått vid samtal med regionerna, det vill säga att enbart *en* utförare fyller i avtalet.

Ytterligare en anledning till att *en* avtalspart är att föredra är att det riskerar att skapa juridiska utmaningar om *vem* som är ansvarig vårdgivare om flera utförare går samman för att erbjuda primärvård. Det kan även riskera att skapa frågor gällande ersättning och till vilken utförare ersättning ska utgå. Även om flera privata utförare skulle ingå avtal gemensamt så gör regionerna bedömningen att det trots allt skulle behövas en huvudansvarig för avtalet.

Gemensamma avtal riskerar med andra ord generera administrativa, finansiella och juridiska utmaningar. Ett exempel på detta är de verksamhets-specifika uppgifter som registreras i HSA (hälso- och sjukvårdens adressregister)¹¹ [5], som är en elektronisk katalog till vilken en juridisk person kopplas.

¹¹ HSA innehåller kvalitetsgranskade uppgifter om organisationer och personer inom vård och omsorg i Sverige. Informationen i HSA används i många tjänster för att invånare och personal ska kunna söka efter kontaktuppgifter och hitta rätt vård på nätet. Uppgifterna i HSA är också en viktig källa för att ge behörighet när användare loggar in i tjänster och system.

Om flera aktörer väljer att gå samman, så skulle det vara flera juridiska personer i ett avtal. Då blir det svårt med ansvarsfrågan, det skulle bli krångligt (region)

Exempel på juridiska svårigheter: HSA-id

En respondent vid en region beskriver hur alla verksamheter har ett eget HSA-id i en nationell elektronisk katalog (utöver detta finns även lokala kataloger). Utförarens HSA-id kopplas mot vad de ska ha för tjänster (exempelvis 1177 vårdguiden, journalsystem, utförandet av remiss). Det får bara vara *en* juridisk person kopplad till ett HSA-id, vilket innebär att om två utförare vill gå samman i ett avtal så kommer det att generera två separata HSA-id. Om två privata utförare önskar gå samman torde det därför bli juridiskt och sekretessmässigt smidigare om det går samman i ett gemensamt bolag.

Andra utmaningar för att gå samman är kopplade till sekretess mellan vårdgivare när det gäller journalföring. Om två utförare väljer att tillsammans teckna avtal med regionen för att driva en hälsocentral så är de två olika vårdgivare med sekretess sinsemellan. Om den ena läkaren i mötet med en patient önskar rådfråga sin kollega, tillika annan vårdgivare, om patienten så måste patienten samtycka till att denne delar patientinformation.

Inte heller de privata utförarna upplever ett värde i att gemensamt ingå avtal med regionen för att erbjuda primärvård. Även privata utförare vill ha en avtalspart, och då utifrån ett affärs- och ansvarsperspektiv.

Det är väl själva vitsen med vårdvalet, att man har tillgång till olika vårdgivare med olika idéer om hur man vill jobba så att man som patient kan välja det som passar en bäst (privat utförare)

I linje med regionerna belyser även de privata utförare som har intervjuats inom ramen för uppdraget bland annat juridiska utmaningar gällande ansvarig vårdgivare och tillhörande sekretessförbindelse som riskerar att uppstå om utförare ingår avtal gemensamt. Vidare framkommer att det även kan skapa utmaningar på grund av konkurrensskäl samt att det upplevs som administrativt besvärligt. En respondent från en större privat utförare uppger följande:

Från regionernas sida så är det stenhårt att det är en avtalspart och ett bolag – de är hårda med det. Det finns nog en del hinder (privat utförare)

Ett fåtal respondenter har lyft fram positiva aspekter av att som utförare komma med en *gemensam ansökan och teckna gemensamt avtal* med regionen. Incitament till att gå samman och teckna gemensamt avtal handlar i stort om att man tillsammans blir mer resursstark i förhållande till regionen. En liten privat utförare beskriver det så här:

Mindre utförare upplever sig sällan prioriterade i regionens ögon. Om ett antal utförare går samman och tecknar gemensamt avtal med regionen skulle vi tillsammans upplevas som starkare och mer attraktiva för regionen, och på så sätt bli mer prioriterade (privat utförare)

Även möjligheten att ingå *gemensamt bolag* kan ses som positivt utifrån det faktum att de ingående bolagen får tillfälle att arbeta tillsammans mot gemensamma mål och att det möjliggör ett närmare samarbete mellan utförarna.

Vidare framhålls att ett sammangående mellan privata utförare skulle generera en ökad kompetensbas och ökade resurser, vilket skulle innebära att en ensam läkare på egen hand inte måste stå för alla roller i bolaget, såsom att hantera administration, ekonomi, personalfrågor och inköp.

Sammantaget framkommer dock att en majoritet av såväl regioner som privata utförare menar att de utmaningar som riskerar att uppstå om flera privata utförare ingår gemensamt avtal med regionen är så stora att *en* avtalspart i slutändan är att föredra.

Driva vårdföretag och få möjlighet att växa

En ytterligare anledning till att det inte finns något större intresse bland de privata utförarna att gå samman handlar om att det finns en vilja och ett intresse av att etablera och driva sitt *eget* vårdföretag. En affärsdriven entreprenör kan med andra ord se ett värde och incitament med att driva och utveckla sin egen verksamhet och därigenom ha möjlighet att själv påverka företagets struktur, tillväxt och utveckling.

I det läget kan det vara mer relevant för en privat utförare att i stället anlita underleverantörer för specifika tjänster, snarare än att gå samman och driva en hälsocentral tillsammans. Med underleverantörer eller anställningar har den privata utföraren då möjlighet att växa i den takt och skala som ägaren själv har kontroll över.

I sammanhanget är det värt att nämna att denna typ av privata utförare också tar upp ett antal utmaningar kopplade till regionernas vårdvalskonstruktion och ersättningsmodeller samt glesbygdsaspekter. Mer om detta redogörs för i kapitlet "Förutsättningar och utmaningar för privata utförare att verka i primärvården".

Regionernas flexibilitet i dialog med privata utförare

Det framkommer en variation mellan regionerna gällande möjligheter att hitta lösningar i de fall då privata utförare önskar gå samman för att tillhandahålla primärvård. Även viljan och ambitionen att föra dialog och samverka med de privata utförarna i regionen varierar mellan regionerna.

Flera privata utförare upplever en viss ovilja från regionens sida mot att hitta nya former för samarbete mellan privata utförare. De utförare som faktiskt *vill* gå samman inför ansökan eller avtal om primärvård får i vissa fall som svar från regionen att det inte är möjligt. Detta kan delvis förklaras av förvaltningarnas olika inställning och arbetssätt i relation till privata utförare mer generellt samt att företrädarna för regionerna eventuellt inte känner till möjligheten. Detta resonemang utvecklas vidare i kapitlet "Förutsättningar

och utmaningar för privata utförare att verka i primärvården”, där det presenteras och analyseras som påverkansfaktorer för privata utförares möjlighet att etablera sig och bedriva verksamhet inom primärvården.

Men det finns även exempel på regioner som uppges ha en mer lösningsorienterad inställning och vill hitta lösningar som förenklar för mindre utförare. I en specifik region har de förtydligat att de privata utförarna gärna får ha underleverantörer, och regionen har inga krav på specifika öppettider. I samma region har de även smalnät av primärvårdsuppdraget så att barnhälsovård och mödrahälsovård sedan årsskiftet 2020/2021 har blivit ett frivilligt tillval.

Då kan allmänläkare som vill öppna i mindre orter göra det. Vi har inte blivit kontaktade av någon part som sagt att de vill samordna med andra. Men vi skulle vara positiva och försökt hitta en lösning på det om någon skulle vilja (region)

Information och kunskap om regelverkets möjligheter

En av delfrågorna i regeringsuppdraget berör vilken information och kunskap som finns hos regioner och privata utförare om de möjligheter som regelverket tillåter och, om kunskapen brister, föreslå hur den kan öka.

Variation i kännedom om möjlighet till samverkan

Knappt hälften av regionerna känner till den möjlighet för privata utförare att ingå gemensamma avtal för att tillhandahålla primärvård som ges genom 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem, alternativt möjligheterna för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Vidare framkommer att regionerna inte tror att de privata utförarna känner till möjligheten eller ens önskar gå samman och bedriva en gemensam hälsocentral. Bland annat nämns ambitionen att som entreprenör ta ansvar för och driva sin egen verksamhet och att entreprenörer antas vilja förverkliga den enskilt.

Även intervjuer med privata utförare visar på en stor variation vad gäller kännedom om möjligheten att som en grupp av leverantörer ansöka om och bedriva verksamhet inom primärvårdsområdet. Bland intervjupersonerna är det främst de större privata utförarna som känner till möjligheten. Bland privata utförare framkommer att de i första hand läser regionernas uppdragsspecifikation och sällan aktuell lagtext inför ansökan, vilket kan vara en anledning till att vetskapen om möjligheten är låg. Vidare framgår att det inte är lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling i sig som sätter gränser, utan snarare regionens uppdragsspecifikation där krav på utföraren framgår. I linje med detta finns en önskan om att förtydliga och anpassa förfrågningsunderlagen¹² så att de skapar liknande spelregler för privata utförare i relation till regionens egna utförare.

¹² För LOV används förfrågningsunderlag och LOU upphandlingsdokument. I verkligheten används dock förfrågningsunderlag ofta för alltihop men sedan 1 jan 2017 så heter det egentligen upphandlingsdokument när det handlar om LOU.

Samordning mellan utförare och patientperspektivet

Nedan redogörs för samordning mellan utförare och hur de primärvårdsinsatser som utförare gemensamt erbjuder kan vara samordnande och sammanhängande för patienten så att dennes vårdbehov kan tillgodoses på bästa sätt.

Samma journalsystem

Ett område som regionerna tar upp i sammanhanget samordning är frågan om krav på användning av samma journalsystem. En majoritet av regionerna menar att de ställer krav på att de privata utförarna ska använda samma journalsystem som verksamheterna i egen regi för att genom det underlätta och säkerställa samordning mellan utförare, i detta fall när det gäller delning av patientinformation. Utförarna å sin sida, framför allt de större, menar att kravställning på samma journalsystem inte löser samordningsfrågan. Även med olika journalsystem finns förutsättningar att dela information.

En närliggande utmaning som främst de större privata utförarna lyfter fram, kopplat till regionernas kravställning på samma journalsystem, är utmaningen för dem själva eftersom det i praktiken innebär att de måste hantera olika journalsystem beroende på vilken region de verkar inom. Det skulle kunna innebära att en utförare med verksamhet i landets alla regioner kan komma att hantera ett stort antal olika journalsystem. En större utförare menar att om de i stället hade fått välja sitt eget journalsystem så hade de enbart haft ett system för hela koncernen. Dock belyser ett flertal utförare, liksom regionerna, att det finns ett värde i att ha samma journalsystem som andra verksamheter inom regionen.

Breda eller smala vårdval

Regionernas olika konstruktion av vårdvalen kan ta sig uttryck som *smala* vårdval, det vill säga separata vårdval utöver hälsocentraler, respektive *breda* vårdval, det vill säga ett samlat vårdval för samtliga eller de flesta delar av primärvårdens uppdrag.

Regioner och utförare tar upp utmaningar med att dela upp vården i smala vårdval och att det kan påverka möjligheten att ha en sammanhållen vårdkedja. Anledningen är att ansvaret för patientens vårdkedja då faller på fler utförare, vilket kan resultera i att patienten fastnar i de organisatoriska mellanrummen [6].

Delat ansvar är ingens ansvar (privat utförare)

Vidare menar såväl regioner som privata utförare att smala vårdval går emot ambitionerna att säkerställa samordning och kontinuitet, på grund av risken att smala vårdval resulterar i ett fragmentiserat vårdsystem. Smala vårdval kan däremot innebära en möjlighet för små utförare att etablera sig eftersom de kan etablera verksamhet inom en specifik del inom primärvården (exempelvis rehabilitering, fysioterapi, psykiatri, barnhälsovård eller mödrahälsovård).

Majoriteten av regionerna har breda vårdval. Ett brett vårdval kan innebära en utmaning för små utförare i etableringsfasen mot bakgrund av att de genom de krav och villkor som ställs i regionens specifika förfrågningsunderlag ska ansvara för ett stort antal roller.

Rent krasst innebär det breda vårdval som vi har i vår region att jag är osäker på vem som skulle ha möjlighet att starta upp en hälsocentral idag? Du ska ha avtal med barnmorska, fysioterapeut, fotvård, dietist osv. Det är ingen som skulle ha råd med det idag (privat utförare, glesbygd)

Men breda vårdval kan även innebära en styrka eftersom det medför en samlad vårdgivare, och att det i sig kan skapa en känsla av närhet och teamkänsla. Det lyfts även fram som en fördel för patienten då denna tas om hand av en och samma utförare, vilket kan innebära en hög grad av sammanhållen vård.

Patientperspektivet

Vid intervjuer med patientföreningar framhålls särskilt värdet av att utveckla och förbättra de digitala systemen eftersom detta underlättar samordning. Vidare menar patientföreningarna att en fast vårdkontakt kan innebära en minskad risk att patienten blir en ”bärare av sin egen journal” mellan möten med olika vårdgivare. Patient- och professionsföreningar lyfter även fram utmaningen med privata utförares bristande tillgång till varandras journaler och att det kan skapa problem i mötet med patienten.

Det är alltid en fördel att man kan samverka och ta del av väsentlig information. Många besök sker idag i onödan för att man inte har tillgång till varandras patientinformation (professionsförening)

Patientföreningarna tar också upp värdet av en personlig hälsoplan inom vilken patienten kan påverka och följa sin vård och att det kan leda till en ökad patientdelaktighet. Slutligen belyser patientföreningarna vikten av ett ledarskap inom vården som värdesätter ett teamarbete där alla är en lika viktig del.

Inga författningsändringar föreslås

Det arbete som har genomförts inom ramen för uppdraget har inte lett fram till att några författningsändringar kommer att föreslås. Vid de intervjuer som har genomförts med regioner och privata utförare har ingen respondent belyst utmaningar eller problem som härrör från lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

Under intervjuerna med privata utförare lyfts ingen specifik lagstiftning fram som utmaning eller hinder. Det är snarare den omfattande kravställningen på vårdgivare, och det faktum att författningskraven återfinns i en mängd olika författningar, som beskrivs som komplext. Detta gör det svårt för mindre privata utförare att etablera och bedriva verksamhet eftersom det krävs kunskap och kompetens om de omfattande regelverken. Det anges dock inga specifika exempel eller utmaningar som skulle kräva en författ-

ningsändring i detta hänseende. Snarare handlar det om regionernas tillämpning av lagstiftningen i upphandling och avtal (se kapitlet "Förutsättningar och utmaningar för privata utförare att verka i primärvården").

Förutsättningar och utmaningar för privata utförare att verka i primärvården

Kartläggningen visar att det sällan förekommer att flera utförare går samman och tecknar avtal med regionerna om att bedriva primärvård. Av samtalen med såväl regioner som privata utförare verkar det heller inte finnas incitament eller större intresse av att i högre grad utnyttja den möjlighet om att gå samman som finns i regelverket¹³.

I de intervjuer och samtal som förts med regioner, privata utförare och övriga aktörer inom ramen för uppdraget har flera aspekter av privata utförares förutsättningar att verka inom primärvården lyfts upp och diskuterats.

Vissa av dessa berör samtliga privata utförare, oavsett storlek, och är av mer nationell karaktär, medan andra utgörs av regionala förutsättningar, såsom regionernas uppdragsspecifikationer eller aktuella geografiska och demografiska förutsättningar.

I detta kapitel presenteras och analyseras de förutsättningar och utmaningar för privata utförare av olika storlek att verka i primärvården som varit mest framträdande i arbetet och som Socialstyrelsen bedömer kan behöva hanteras vidare i det fortsatta arbetet.

Regionernas tillämpning av lagstiftning och vårdvalets konstruktion

Sedan den 1 januari 2010 har alla regioner infört vårdval inom primärvården. De samtal som förts med olika aktörer inom detta uppdrag visar att regionerna tillämpar vårdvalen på olika sätt. Skillnaderna visar sig både i hur vårdvalen är konstruerade runt om i landet samt vilka krav som ställs på utförarna för det aktuella uppdraget.

Vårdvalets konstruktion

Det vanligaste är att regionerna har konstruerat vårdvalet inom primärvården i någonting som här benämns som *breda vårdval*. Detta innebär ett vårdval som innehåller de allra flesta delar av primärvårdens uppdrag, alltifrån hälso-central till barnhälsovård och rehabilitering. För de privata utförarna innebär detta ofta ett mycket omfattande uppdrag, där de som ansöker och sedan tecknar avtal med regionen om att bedriva primärvård behöver säkerställa att de har tillräckliga resurser och kompetens för att leva upp till uppdraget. Den övervägande majoriteten av regionerna tillämpar i dag breda vårdval. Det är

¹³ Möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans delta i ett valfrihetssystem enligt 5 kap. 1 § lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), alternativt möjligheterna för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU), tillämpas i primärvården.

dock vanligt att någon del ändå är frivillig att erbjuda och därmed inte omfattas av vårdvalet, alternativt ligger inom ett separat vårdval för exempelvis fysioterapi, mödrahälsovård eller medicinsk fotvård.

Några få regioner organiserar vårdvalet genom så kallade *smala vårdval*. De smala vårdvalen kännetecknas av att de, utöver hälsocentral, har flera separata vårdval inom områden som exempelvis barnhälsovård, mödrahälsovård, fysioterapi, psykiatri, medicinsk fotvård och hemsjukvård. Det tydligaste exemplet på tillämpning av smala vårdval återfinns i dag i Region Stockholm.

Regionernas uppdragsspecifikationer

Det primärvårdsuppdrag som de privata utförarna tecknar avtal med regionerna om specificeras i ett underlag som beskriver de olika krav och villkor som gäller. Innehållet i underlagen liknar varandra i vissa avseenden och skiljer sig åt i andra mellan regionerna. Dokumenten benämns på olika sätt (exempelvis som ”uppdragsspecifikation”, ”regelbok” eller ”handbok”), tas fram av respektive region och revideras regelbundet, ofta på årsbasis.

Figur 2. Exempel på uppdragsspecifikationer



Uppdragsspecifikationerna innehåller krav på ekonomisk stabilitet och ekonomiska förutsättningar för att fullgöra åtagandet. Här beskrivs även förutsättningar för möjligheten att anlita underleverantör för delar av uppdraget.

Det vanliga är också att de villkor som berör ersättningen beskrivs i ett särskilt avsnitt. I de flesta fall förekommer beskrivningar av villkor avseende tillgänglighet och öppettider. Främst handlar det om krav på öppettider 8–17 helgfria vardagar, men i vissa fall förekommer skrivningar om att hälsocentralens öppettider ska anpassas till patienternas behov, och i något fall utgår extra ersättning för förlängda öppettider [7].

Det skiljer sig åt mellan regioner huruvida det är ett krav att tillhandahålla digitala besök som en del i att säkra en god tillgänglighet. Ett annat exempel på varierande villkor för privata utförare inom primärvården i olika delar av landet är det så kallade startbidrag som Region Sörmland ger. Startbidraget är en fast ersättning vid etablering av en hälsocentral, som ett alternativ till

att ge ersättning för listning. Bidraget betalas ut månadsvis under maximalt 12 månaders tid [8]. Liknande bidrag förekommer även på andra håll.

I glesbygdsregioner innehåller uppdragsspecifikationerna i större utsträckning skrivningar om utlokaliserad verksamhet som en möjlighet att öka tillgängligheten. Region Norrbotten beskriver villkor för två olika typer av utlokaliserad verksamhet till hälsocentralen i form av filial eller servicepunkt [9].

Olika förutsättningar och utmaningar för de privata utförarna utifrån vårdvalens konstruktion

Det finns variationer avseende tillämpningen av lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Dessa innebär att förutsättningarna för privata utförare att verka i primärvården varierar i relativt stor utsträckning beroende på vilken region de önskar etablera sig i eller verka inom. Detta kan vara en utmaning från ett patientperspektiv, eftersom regionerna ska erbjuda en jämlik vård till alla invånare. För de något större privata utförarna innebär skillnaderna i tillämpning mellan regionerna en ytterligare utmaning, eftersom det är vanligt att de har tecknat avtal om att bedriva primärvård med flera olika regioner, som då ställer olika krav.

Nyetablering försvåras av breda vårdval

I samtal med privata utförare framkommer utmaningar och framgångsfaktorer gällande vårdvalens konstruktion i samband med nyetablering. De breda vårdvalen kan vara svåra att leva upp till eftersom de medför ett omfattande uppdrag. Detta är en reell utmaning för många av de privata utförarna, men kanske allra tydligast för ett företag i etableringsfasen.

Det går inte som utförare att vara hur liten som helst och samtidigt klara ett brett primärvårdsuppdrag, oavsett vad lagen säger är möjligt (region)

Ibland beskrivs detta i termer av att de mest omfattande uppdragen i vårdvalet innebär ett inträdeshinder för att etablera sig. Detta skulle även kunna vara en bidragande orsak till att det i dag inte startar så många nya hälsocentraler i landet, framför allt inte i glesbefolkade regioner [10]. Om det i en region finns en önskan om att öka antalet utförare av primärvård kan denna fråga därför vara viktig att analysera vidare.

Att tillämpa smalare vårdval lyfts också fram som en fördel, främst för mindre utförare i glesbygd eller företag i etableringsfasen, eftersom detta kräver färre resurser och kompetenser för att svara upp mot ett mer avgränsat uppdrag. Några privata utförare för också fram möjligheterna med att i etableringsfasen ansvara för ett mer avgränsat uppdrag, för att sedan kunna vidga sitt åtagande.

Möjligheter till samverkan för att leva upp till ett brett uppdrag

Ett sätt för mindre utförare att överbrygga hinder som breda vårdval innebär är att verka som underleverantör till en större utförare – vilket är mycket vanligt för exempelvis fysioterapeuter. Ett annat alternativ är att själv anlita underleverantör för delar av uppdraget.

I dialogen med de privata utförarna förs även frågan fram om att regionernas val att tillämpa breda vårdval i praktiken också skulle kunna vara en strategi för att begränsa antalet privata utförare. Effekten kan då bli att det endast är de större privata vårdkoncernerna som uppfyller hela det breda primärvårdsuppdrag som utförare enligt vårdvalet måste uppfylla, och de mindre privata utförarnas enda möjlighet att bedriva verksamhet är som underleverantör till dessa.

Samordning

Regioner och privata utförare har lyft fram breda vårdval som en framgångsfaktor gällande samordning kring individen. Det ger goda förutsättningar att samordna olika insatser utifrån patientens behov, exempelvis mellan läkare, fysioterapeut och barnmorska som verkar inom samma utförare.

Vissa regioner och större privata utförare framhåller utmaningen med smala vårdval och att de kan innebära en större risk för ökad fragmentisering av hälso- och sjukvården. Andra, främst mindre utförare, poängterar i stället att primärvården *alltid* kräver samordning mellan olika aktörer och att smala vårdval därför i sig inte ska behöva innebära något hinder.

I sammanhanget nämns även regionernas möjlighet att ställa krav och följa upp i syfte att säkerställa god samordning mellan berörda aktörer. Detta bör också ställas i relation till de långtgående bestämmelser som gäller regionernas skyldigheter att tillgodose patientens behov av samordning, i samverkan med andra vårdgivare.

I både hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, och patientlagen (2014:821), PL, finns bestämmelser som rör samordning och samverkan:

- Regioner och kommuner ska inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt samordna olika insatser för patienten i de fall det är mest ändamålsenligt att samordningen sker inom primärvården (13 a kap. 1 § HSL).
- Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Det innebär att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet (5 kap. 1 § HSL).
- I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska regionen samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare (7 kap. 7 § HSL).
- Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt (6 kap. 1 § PL).

Glesbygdsperspektivet

Flera regioner och privata utförare av olika storlek framhåller att primärvårdens breda och övergripande uppdrag i sig kan vara en utmaning för planeringen av verksamheten i glesbygd, utöver utmaningen att bedriva och få ekonomi i verksamhet i glesbefolkade områden.

Planeringsförutsättningar i glesbygd

Både regioner och utförare uppger att det finns specifika utmaningar i glesbygd såväl för huvudmännen som för utförare. Huvudmännen för hälso- och sjukvården har ett grundläggande ansvar att erbjuda en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, oavsett om patienten bor i ett mer eller mindre glesbefolkat område. En del i målet för hälso- och sjukvården om vård på lika villkor består i att hälso- och sjukvården ska vara jämlik. Alla som bor i Sverige ska som princip ha samma möjlighet att vid behov få tillgång till hälso- och sjukvård. Om huvudmännen ska kunna erbjuda samma service och en jämlik vård till alla medborgare kan vården behöva vara utformad på olika sätt. Antalet utförare och fördelningen mellan verksamhet i egen regi och privata utförare kan behöva se olika ut i glesbygd respektive storstad för att åstadkomma en jämlik hälso- och sjukvård över landet. Att även de mindre utförarna ingår i regionens totala planering av hälso- och sjukvårdsutbudet i regionen anses viktigt, oavsett om de är många eller få.

Anpassade vårdval för glesbygd

En aspekt som har lyfts fram av regioner och utförare är regionernas möjlighet att anpassa villkoren i förfrågningsunderlagen för olika områden inom regionen, exempelvis glesbygd och tätort. Det är ett sätt att i större utsträckning nyttja de möjligheter som finns i dag för att underlätta för mindre aktörer i primärvården och för verksamhet i glesbygd.

Vårdvalens utformning i breda eller smala vårdval, som beskrivits i avsnittet ”Vårdvalets konstruktion”, kan påverka mindre aktörer i glesbygd extra mycket mot bakgrund av att det är få som kan uppfylla kraven i förfrågningsunderlagen för breda vårdval. Samtidigt är behovet av samordning och samverkan runt patienten extra viktig i glesbefolkade områden eftersom logistiken i att ta sig till en hälsocentral kan vara en utmaning i sig för många patienter. De privata utförarna uppger att en god lokalkännedom, det vill säga möjligheten att skapa nätverk mellan aktörer, är extra viktig i glesbygd. De privata utförarna framhåller också särskilt samverkan mellan regionalt finansierad hälso- och sjukvård och kommunal verksamhet, både i form av kommunalt finansierad primärvård och socialtjänst, som viktig för att kunna verka i mindre orter.

Ett annat sätt som regionerna särskilt lyfter fram för att underlätta planering och etablering av mindre aktörer i mer glesbefolkade områden är möjligheten till filialverksamheter. Filialverksamheter är när samma vårdgivare finns på olika platser inom regionen men kraven på filialernas tillgänglighet och utbud inte behöver vara samma som för huvuddelen av verksamheten. I praktiken kan det handla om att en filialverksamhet erbjuder öppen mottagning enbart under vissa dagar. Detta återfinns i ett antal regioner och lyfts fram som en väl fungerande verksamhetsform. Den innebär alltså inte ett underleverantörsförfarande, utan att samma verksamhet delas upp inom regionen med syfte att kunna erbjuda en närmare vård i exempelvis glesbygd.

Kompetensförsörjning i glesbygd

Ytterligare en utmaning som framkommit vid dialogen med privata utförare är möjligheten att säkra kompetensförsörjning av primärvård i glesbygd. Svårigheterna att rekrytera medarbetare med rätt kompetens utifrån behov är i vissa delar av landet stora, särskilt i glesbygd, vilket bland annat yttrar sig i form av vakanser på hälsocentralerna. En respondent uppgav att ”vi kan anställa alla som överhuvudtaget vill arbeta med hälso- och sjukvård” som exempel på de behov som i dag finns.

Det är inte samma rörlighet som man ser i större regioner. De som vill ha tjänster får tjänster. Vi har svårt att rekrytera. De etablerade verksamheterna kan ta emot de som vill jobba med primärvård (privat utförare, glesbygd)

En möjlighet som nämns av de privata aktörerna för att locka läkare till glesbygd är att förlägga en del av läkarutbildningen till glesbygd. En annan möjlighet är att skapa bättre förutsättningar att bedriva forskning vid hälsocentraler i glesbygd genom samarbete med universitet och högskolor. Genom att förlägga delar av utbildning eller specialiseringstjänstgöring till glesbygd finns möjligheten att de som genomgår utbildningen väljer att stanna kvar på orten. Det handlar med andra ord om att på olika sätt göra det mer attraktivt att etablera och driva verksamhet i glesbygd.

Professionsföreningarna framhöll särskilt vikten av ett levande samhälle och att det finns arbetstillfällen samt skola för en eventuellt medföljande partner och familj, som också måste kunna ha ett fungerade yrkesliv på orten.

Även familjelivet måste gå ihop. Jag var tvungen att flytta till stan när barnen började skola, annars hade jag varit tvungen att gå ner i tid för att hinna köra barn. Det finns inte arbete för den andra föräldern om en läkare ska etablera sig i glesbygd (professionsförening)

Arbete i glesbygd innebär ofta långa avstånd. För exempelvis en ensam sjuksköterska som gör hembesök krävs därför en trygghet och kännedom om bygden. En privat utförare menar att detta faktum kan bidra till att det dels är svårt att rekrytera personer med rätt kompetens och rätt personlighet, dels att få dem att stanna. Även att vara ensam läkare vid en hälsocentral, vilket ofta är fallet i glesbygd, innebär ett stort ansvar för att driva och utveckla verksamheten. Ett exempel som lyfts fram är att läkare som verkar i glesbygd ofta blir arbetsledare och ansvarig för den inhyrda personal som också behövs för att möta kompetensbehovet i verksamheten. Detta sammantaget innebär att det inte enbart krävs en formell kompetens utan även en genuin vilja att arbeta och verka i den specifika kontext som glesbygd innebär.

Regionala skillnader i bemanning i glesbygd

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys redovisar att hälften av landets hälsocentraler har minst en läkarvakans och att den totala vakansgraden för läkare uppgår till 21 procent. Totalt handlar det om mellan 1 200 och 1 500 tjänster. Men andelen hälsocentraler som har vakanser skiljer sig mycket åt

beroende på geografiska förutsättningar. I storstäder har 38 procent av hälsocentralerna vakanser, i (mindre) städer och förorter är andelen 47 procent och i glesbygd 67 procent. Vakanserna hanteras ofta genom inhyrd personal: i glesbygd är ungefär hälften av alla legitimerade läkare inhyrda eller vikarier, medan motsvarande andel för storstäder är 20 procent [11].

Både andelen hälsocentraler som har minst en ST-läkare i allmänmedicin och det genomsnittliga antalet ST-läkare per hälsocentral har ökat mellan 2012 och 2017. Fördelning mellan regioner och mellan städer och glesbygd är dock ojämn. Flest ST-läkare per 1 000 invånare finns i storstäderna, minst antal i glesbygd. I glesbygd har man även färre ST-läkare per anställd specialist. Hälsocentraler i glesbygd upplever också en större svårighet att behålla läkarna när de är färdigutbildade specialister. Var läkare gör sin specialistutbildning har betydelse för var de arbetar i framtiden, vilket gör att en ojämn fördelning av ST-tjänster riskerar att cementera en ojämn kompetensfördelning för framtiden [11].

Utmaningarna med kompetensförsörjning leder till oönskade regionala skillnader och utmaningar att tillhandahålla en god och jämlik vård. En generell framtidsspaning visar dock att många av vårdens unga och kommande medarbetare har starka önskemål om att kunna bo och verka i andra delar av landet än i storstadsregionerna jämfört med tidigare generationer. Hållbar livsmiljö och närhet till naturen är viktiga faktorer när unga väljer var de vill bo och verka, men detta kräver i sin tur hållbara och förutsägbara villkor för att man ska vilja etablera sig och sina närstående i en glest befolkad del av landet [12]. Detta har också i något fall lyfts fram av privata utförare inom ramen för detta uppdrag. Enkelheten är någonting som då betonas som en del i den specifika kontext som glesbygd innebär.

Vi har inget svårt att få läkare att komma hit och jobba. Varför? De säger att det är enkelheten. Nyckeln är väl att ha patientfokus och se det från patientens perspektiv. I och med den närhet vi har här – alla känner alla etc. – så är det möjligt (privat utförare, glesbygd)

Ersättningsmodeller

De privata utförarna i glesbygd uppger att det är en utmaning att göra det lönsamt att bedriva primärvård enligt samma förutsättningar som för en mer centralt belägen hälsocentral. Hälsocentraler belägna i glesbygd har ett mindre potentiellt patientunderlag. Längre avstånd tar dessutom mer tid för eventuella hembesök osv. Detta leder i många fall till att verksamheten går med underskott, något som blir särskilt problematiskt för en mindre, privat aktör.

Flera regioner har i dag anpassade ersättningsmodeller för primärvårdsuppdrag i glesbygd. Vanligtvis innebär det att ersättningsmodellen är anpassad efter glesbygdens specifika kontext och ger så kallade glesbygdstillägg för avstånd, småskalighet och befolkningstäthet och andra sådana parametrar. Det finns även fall där regionen ger en fast ersättning för detta, alltså en form av kapiteringsersättning. Av denna kartläggning har det dock framkommit att dessa tillägg kan behöva vidareutvecklas och användas i högre grad för att säkerställa en god och nära vård för samtliga medborgare oavsett var de bor.

Utförarna uppger i flera fall att de upplever att glesbygdstilläggen, eller övrig ersättning, inte är tillräckliga för att täcka de extra kostnader man har. Ett exempel som nämns är ersättning vid hembesök, där visserligen själva hembesöket ersätts, men där man menar att den långa restiden till och från patienten inte ersätts på ett adekvat sätt.

Utförarna framhåller även det faktum att patienter i glesbygd statistiskt sätt har ett större vårdbehov, beroende på socioekonomiska faktorer (vilket bl.a. tas upp i *Effektiv vård: slutbetänkande av En nationell samordnare för effektiva resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (SOU 2016:2) [13] och *Digifysiskt vårdval: tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42) [14]). Även här finns det delade meningar huruvida glesbygdstilläggen eller övrig ersättning är tillräckliga för att möta det större vårdbehovet hos dessa patienter och om den samlade ersättningen för insats, kapitering och glesbygdstillägg är tillräcklig för utförarna.

Digitalisering

Digitaliseringens möjligheter är särskilt viktiga i glesbygd. Förutom att avståndet mellan patienten och vårdinrättningen kan vara långt kan också avstånden mellan olika vårdinrättningar vara långa. Då ökar behovet av att hitta andra former för vårdkontakter. Digitalisering blir då centralt för att identifiera och utveckla nya former för vårdkontakter. I arbetet har det framkommit flera exempel på digital samverkan och delaktighet mellan vård och patient, men också mellan olika delar av hälso- och sjukvårdssystemet. Det har också framkommit ett tydligt behov av att detta ersätts på ett adekvat sätt, och att ersättningsmodellerna i glesbygd utformas så att de stödjer en utveckling där digitaliseringens möjligheter tas till vara.

Det pågår också en rad statliga satsningar inom området för att främja utvecklingen, bland annat från Nordiska ministerrådet [15]. Exempel på sådana satsningar är, förutom digitala vårdkontakter, så kallade digitala hälsorum/samhällsrum i samhällen som har långt avstånd till närmsta hälsocentral.

Olika traditioner av privata utförare i regionerna

Olika regionala traditioner, uttrycka i politikens inställning och förvaltningens arbetssätt i regionerna, är stora påverkansfaktorer när det gäller privata utförares möjlighet att etablera sig och bedriva verksamhet inom primärvården. Detta lyfts fram på flera sätt i samtalen med regioner och privata utförare.

Förvaltningens arbetssätt

När lagen om valfrihetssystem trädde i kraft år 2009 införde regionerna vårdval i primärvården. Deras arbete med att realisera vårdval utvecklades från sedan tidigare skilda arbetssätt och erfarenheter avseende privata utförare inom hälso- och sjukvården. För vissa regioner var privata utförare redan någonting vanligt förekommande, men för andra var det nytt och oprövat. Där privata utförare redan var en naturlig del inom hälso- och sjukvården är vår bedömning att det sannolikt till viss del hade haft en påverkan på interna processer och arbetssätt avseende exempelvis kravställning, uppföljning samt struktur för dialog. I de regioner som inte hade en tradition av privata utförare i någon större utsträckning kan det troligtvis ha inneburit större förändringar eftersom dessa haft mindre erfarenhet av att separera rollerna utförare och beställare.

Varje region ger sammantaget en tydlig bild av att förvaltningarnas arbetssätt gentemot de privata utförarna i dag skiljer sig åt i flera avseenden. Såväl regioner som privata utförare lyfter fram att detta i grunden beror på skilda arbetskulturer och olika syn på sin roll avseende samverkan och dialog mellan region och privata utförare.

Regionerna ansvarar både för att ha en väl fungerande primärvård i egen regi och för att säkerställa att det finns goda förutsättningar för de privata utförarna att verka inom primärvården. I sammanhanget lyfts det också fram som viktigt att fortsatt arbeta för att tydligt skilja på regionens roll som beställare respektive utförare. Detta är bland annat viktigt för att inte riskera att ansvaret för verksamheter i egen regi prioriteras framför verksamheter i privat regi, som ett resultat av tidigare organisation och arbetssätt, samt för att säkerställa det övergripande ansvaret för den primärvård som finns tillgänglig för invånarna.

Regionala skillnader blir utmaningar för privata utförare

Att regionernas roll och uppdrag gentemot de privata utförarna av primärvård främst handlar om att ställa krav och följa upp vården är tydligt. Det är också vanligt att regionerna lyfter fram vikten av att i sin roll som beställare agera på samma sätt gentemot privata utförare som mot utförare av primärvård i egen regi, även om det framgår att detta inte alltid är fallet. I praktiken handlar det om att säkerställa att man i rollen som huvudman har ett övergripande patient- och invånarperspektiv.

Vi behandlar alla utförare lika – vi ser till alla utförare och en primärvård får våra invånare (region)

Det skiljer sig åt huruvida regionerna ser det som en tydlig del i sitt uppdrag att föra en mer kontinuerlig dialog med de privata utförarna samt ge olika typer av information eller stöd. Några regioner beskriver att de har regelbunden dialog med de privata utförare man har tecknat avtal med, men att det inte förs någon formaliserad dialog med information och service för de aktörer som är intresserade av att etablera sig i regionen och ansöka om att bedriva primärvård.

Förvaltningens syn på sin egen roll som beställare i förhållande till de privata utförare som bedriver primärvård och på rollen som utförare påverkar utförarnas situation i flera avseenden. I stort handlar det om huruvida de privata utförarna ses som en naturlig del i den primärvård som finns i regionen, och i vilken utsträckning de exempelvis får ta del av relevant information från regionen och delta i utvecklingsprojekt eller kompetensutveckling på motsvarande sätt som verksamheterna i egen regi. De privata utförarna tar också upp önskemål om att ha en löpande dialog och informationsdelning med regionen under året, och inte enbart i samband med den årliga revideringen av uppdragsspecifikationerna.

Jag kan ibland känna att vi privata utförare hamnar lite utanför, trots att vi ingår i primärvården som bedrivs här (privat utförare)

Politikens intentioner

Politikens intentioner i regionen och dess syn på privata utförare påverkar också utförarnas möjlighet att etablera sig. Både regioner och privata utförare har framfört att det ofta finns en etablerad inställning hos politiken om hur de ser på utvecklingen i regionen avseende tillkomst av nya utförare inom primärvården.

Politiken vill få in fler utförare inom primärvården (region)

Politiken skulle nog gärna se att nästa hälsocentral som öppnar drivs i egen regi (region)

Vissa regioner lyfter fram att det kan handla om en tradition eller kultur som inte är så lätt att bryta eller förändra vid ett maktskifte, i de fall där det sedan lång tid skapats en arbetskultur som påverkat regionens syn på sin roll i sammanhanget. I vissa regioner uppges det exempelvis finnas en stark tradition som säger att det är regionen som själva ska driva hälso- och sjukvården, vilket kan påverka möjligheterna för de privata utförarna att etablera sig, trots införande av vårdval. Ett exempel som framkommit handlar om att den politiska majoriteten i regionen i något fall önskar gå mot att införa mer smala vårdval inom primärvården, men att detta kan ta tid att förverkliga eftersom de breda vårdvalen tidigare dominerat.

I sammanhanget lyfts det därför fram som viktigt att politiken och förvaltningen inom regionerna tillsammans och på ett medvetet sätt arbetar med frågan om ett gemensamt förhållningssätt och hur de önskar ha dialogen med privata utförare.

Statens roll

Regionerna och staten har båda roller i att stimulera utförarnas möjligheter att konkurrera genom kvalitet. Statens möjligheter att underlätta för privata utförare att verka inom primärvården är också någonting som diskuterats tillsammans med olika intressenter inom ramen för uppdraget. Ett sätt att stimulera vårdvalens utveckling och därmed privata utförares möjligheter att etablera sig är att lyfta frågan. I detta sammanhang har flera aktörer nämnt att de upplever ett minskat intresse för vårdvalens utveckling. Det har beskrivits som att regeringen tidigare på olika sätt följde upp vårdvalens utveckling i regionerna, men att detta inte sker i lika stor utsträckning i dag. Exempelvis nämns att Konkurrensverket nu inte får så omfattande uppdrag kopplade till vårdvalens utveckling som tidigare¹⁴. Inte heller Upphandlingsmyndigheten har haft uppdrag kopplade till vårdvalen de senaste åren. Det som rent konkret har nämnts som behov framåt är dels att regeringen bör efterfråga information om vårdvalens utveckling och tillämpning, dels möjligheten att Upphandlingsmyndigheten skulle få i uppdrag att i större utsträckning erbjuda stöd och service till privata utförare och regioner genom att bland annat visa goda exempel på hur upphandlingsprocessen kan gå till¹⁵. I sammanhanget har det också förts fram ett behov av att statliga myndigheter erbjuder bland annat uppföljningsstöd till regionerna i deras roll som beställare.

Nationella taxan

Privata utförare kan, så som beskrivits i avsnittet ”Primärvård genom LOV och LOU”, ansluta sig till det offentliga finansieringssystemet dels genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och dels genom upphandling via lagen (2008:962) om valfrihetssystem. För vissa specialistläkare och fysioterapeuter finns det dock också ett tredje sätt att ansluta sig, via den så kallade *nationella taxan*.

Regioner och privata utförare menar att nationella taxan påverkar förutsättningarna att verka i primärvården, särskilt när det gäller entreprenörers vilja och incitament för att ingå avtal med regionerna. Ersättningsystemet för vårdgivare som anslutits via nationella taxan regleras i förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning (FOL) och i förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi (FOF). En förutsättning för en anslutning till nationella taxan är att vårdgivaren inte uppfyller kraven i förfrågningsunderlagen och kan ansluta sig inom ramen för ett vårdval i den region där vårdgivaren vill verka. Vårdgivaren kan alltså inte välja nyanslutning till nationella taxan framför en vårdvalsanslutning. Effekten i praktiken blir att det inte ansluts fler läkare som bedriver primärvård via den nationella taxan eftersom dessa läkare i stället ska gå via regionernas vårdval för primärvård. Det är dock möjligt för fysioterapeuter att ansluta sig eftersom fysioterapi

¹⁴ Konkurrensverket har inte haft något regeringsuppdrag avseende vårdvalet sedan 2014.

¹⁵ I Digifysiskt vårdval (SOU 2019:42) föreslås att Upphandlingsmyndigheten får i uppdrag att göra en analys av behovet av en uppdaterad nationell vägledning för prövning och kravställande enligt LOV och LOU samt vid behov ta fram en sådan uppdatering (avsnitt 17.5.2, s.504 f). Upphandlingsmyndigheten avstyrker förslaget. Upphandlingsmyndigheten har tillstyrkt ett tidigare förslag att myndigheten tillförs resurser för att förstärka stödet avseende upphandling av vård- och omsorg. https://www.upphandlingsmyndigheten.se/globalassets/dokument/remissvar/2019-0237_digifysiskt_vardval.pdf

inte alltid upphandlas via vårdval (se avsnittet ”Regionernas tillämpning av lagstiftningen och vårdvalets konstruktion” för ett mer ingående resonemang om vårdval).

Vi (vårdgivare) brukar säga att nationella taxan är både en välsignelse och en förbannelse. Fördelen är att det ger en långsiktighet, det finns en lag som styr och ger möjlighet till långsiktighet. Men regionerna gör allt för att motverka etablering via nationella taxan och man upplever sig utfryst. Aktörer på nationella taxan släpps inte in fullt ut i resten av primärvården (privat utförare)

De flesta av de i dag taxeanslutna vårdgivarna anslöts till nationella taxan innan bestämmelserna om vårdval infördes i svensk lagstiftning (LOV), och därför finns det, trots införandet av LOV, också läkare som bedriver primärvård via nationella taxan i dag.

En vårdgivare kan ansluta sig till det offentliga systemet genom att köpa en redan pågående vårdverksamhet som regleras via nationella taxan, s.k. *ersättningsetablering*. Om det vid tiden för överlåtelsen finns ett vårdval som i uppdragets omfattning och bredd är jämförbart med en aktuell verksamhet på taxan är en ersättningsetablering dock inte möjlig.

Aktörer på taxesystemet

Antalet läkare och fysioterapeuter verksamma med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LOF) är procentuellt sett förhållandevis litet sett till det totala antalet läkare och fysioterapeuter i Sverige. Ca 11 procent av alla yrkesverksamma fysioterapeuter bedriver sin verksamhet med stöd av LOF (totalt 1 515 stycken 2017). Samtliga bedriver sin verksamhet inom primärvården. Under 2015 svarade de för cirka 35 procent av alla fysioterapibesök. De arbetar organisatoriskt i regel flera tillsammans och delar ofta på lokal och utrustning [16].

Andelen yrkesverksamma läkare som bedriver sin verksamhet med stöd av LOL är drygt 2 procent. Antalet taxeanslutna läkare har minskat de senaste åren. Mellan åren 2011 och 2017 minskade de från 1 015 till 841. De svarade under 2015 tillsammans för 5,4 procent av samtliga läkarbesök. Deras verksamheter utgörs i stor utsträckning av ensampraktiker eller av ett mindre antal samlokaliserade läkare. Avseende både läkare och fysioterapeuter är de flesta taxeanslutna verksamma i region Stockholm, följt av region Skåne och Västra Götalandsregionen [17].

En möjlighet som påverkar

Även om inställningen till den nationella taxan är både positiv och negativ hos respondenterna upplever ändå den enskilde vårdgivaren möjligheten till ett livslångt avtal som en stor fördel jämfört med andra möjligheter att ansluta sig till det offentliga finansieringssystemet. Genom att ingå, eller överta genom så kallad ersättningsetablering, ett avtal enligt nationella taxan kan vårdgivaren få en större trygghet i att verka i primärvården eftersom man, så länge som det finns ett patientunderlag, är garanterad livslång inkomst. Den

nationella taxan erbjuder en långsiktighet, det livslånga avtalet, jämfört med LOV och LOU-upphandlingar, där huvudman och vårdgivare i stället skriver avtal för ett eller flera år i taget och vårdgivaren aldrig kan vara säker på fortsatt uppdrag.

Regioner och utförare ger bilden att de aktörer som har avtal via nationella taxan ogärna säger upp dessa för att i stället ingå avtal via lagen (2008:962) om valfrihetssystem eller lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. I sammanhanget är det också en del av regionerna som nämner att de aktörer som finns på nationella taxan rimligen också är entreprenörer som vill driva sin egen verksamhet och som egentligen skulle passa alldeles utmärkt som privata utförare i en upphandling. Så länge förutsättningarna är mer bekväma och ekonomiskt fördelaktiga på nationella taxan kommer dessas aktörer sannolikt inte gå in i en upphandling.

Den största delen av nya läkare på nationella taxan är s.k. ersättningsetableringar, och gällande läkare i primärvården är det den enda möjligheten till taxeavtal sedan lagen (2008:962) om valfrihetssystem infördes. Att ersättningsetableringar fortfarande sker i sådan utsträckning visar att för en del av både läkare och fysioterapeuter är etablering enligt nationella taxan ett attraktivt val. För flera, inte minst i glesbygd, kan den livslånga verksamhetsgarantin vara så attraktiv att man hellre väljer att ansluta sig via ett taxeavtal än att gå ihop med andra aktörer för att kunna ansluta sig via ett vårdval.

Informationsdelning

Mindre privata utförare framhåller att regelverket för informationsdelning kan vara en utmaning för att etablera sig och att gå samman i olika konstellationer för att bedriva primärvård. Det beror delvis på patientdatalagens (2008:355) utformning, men även på kunskap och praktiska förutsättningar.

Legala förutsättningar

Allt som dokumenteras av hälso- och sjukvården i syfte att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador för en patient är en journalhandling. När olika vårdgivare, inom eller mellan region och kommun, delar information om en och samma patient regleras detta av bestämmelsen om sammanhållen journalföring i 6 kap. 1 § patientdatalagen (2008:355). Det finns inga särskilda bestämmelser som rör informationsdelning när vårdgivaren verkar i privat regi. Sammanhållen journalföring gör det möjligt att under vissa förutsättningar ta del av personuppgifter mellan vårdgivare genom direktåtkomst¹⁶.

Information kan delas via direktåtkomst förutsatt att det rör en patient som vårdgivaren har en aktuell patientrelation med, att uppgifterna kan antas ha betydelse för att förebygga eller behandla sjukdomar och skador hos patienten samt att patienten har samtyckt till sammanhållen journalföring.

En sjuksköterska på en privat hälsocentral kan exempelvis då genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats av en skolläkare i elevhäl-

¹⁶ <https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/direktatkomst-overgripande>
<https://div.socialstyrelsen.se/juridiskt-stod/ta-del-av-uppgifter-mellan-varldgivare>

san eller en specialistläkare på ett sjukhus som drivs i regionens regi. På motsvarande sätt kan exempelvis olika utförare inom i den kommunala hälso- och sjukvården genom direktåtkomst ta del av uppgifter som dokumenterats i patientjournalen av regionanställd hälso- och sjukvårdspersonal. Detta kräver inte att utförarna har samma journalsystem, men förutsätter att systemen kan utbyta information mellan varandra, s.k. interoperabilitet.

Praktiska förutsättningar

Även där gällande rätt möjliggör informationsdelning mellan vårdgivare finns det ett antal praktiska hinder. En praktisk utmaning som flera tagit upp är regelverket kring sammanhållen journalföring och möjligheten att dela information. De utmaningar som nämns handlar dels om lagstiftningens utformning, där samtyckesförfarandet upplevs som omfattande eftersom samtycke måste ges mellan varje vårdgivare även om de gått ihop som underleverantörer till varandra. Det rör sig om mer verksamhetsnära utmaningar när olika vårdgivare använder olika journal- och patientadministrativa system och interoperabiliteten mellan systemen brister, det vill säga svårigheter att utbyta information mellan olika IT-stöd. Behovet av en ökad interoperabilitet i hälso- och sjukvården är känt sedan länge och ligger till grund för regeringens och SKR:s Vision e-hälsa 2025.

Flera utförare menar att svårigheterna med att dela information mellan olika vårdgivare upplevs som ett hinder för samverkan och gör det mindre attraktivt att gå samman och teckna avtal med en region. Om exempelvis två privata utförare vill gå samman och skriva avtal med regionen, men fortfarande göra det i sina respektive bolag, kommer de att vara två olika vårdgivare och ha en sekretessgräns emellan sig. För att dela information måste de då uppfylla kraven enligt patientdatalagen (2008:355) för att kunna dela information mellan varandra, trots att de verkar enligt samma avtal.

Vissa regioner ställer krav på ett visst journalsystem för att bedriva primärvård i regionen. Några regioner ersätter de privata utförarna för den kostnad som är förknippad med inköp av och licens för journal- eller patientadministrativa system för att på så sätt inkludera privata utförare i samma vårdinformationsmiljö som verksamheten i egen regi. I de regioner där så inte sker uppfattas kostnaden som relativt hög för mindre privata utförare. För de privata utförare som verkar i flera regioner blir det faktum att olika regioner använder olika journal- och patientadministrativa system också ett hinder, eftersom de måste arbeta med och i flera olika IT-stöd inom samma bolag.

Diskussion och behov av insatser

Sammanfattande diskussion

Det övergripande syftet med uppdraget har varit att kartlägga hur möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans få delta i ett valfrihetssystem enligt 5 kap. 1 § LOV, alternativt möjligheterna för en grupp utförare att delta i en upphandling enligt 4 kap. 5 § LOU, tillämpas i primärvården. Vidare ska Socialstyrelsen, om det inte är uppenbarligen obehövt, lämna författningsförslag som förenklar för mindre enheter att i samverkan med andra erbjuda sina tjänster i primärvården.

Kartläggningen har visat att det inte förekommer att privata utförare gemensamt ingår avtal med regionerna för att tillhandahålla primärvård, även om det finns enstaka exempel på att utförare inkommer med gemensamma ansökningar. Det har heller inte framkommit något intresse eller behov från privata utförare eller regioner att i högre grad utnyttja denna möjlighet. Att det förhåller sig på det viset beror inte på reglernas utformning i sig utan på en rad andra faktorer, som bristande kunskap om de möjligheter som redan finns och att de praktiska förutsättningarna ofta saknas. Att föreslå ändringar i 5 kap. 1 § LOV och 4 kap. 5 § LOU är således inte en lösning på problemet. Myndigheten lämnar därför inga förslag på författningsändringar som förenklar för mindre enheter att i samverkan med andra ingå avtal och verka inom primärvården.

Övriga frågeställningar som också ingått i regeringsuppdraget har varit följande:

- hur ofta möjligheterna för flera olika utförare att gemensamt ingå avtal med regionerna används och omfattningen av dessa avtal
- praktiska förutsättningar för utförare som gemensamt ingår sådana avtal, vad gäller exempelvis möjlighet att sinsemellan fördela åtagandet emellan sig och vad konsekvenserna blir om en utförare inte kan fortsätta sitt uppdrag
- vilken typ av villkor som ställs upp för respektive utförare, till exempel gällande ersättningsnivåer
- vilken information och kunskap som finns hos regioner och utförare om de möjligheter som regelverket tillåter och, om kunskapen brister, föreslå hur den kan öka
- hur de primärvårdsinsatser som utförare gemensamt erbjuder kan vara samordnade och sammanhängande för patienten så att dennes vårdbehov kan tillgodoses på bästa sätt.

Socialstyrelsen har analyserat och sett över behovet av eventuella andra insatser som syftar till att undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården. Resultatet av denna analys och översyn presenteras i avsnittet ”Insatser för att undanröja hinder och förenkla för utförare”.

Möjligheterna utnyttjas inte

Mot bakgrund av att det inte förekommer att privata utförare gemensamt ingår avtal med regionerna för att tillhandahålla primärvård har det varit relevant att undersöka bakgrunden till att denna möjlighet inte utnyttjas. I några fall har det visat sig handla om att två eller fler privata utförare av olika praktiska och affärsmässiga skäl i något skede i stället väljer att gå samman och bilda ett nytt gemensamt bolag inför avtalstecknande.

Något som ytterligare påverkar incitamenten för privata utförare att gå samman är att regionerna generellt visar olika grad av flexibilitet när det gäller att hitta lösningar för de utförare som önskar etablera sig. Det förekommer exempelvis skillnader mellan de olika regionerna huruvida de prioriterar att hitta lösningar i de fall utförare önskar gå samman för att tillhandahålla primärvård via gemensamt avtal.

En annan orsak till att möjligheten inte används är olika drivkrafter och incitament hos professionen att vilja etablera verksamhet i samverkan med andra, där både entreprenörskap och konkurrens är påverkande faktorer.

Kartläggningen visar att det är regionernas egen kravställning och specificering av uppdraget, som är den mest styrande förutsättningen för de privata utförarnas etablering inom primärvården, vilket också kan vara en bidragande orsak till att möjligheterna i lagstiftningen inte nyttjas i större utsträckning.

I många fall saknas kunskap hos regioner och mindre utförare om möjligheten att ingå gemensamma avtal. Möjligen skulle en ökad kunskapsnivå i frågan hos regionerna i förlängningen kunna påverka utförarnas möjligheter på sikt. Även tydlig information till utförare om möjligheten att ingå gemensamma avtal skulle kunna påverka tillämpningen. Det finns olika ekonomiska, juridiska och affärsmässiga utmaningar för utförare som önskar ingå gemensamt avtal, och såväl utförare som regioner ser det därför inte som en reell möjlighet i dag.

Privata utförare visar samtidigt ett intresse att i högre grad etablera sig inom primärvården. Det är dock tydligt att det inte handlar om behov av författningsändringar eller att via lagstiftning utveckla ytterligare möjligheter för aktörer att gå samman. Det är snarare andra utmaningar som anses mer centrala. Mot bakgrund av detta redogörs nedan för utmaningar och möjligheter för etablering och drift av verksamhet. I slutet av kapitlet ges förslag på ett antal insatser som kan förenkla för små utförare att etablera sig inom primärvården.

Möjligheter och incitament för samverkan

Privata utförare har hittat andra vägar att samverka med varandra för att dela upp ett stort uppdrag mellan sig, exempelvis genom att anlita eller agera underleverantör. Det finns också fortsatt ett behov av olika former av samverkan mellan utförare för att hantera det samlade primärvårdsuppdraget i förfrågningsunderlagen.

Privata utförare kan ha olika grad av intresse för att samverka, till exempel på grund av olika drivkrafter, affärsideer och visioner hos enskilda utförare av primärvård. Här kan det finnas behov av att möjliggöra för och stimulera nya affärsmodeller som stärker privata utförarens incitament att samverka på

olika sätt, för att därigenom få fler utförare att etablera sig inom primärvården.

Brist på kännedom kan vara orsak till att möjligheten inte utnyttjas

Brist på kunskap och information om möjligheten för flera utförare att gå samman för att bedriva primärvård skulle kunna vara en orsak till att möjligheten inte nyttjas. Om regionerna inte har kunskap om de möjligheter som finns påverkar det sannolikt den information eller den rådgivning som de ger privata utförare. Likaså innebär bristande kännedom hos de privata utförarna om möjligheten för en grupp av utförare att gå samman för att bedriva primärvård en stor risk att möjligheten inte utnyttjas. Den rådande kulturen och det som är allmänt känt är att det är *en* utförare som är avtalspart med regionen.

Förutsättningarna för små privata utförare

För mindre privata utförare och privata utförare i etableringsfasen finns ofta utmaningar med att få verksamheten att gå runt ekonomiskt. De vanligt förekommande så kallade breda vårdvalen innebär också särskilda svårigheter för mindre privata utförare och privata utförare i etableringsfasen. Sammantaget riskerar åtagandet att bli för stort och de ekonomiska förutsättningarna för dåliga för att möjliggöra etablering, särskilt i mer glesbefolkade områden. För att stimulera och underlätta etablering av små privata utförare, och särskilt privata utförare i glesbygd, kan det därför behövas speciella insatser för detta. För regionerna kan det exempelvis handla om att utveckla sina ersättningsmodeller för att bättre svara mot behoven hos de mindre privata utförarna och privata utförare i etableringsfasen, vilket initialt kan innebära ökade kostnader för regionerna.

Att underlätta för privata utförare att verka i primärvården

Detta avsnitt har belyst olika förutsättningar och utmaningar som de privata utförarna behöver förhålla sig till mer generellt men som även skulle kunna påverka deras möjligheter till samverkan sinsemellan.

Framför allt finns det en stor variation mellan regionerna när det gäller både inställning till att föra dialog med de privata utförarna i regionen och hur de praktiskt tillämpar lagen (2008:962) om valfrihetssystem och utformar vårdvalen. För att säkerställa en jämlik och tillgänglig vård över hela landet och underlätta etableringen för privata utförare generellt kan det därför finnas behov av att på olika sätt stärka förutsättningarna för likformighet gällande vårdval mellan regionerna.

Ett viktigt verktyg för att stimulera etablering av privata utförare kan vidare vara att stärka och utveckla det näringsfrämjande arbetet som är en del av regionernas uppdrag. Det kan exempelvis handla om att regionerna kontinuerligt bjuder in till en dialog med privata utförare inom primärvården för att fånga erfarenheter. Det kan också röra sig om att erbjuda dessa företag service och stöd av olika slag, som en naturlig del i det näringslivsfrämjande och regionala utvecklingsansvar som ligger i respektive regions uppdrag.

En annan möjlighet för regionerna att underlätta nyetablering inom primärvården kan vara att tillämpa så kallade smalare vårdval för privata utförare i etableringsfasen och i glesbefolkade områden för att ge bättre förutsättningar att uppfylla kraven genom ett mer avgränsat uppdrag.

Nya författningskrav av primärvårdsuppdraget ökar behovet av inkludering

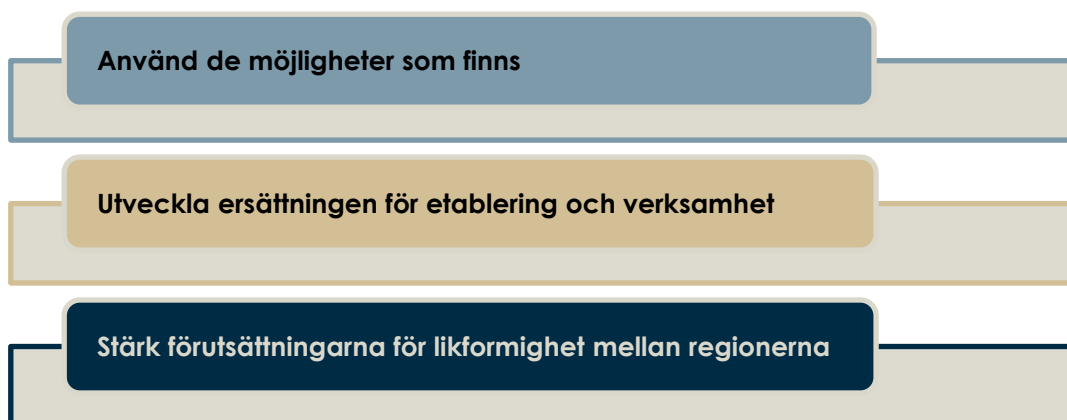
I kapitlet ”Primärvårdens uppdrag” redogörs för de nya författningskrav som träder i kraft den 1 juli 2021 och som innebär en ny, bredare och mer omfattande definition av primärvård. Det införs också ett nationellt reglerat primärvårdsuppdrag. Mot bakgrund av de synpunkter kring breda vårdval som inkommit från aktörer är detta något som kommer att behöva hanteras. Även om tillämpningen av breda vårdval som innefattar stora delar av primärvårdsuppdraget kan gynna samordning kring patienten, kan den nya definitionen och det nationella uppdraget innebära att de bredare vårdvalen blir ännu bredare, vilket i sin tur skulle försvåra för små privata utförare.

Som beskrivits tidigare har regionen (och kommunen) långtgående krav på planering av sin hälso- och sjukvårdsvärksamhet oavsett om utföraren är privat eller i egen regi. Kartläggningen visar att bestämmelsen i 7 kap. 7 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) inte alltid tillämpats på ett sätt som gör att små privata utförare känner sig inkluderade och som en jämställd part i regionens utbud av utförare. Just denna planeringsaspekt kommer att bli ännu mer central efter 1 juli 2021. Ett första steg för att hantera detta skulle kunna vara att säkerställa att de privata utförarna av primärvård inkluderas i fråga om övergripande planering av hälso- och sjukvårdsvårdens verksamhet och utbud, nationella satsningar och planering av regionernas kompetensförsörjning – i högre grad än vad de är i dag.

Insatser för att undanröja hinder och förenkla för utförare

I följande avsnitt presenteras insatser som identifierats för att undanröja hinder och förenkla möjligheterna för utförare av olika storlek att verka inom primärvården. Insatserna är uppdelade i tre olika områden:

Figur 3. Förslag på insatser



Använd de möjligheter som finns

Öka informationen och kunskaperna om de möjligheter som finns att gå samman

Regionerna kan behöva stärka sin kunskap om de möjligheter för privata utförare att tillsammans inkomma med en ansökan om att bedriva primärvård som redan erbjuds i dag i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Som ett nästa steg behöver regionerna även kunna ge denna information till privata utförare och öppna upp för dialog kring olika lösningar för mindre utförare att gå samman. Regionerna kan även i högre grad hänvisa privata utförare till informationstjänster på verksamt.se enligt förslaget nedan.

Skapa bättre förutsättningar för att ansöka gemensamt

De privata utförarnas förutsättningar för att gemensamt inkomma med ansökan om att bedriva primärvård behöver stärkas. Det kan exempelvis röra sig om att utforma rutiner och mallar för ansökan och avtal, med syfte att tydliggöra möjligheten och administrativt förenkla förfarandet.

Öka samverkan inom regionerna mellan hälso- och sjukvård och regional tillväxt

Regionerna kan behöva verka för en utvecklad intern samverkan mellan den del inom regionen som arbetar med upphandling av primärvård och den del som ansvarar för regional tillväxt och eventuella näringslivsfrämjande stöd och aktiviteter för regional tillväxt.

Utveckla tjänster inom verksamt.se

Den information som finns tillgänglig på verksamt.se kan behöva ses över för att se att de tjänster och information som finns för att starta och driva vårdföretag kan utvecklas i syfte att stimulera fler små utförare att etablera sig inom primärvården.

Om verksamt.se även utvecklas så att små utförare kan finna stöd kopplat till upphandling och vårdval för att bedriva primärvård, kan regionerna i högre grad använda och hänvisa till verksamt.se i sitt bemötande av frågor från olika utförare eller intresserade entreprenörer.

Utnyttja smala vårdval för nyetablering av primärvård

Regionerna kan behöva se över möjligheten att underlätta för små privata utförare att etablera sig genom så kallade smala vårdval. I de smalare vårdvalen kan regionerna exempelvis se över om vissa krav i förfrågningsunderlagen skulle kunna utgå under de inledande verksamhetsåren, för att därefter gå över i ett bredare vårdval efter en viss tid eller omsättning.

Utnyttja filialverksamhet för att öka primärvårdsnärvaron

För att öka närvaron av primärvård i glesbygd kan regionerna i ökad utsträckning öppna upp för möjligheten för privata utförare att starta filialer utanför tätort. Regionerna kan stimulera utvecklingen av filialverksamhet genom att informera om möjligheten samt utveckla stöd och stödstrukturer för att verksamheter belägna i tätort ska kunna utnyttja den befintliga möjligheten att öppna filialer i glesbygd.

Inkludera samtliga vårdgivare i planeringen av hälso- och sjukvården

Regionerna kan behöva se över sina rutiner och strukturer för att säkerställa att den långtgående planeringsskyldighet som åligger dem enligt 7 kap. 7 § HSL efterlevs och att regionens övergripande planeringsarbete också inkluderar de vårdgivare som verkar i privat regi. Det kan även innebära att inkludera privata vårdgivare i marknadsdialog och förstudier inför upphandlingar.

Inkludera privata utförare i nationella satsningar

Det behövs stärkta krav på uppföljningen av nationella satsningar i form av statsbidrag och överenskommelser när det gäller privata utförares möjlighet att inkluderas i dessa. I överenskommelserna om god och nära vård framgår att privata utförare ska omfattas av de insatser som ingår i överenskommelsen, men det är inte alltid tydligt i vilken grad de privata aktörerna blivit inkluderade. I Socialstyrelsens uppföljning av God och nära vård har regionerna inte redovisat i vilken utsträckning privata aktörer är en del av de nationella satsningarna, varav detta inte tas upp i rapporten [18].

Utveckla ersättningen för etablering och verksamhet

Ge etableringsstöd för små utförare i uppstarten och utvecklingen av verksamheten

Regionerna kan behöva se över sina strukturer och former för etableringsstöd, både för att utveckla en verksamhet och i fråga om särskilda möjligheter till stöd i den tidiga uppstarten av en verksamhet för att kompensera initiala kostnader för investeringar. Det bör skapas någon form av riskdelning mellan regionerna och utförarna där de små utförarna inte behöver ta hela risken själva.

Säkerställ ersättningsystem som tar hänsyn till glesbygdsförutsättningar

Regionerna kan behöva fortsätta att utveckla sina ersättningsystem för att anpassade dem även för mindre utförare. Detta kan även innefatta att regionerna särskilt ser över att kapiteringsersättningen täcker de extra kostnader som är förknippade med verksamhet i glesbygd.

Ge stöd till privata vårdgivare i glesbygd

Möjliga tillvägagångssätt för att införa statsbidrag eller annan statlig stödfinansiering för att främja små privata företags möjligheter att etablera sig som vårdgivare i glesbygd behöver ses över.

Stärk förutsättningarna för likformighet mellan regionerna

Stärk uppföljningen av vårdvalens utveckling på nationell nivå

Uppföljning av vårdvalens utveckling i regionerna kan behöva stärkas för att säkerställa en jämlik vård. Genom att följa upp vårdvalens utveckling får regeringen information om hur regionerna väljer att anpassa vårdvalen i relation till det nationellt reglerade primärvårdsuppdraget. Viss uppföljning av olika avgränsade aspekter av vårdvalsreformen har genomförts av bl.a. Konkurrensverket, Riksrevisionen, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

samt av regionerna själva. Gemensamt utvecklingsarbete har även bedrivits av regionerna med statligt ekonomiskt stöd när det gäller utveckling av ersättningsystemen samt uppföljning. Någon samlad uppföljning eller utvärdering har däremot inte genomförts i någon större utsträckning [14].

En uppföljning av vårdvalens utveckling i regionerna kan exempelvis ske genom en förnyad uppföljning av det slag som Konkurrensverket haft i uppdrag tidigare att genomföra, att följa upp regionernas arbete med vårdvalssystemet i primärvården ur konkurrenssynpunkt¹⁷.

Säkerställ att det nya nationella primärvårdsuppdraget hanteras likartat mellan regionerna

Regionerna kan behöva stöd i arbetet att i sina respektive förfrågningsunderlag tillämpa det författningsreglerade nationellt gemensamma primärvårdsuppdrag som gäller efter den 1 juli 2021. Syftet är att säkerställa att tillämpningen av det gemensamma uppdraget blir likartat och jämlikt och att även små privata utförare kan inkluderas. Stödet kan exempelvis utgöras av gemensamma mallar för förfrågningsunderlagen och ska syfta till att primärvårdsuppdraget tolkas och utformas likartat och jämlikt i hela landet, oavsett i vilken regi som utförare verkar.

¹⁷ Uppdrag att följa upp vårdvalssystemet i primärvården och den specialiserade öppenvården (S2013/5937/FS)

Referenser

1. Socialdepartementet. *God och nära vård: en primärvårdsreform* (SOU 2018:39). Stockholm: Norstedts Juridik; 2018.
2. Upphandlingsmyndigheten. *Valfrihetswebben*. [Internet]. Hämtad 2021-02-02 från: <https://www.valfrihetswebben.se/>.
3. Socialdepartementet, 16 kap. 1 § i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
4. Socialdepartementet. *God och nära vård: en reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem* (SOU 2020:19). Stockholm: Norstedts juridik; 2020.
5. Inera. *Katalogtjänst HSA*. [Internet]. Hämtad 2021-02-09 från: www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/hsa-katalogtjanst/.
6. Tyrstrup M. *I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Örebro/Stockholm: Entreprenörskapsforum/Fores/Stiftelsen Leading Health Care; 2014.
7. Region Stockholm. *Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, 2021*. [Webbdokument]. Hämtad 2021-03-18 från: <https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm-2021.pdf>.
8. Region Sörmland. *Regelbok för bedrivande av primärvård inom region Sörmland 2021*. [Internet]. Hämtad 2021-03-18 från: <https://samverkan.regionsormland.se/for-vardgivare/halsoval/vardval-primarvard-halsoval/regelbok-primarvard/>.
9. Region Norrbotten. *Beställning Vårdval primärvård 2021*. [Webbdokument]. Hämtad 2021-03-18 från: <https://vis.nll.se/process/administrativ/Dokument/div-1g-bas-ekpl/Styrande/M%20a51dokument/Best%20a4llning%20V%20a5rdval%20prim%20a4rv%20a5rd%202021.pdf#page=15&zoom=100,166,478>.
10. Konkurrensverket. *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*, 2014:2, Stockholm 2014.
11. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. *Allmän tillgång? Ett kunskapsunderlag för en stärkt försörjning av läkarkompetens i första linjens vård* 2018:05, Stockholm; 2018.
12. AFRY. *Future Cities Survey Results*, 2019. [Webbdokument]. Hämtad 2021-03-18 från: <https://afry.com/sites/default/files/Future%20Cities%20Survey%20Report%20PDF-3495012.pdf>.
13. Socialdepartementet. *Effektiv vård: slutbetänkande av En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (SOU 2016:2). Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
14. Socialdepartementet. *Digifysiskt vårdval: tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet* (SOU 2019:42). Stockholm: Norstedts Juridik; 2019.

15. Nordiskt samarbete. *Digitalisering ska stärka vård och omsorg*. [Internet]. Hämtad 2021-03-18 från: <https://www.norden.org/sv/news/digitalisering-ska-starka-var-d-och-omsorg>.
16. Socialstyrelsen. *Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi*, 2018.
17. SKL. *Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2017*, 2017. [Webbdokument]. Hämtad 2021-03-18 från: <https://docplayer.se/108316001-Privata-lakare-och-fysioterapeuter-i-oppen-var-d-som-verkar-enligt-lag-om-lakarvardsersattning-respektive-lag-om-ersattning-for-fysioterapi-2017.html>.
18. Socialstyrelsen. *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård*, Stockholm: nära vård uppföljning 2020. [Webbdokument]. Hämtad 2021-03-21 från: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-6-6826.pdf>.

Bilaga 1. Sammanställning av antal verksamheter och respondenter

Tabell 1. Sammanställning av antal verksamheter och respondenter

Data fr.o.m. september 2020 t.o.m. januari 2021.

Kategori	Antal verksamheter	Antal respondenter
Regioner (intervju) Samtliga 21 regioner. Ofta beställarchef, vårdvals- chef, handläggare eller utredare	21	31
Privata utförare av primärvård (workshop) Större utförare (4): Achima Care Capio Lideta Praktikertjänst Mindre utförare (5): Active Landvetter Hälsohuset för alla Hälsohuset i Enköping Samtalshuset Strandhälsan Utförare i glesbygdsregioner (4): Familjeläkarna Mitt Medicinkonsulten i Lycksele Nya Närvården Närvård Frostviken	13	15
Fack- och yrkesorganisationer (intervju) Svenska Privatläkarförbundet Fysioterapeuterna Svenska Distriktsläkarförbundet	3	3
Statliga myndigheter (intervju) Inspektionen för vård och omsorg (IVO) Myndigheten för vård- och omsorgsanalys Upphandlingsmyndigheten	3	5
Intresseorganisationer (intervju) Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) Vårdföretagarna	2	4
Patientföreningar samt två representanter från patientnämnder (intervju) Patientnämnden Etiska nämnden i Region Västernorrland Patientnämndens förvaltning i Region Gävleborg Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH) Riksförbundet HjärtLung Diabetesförbundet	5	5
Totalt	47	63

Bilaga 2. Intervjuguide

Följande intervjuguide har använts i samtal med regionerna.

Kartläggning av nuläge och omfattning

I följande avsnitt ställs frågor om hur ofta och i vilken omfattning flera utförare gemensamt ingår avtal med regionerna för att erbjuda primärvård. Möjligheten för flera utförare av hälso- och sjukvård att tillsammans få delta i ett valfrihetssystem regleras enligt 5 kap. 1 § LOV, alt 4 kap. 5 § LOU.

- Hur är vårdvalet i primärvården konstruerat i er region? (ex breda eller smala vårdval)
- I vilken utsträckning förekommer det att flera utförare gemensamt ingår avtal med regionen för att erbjuda primärvård?
- I vilken utsträckning förekommer det att flera gemensamt ingår avtal med regionen för att erbjuda primärvård där en aktör är huvudleverantör och övriga är underleverantörer vid tecknande av avtal?
- I vilken utsträckning förekommer det att flera utförare går samman i en gemensam juridisk form, och bildar ett nytt bolag, för att kunna erbjuda primärvård?
- Om fler utförare önskar ingå gemensamt avtal med regionen, hur skulle det i så fall organiseras rent praktiskt kring villkor och förutsättningar?
- Om det inte förekommer att utförare ingår avtal gemensamt i er region – har ni kännedom om varför det inte förekommer?

Några praktiska förutsättningar för etablering

- Finns det specifika metoder och strategier för att säkerställa god tillgång till primärvård i glesbygd? (Exempelvis genom särskilda ersättningsmodeller)
- Kan möjligheten för fler aktörer att gå ihop som gemensam leverantör vara en lösning för ökad tillgång till primärvård i glesbygd? Hur i så fall?
- Det kan tolkas som lättare för små utförare att ta uppdrag vid smala vårdval, men kan det i sin tur eventuellt innebära en ökad risk att skapa en fragmentiserad primärvård. Hur ser du att det i så fall kan hanteras?
- Det kan tolkas som svårare för små utförare att ta uppdrag vid breda vårdval. Hur ser du att det i så fall kan hanteras?

Information och kunskap

I följande avsnitt ställs frågor om information och kunskap hos regioner och utförare om de möjligheter som regelverket tillåter när det gäller att utförare ingår avtal gemensamt enligt 5 kap. 1 § LOV, alt 4 kap. 5 § LOU.

- Kände ni till att möjligheten finns i LOV och LOU för fler utförare att gemensamt ingå avtal med regionen?
- I vilken utsträckning får regionen frågor om vad regelverket tillåter från utförare som vill ingå avtal tillsammans med andra? Vilken typ av frågor är vanligt förekommande?

- Hur pass flexibel är regionen med att hitta lösningar för att privata aktörer ska kunna etablera sig och bedriva primärvård, kan ni ge exempel på olika situationer?

Samordnande och sammanhängande primärvårdsinsatser

I följande avsnitt ställs frågor om hur primärvårdsinsatser kan vara samordnande och sammanhängande för patienten.

- Hur säkerställs att de primärvårdsinsatser som flera utförare erbjuder tillsammans är samordnade och sammanhängande för patienten?
- Har de utförare som arbetar tillsammans gemensamma system för att underlätta hantering av patientdata? Hur skulle detta kunna hanteras? Finns det utmaningar?
- Ställer regionen krav på att alla utförare i vårdvalet använder samma journalsystem?
- Hur påverkas samordning kring patienten om fler utförare är involverade som leverantörer? På vilket sätt och hur skulle det kunna hanteras?

Förslag till lösningar

I följande avsnitt ställs frågor om insatser som syftar till att undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården.

- Vilka utmaningar och hinder finns det kopplat till möjligheten för fler utförare att ingå avtal gemensamt? Finns det framgångsfaktorer att lyfta fram?
- Vilka andra insatser skulle kunna undanröja hinder och förenkla för utförare av olika storlek att verka i primärvården? Finns det framgångsfaktorer att lyfta fram?
- Vilken/vilka lösningar är lämpliga för att underlätta för fler mindre utförare att starta verksamhet inom primärvården?
- Finns det utmaningar i upphandling och avtalsprocessen idag som du ser skulle kunna förenklas för att förbättra möjligheten för mindre utförare?

Avslutande kommentarer

Finns det något ytterligare ni vill tillägga eller understryka?

Bilaga 3. Projektorganisation

Ansvarig chef

Anders Bengtsson, enhetschef, enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1, Avdelningen för analys

Intern projektgrupp

Charlotte Pihl, utredare och projektledare, enheten för hälso- och sjukvård och tandvård 1, Avdelningen för analys

Jonas Widell, rättssakkunnig, enheten för hälso- och sjukvårdsjuridik, Rättsavdelningen

Extern projektgrupp

Ida Larsson, konsult, Governo

Johanna Stålö, konsult, Governo

Niklas Eklöf, konsult, Governo

Rebecka Strandberg, konsult, Governo

Leif Nordqvist, råd, enheten för analys och forskning, Konkurrensverket