

# Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd

**Ds 2023:23**



**Regeringskansliet**  
Socialdepartementet

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

*Svara på remiss*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.*

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Omslag: Regeringskansliets standard

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2023

ISBN 978-91-525-0669-1 (tryck)

ISBN 978-91-525-0670-7(pdf)

ISSN 0284-6012

# Förord

Socialministern, statsrådet Lena Hallengren, gav den 4 maj 2022 Åsa Himmelsköld i uppdrag att biträda Socialdepartementet med att utreda och ge förslag på hur småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård. Syftet var att skapa långsiktighet och bättre förutsättningar för regionerna att säkerställa tillgång till en jämlik vård i hela landet. Dominika Jansson har sedan augusti 2022 arbetat som utredningssekreterare i utredningen. Härmed överlämnas promemorian Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd. Uppdraget är därmed slutfört. Utredningen vill rikta ett varmt tack till alla som med stort engagemang bidragit till vårt arbete.

Stockholm den 15 maj 2023

Åsa Himmelsköld



# Innehåll

<b>Förord.....</b>	<b>1</b>
<b>1 Sammanfattning.....</b>	<b>7</b>
1.1 Inledning.....	7
1.2 Disposition och metod.....	7
1.3 Begrepp som används i promemorian.....	9
1.4 Förslagen .....	11
1.4.1 Förslagen avseende mindre vårdföretag i hela landet .....	11
1.4.2 Förslag och bedömningar avseende jämlik vård .....	12
<b>2 Författningsförslag.....</b>	<b>15</b>
2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling .....	15
2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner .....	18
2.3 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning .....	21
2.4 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.....	22
2.5 Förslag till förordning om ändring i upphandlingsförordningen (2016:1162).....	23
2.6 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning .....	24

2.7	Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.....	25
2.8	Förslag till förordning om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse .....	26
2.9	Förslag till förordning om ändring i offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641).....	33
<b>3</b>	<b>Gällande rätt .....</b>	<b>35</b>
3.1	Hälso- och sjukvårdslagstiftningen.....	35
3.1.1	Målbestämmelser för hälso- och sjukvården.....	35
3.1.2	Regionernas ansvar för hälso- och sjukvården och möjligheten att lämna över driften till privata utförare.....	36
3.2	Den kommunala självstyrelsen .....	37
3.3	Möjligheter för företag inom hälso- och sjukvården att verka med offentlig finansiering.....	38
3.3.1	Möjlighet att verka inom ramen för lagen om valfrihetssystem.....	38
3.3.2	Möjlighet att verka inom ramen för lagen om offentlig upphandling .....	39
3.3.3	Möjlighet att verka tillsammans med andra leverantörer och som underleverantör.....	45
3.3.4	Möjlighet att verka inom ramen för lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.....	46
3.3.5	Möjlighet att verka med stöd av de så kallade ersättningslagarna.....	47
3.3.6	Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet .....	48
3.3.7	Etableringsfriheten inom EU.....	49
<b>4</b>	<b>Behovet av nya regler och stödåtgärder .....</b>	<b>53</b>
4.1	Mindre företags möjligheter att delta, och tilldelas kontrakt, i offentliga upphandlingar .....	53
4.1.1	Breda uppdrag .....	54
4.1.2	Förutsebarhet och tidsfrister.....	55
4.1.3	Tilldelningskriterier .....	55

4.2	Svårigheter att etablera och driva vårdverksamhet i glest befolkade områden.....	56
4.3	Kritik mot de så kallade ersättningslagarna.....	58
4.4	Hemställan från SKR, SLF och Fysioterapeuterna.....	60
4.4.1	Bakgrund.....	60
4.4.2	”Främjandelagen” – en utgångspunkt för parternas förslag .....	61
4.4.3	Ansvar för systemet.....	62
4.4.4	Övriga punkter i parternas hemställan.....	66
4.4.5	Sammanfattande synpunkter på parternas hemställan .....	67
<b>5</b>	<b>Promemorians förslag .....</b>	<b>69</b>
5.1	Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster .....	70
5.2	Vårdgivare som etablerar sig i glest befolkade områden ska ha möjlighet att ansöka om statsbidrag.....	77
5.2.1	Förutsättningar för statsbidraget .....	81
5.2.2	Bidragets förenlighet med EU-rätten.....	88
5.3	Det behövs fler åtgärder för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet, i synnerhet i glest befolkade områden.....	96
5.3.1	Det råder särskilda förutsättningar i glest befolkade områden .....	107
5.4	LOL och LOF med tillhörande förordningar ska upphävas .....	118
<b>6</b>	<b>Konsekvenser av promemorians förslag och bedömningar.....</b>	<b>121</b>
6.1	Nollalternativ .....	122
6.2	Alternativa lösningar.....	123
6.3	Ekonomiska konsekvenser för samhället .....	125
6.4	Konsekvenser för regionerna och kommunerna.....	127

6.4.1	Konsekvenser för det kommunala självstyret .....	127
6.4.2	Ekonomiska konsekvenser .....	129
6.5	Konsekvenser för staten.....	131
6.5.1	Kostnader med anledning av regionernas och kommunernas skyldigheter att ta fram riktlinjer om hur intresset om mindre företags deltagande i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster ska beaktas.....	131
6.5.2	Kostnader för att ta fram föreskrifter samt att utöva tillsyn på området .....	131
6.5.3	Kostnader för förordningen om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse .....	132
6.6	Konsekvenser för en jämlik vård .....	134
6.7	Konsekvenser för patienter.....	134
6.8	Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens professioner.....	135
6.9	Konsekvenser för sysselsättningen.....	136
6.10	Konsekvenser för företagen.....	136
6.11	Konsekvenser för EU-rätten .....	138
6.11.1	Förhållandet till LOU-direktivet och LUK-direktivet.....	139
6.12	Konsekvenser för integritetsskyddet .....	141
6.13	Övriga konsekvenser .....	143
<b>7</b>	<b>Ikraftträdande .....</b>	<b>145</b>
<b>8</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>147</b>
	<b>Referenser.....</b>	<b>151</b>



# 1 Sammanfattning

## 1.1 Inledning

Denna promemoria har utarbetats inom Socialdepartementet. Syftet har varit att utreda och ge förslag på hur småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård på ett sätt som skapar långsiktighet och bättre förutsättningar för tillgång till en jämlik vård i hela landet. Förslagen ska stimulera mindre hälso- och sjukvårdsaktörers etablering i glesbygd samt skapa förutsättningar för att kunna upphäva lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, förkortad LOL, och lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, förkortad LOF.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Sveriges läkarförbund (SLF) och Fysioterapeuterna – i det följande också benämnda som parterna – har träffat en överenskommelse om ett nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet. Parterna har gemensamt begärt att regeringen tar fram lagförslag i enlighet med denna överenskommelse. Överenskommelsen har beaktats inom ramen för denna promemoria.

## 1.2 Disposition och metod

Denna promemoria kan förenklat delas in i två delar som delvis överlappar varandra; småskaliga verksamheter inom hälso- och sjukvården och jämlik vård i hela landet. Som ett led i den första delen ingår också att lämna förslag som skapar förutsättningar för att LOL och LOF ska kunna upphävas.

Även om de två delarna överlappar varandra finns det en tydlig skiljelinje. De privata utförare som i dag uppbär ersättning enligt LOL och LOF verkar i första hand i tätorter. Åtgärder som vidtas endast i glesbefolkade områden kommer därmed sannolikt att ha

en marginell påverkan på dessa aktörer. Då ett av direktiven för denna promemoria är att se över hur dessa utförare kan anslutas till offentligt finansierad öppen vård behöver de förslag som läggs fram i den delen ha bäring på hela landet och inte enbart glest befolkade områden.

I betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem görs gällande att hälso- och sjukvården behöver använda all befintlig vårdkompetens för att klara omställningen till god och nära vård och att det därför ska vara möjligt för såväl mindre som större privata aktörer att verka i den offentligt finansierade hälso- och sjukvården.<sup>1</sup> Denna uppfattning genomsyrar även lagförslagen i denna promemoria. Förslagen tar därför, vid sidan av de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar enligt LOL och LOF, även hänsyn till andra privata utförare av vårdtjänster, både dem som redan är verksamma på marknaden och potentiella sådana.

Vad gäller möjligheten att bedriva småskalig verksamhet inom hälso- och sjukvården har de olika former under vilka vårdgivare i dag kan verka med offentlig finansiering beaktats i promemorian. Slutsatserna från denna analys har jämförts med förslagen i SKR:s, SLF:s och Fysioterapeuternas hemställan. Syftet med jämförelsen har varit att utreda om ny lagstiftning behövs för att genomföra parternas förslag eller om eventuella hinder mot småföretagande inom hälso- och sjukvården kan angripas inom ramen för befintlig lagstiftning. Som ett led i arbetet har även remissvaren beträffande vissa förslag i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, som parternas hemställan tar avstamp i, beaktats.

Den andra av promemorians två delar fokuserar på frågan om jämlik vård. Mot bakgrund av de olika villkor som råder i landet i fråga om tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster förs en problematiserande diskussion kring själva begreppet ”jämlik vård”. Förslagen och bedömningarna i denna del utgår från de specifika förutsättningar som råder i glest befolkade områden och omfattar alla vårdgivare, oavsett storlek och, i vissa fall, driftsform. Flera frågor i denna del av promemorian är emellertid beroende av det generella kompetensförsörjningsläget. Vissa bedömningar som görs gäller därför hela landet. För att samla underlag till denna del av prome-

---

<sup>1</sup> SOU 2020:19, s. 278.

morian har det genomförts intervjuer, en enkät och en litteraturstudie. Inom ramen för litteraturstudien har såväl svensk som internationell forskning på området beaktats.

Arbetet med promemorian påbörjades i augusti 2022. Promemorians författare har träffat parterna vid flera tillfällen. Dialog har även förts med huvudmän, vårdgivare, intresseorganisationer och myndigheter. De senare inkluderar E-hälsomyndigheten, Konkurrensverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen och Upphandlingsmyndigheten.

### 1.3 Begrepp som används i promemorian

Begrepp som är av särskild relevans för promemorian beskrivs nedan. EU-kommissionen delar upp företag i tre storleksklasser – mikroföretag samt små och medelstora företag – med antal anställda och antingen nettoomsättning eller balansomslutning som utgångspunkt. I valet mellan nettoomsättning och balansomslutning väljs det lägsta värdet. Företagets storleksklass bestäms därefter av den största klass som antal anställda och nettoomsättning eller balansomslutning indikerar. EU:s klassificering avviker från SCB:s motsvarighet som enbart baseras på antal anställda. I promemorian används kommissionens definitioner. De förslag som läggs fram gäller mikroföretag och små företag. Ett mikroföretag har enligt kommissionens definition färre än 10 anställda och en årsomsättning eller balansomslutning som understiger två miljoner euro. Små företag definieras som företag med färre än 50 anställda och en årsomsättning eller balansomslutning som inte överstiger tio miljoner euro.<sup>2</sup> Upphandlingsmyndigheten brukar använda sig av begreppet mindre företag för att beskriva dessa två typer av företag. I promemorian kommer detta begrepp att användas på samma sätt.

Ett av promemorians direktiv är att titta närmare på vårdutbudet i glesbygden. Begreppet glesbygd definieras dock inte i direktiven. I denna promemoria föreslås inte någon legaldefinition av begreppet glesbygd, då begreppet som sådant inte förekommer i de lagförslag

---

<sup>2</sup> Se <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=LEGISSUM%3An26026> samt Kommissionens rekommendation av den 6 maj 2003 om definitionen av mikroföretag samt små och medelstora företag (2003/361/EG). Se även <https://www.upphandlingsmyndigheten.se/inkopsprocessen/forbered-upphandling/sma-och-medelstora-foretag/>

som lämnas. I stället är andra variabler, som avstånd mellan vårdmottagningar, relevanta. I övrigt är Tillväxtverkets uppfattning att olika aktörer, i syfte att utveckla kunskapen och samverka på området, bör använda samma definition av begreppet glesbygd relevant i sammanhanget. Den definition som Tillväxtverket använder togs fram av Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser (Tillväxtanalys) 2014 och utgår från en indelning i sex kommuntyper utifrån befolkningstäthet, befolkningens storlek och avståndet till större städer. Denna indelning vidareutvecklar, enligt Tillväxtverket, det arbete som OECD och Eurostat har gjort på området och underlättar därmed internationella jämförelser. De sex kommuntyperna är följande:

- Kommuner med mindre än 20 procent av befolkningen i rurala områden och en samlad folkmängd på minst 500 000 invånare.
- Övriga kommuner med mindre än 50 procent av befolkningen i rurala områden och minst 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
- Övriga kommuner med mindre än 50 procent av befolkningen i rurala områden och mindre än 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
- Kommuner med minst 50 procent av befolkningen i rurala områden och minst 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
- Kommuner med minst 50 procent av befolkningen i rurala områden och mindre än 50 procent av befolkningen med mindre än 45 minuters resväg till en agglomeration med minst 50 000 invånare.
- Kommuner med hela befolkningen i rurala områden och en i genomsnitt längre restid än 90 minuter till en agglomeration med minst 50 000 invånare.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> ”Bättre statistik för en bättre regional- och landsbygdspolitik”, Tillväxtanalys.

I promemorian används begreppen landsbygd och glest befolkade områden synonymt och fokus läggs, som redan nämnts, på andra variabler, som avstånd mellan vårdmottagningar.

## **1.4 Förslagen**

### **1.4.1 Förslagen avseende mindre vårdföretag i hela landet**

#### **1.4.1.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster**

En av den upphandlingsrättsliga lagstiftningens intentioner är att främja mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar.<sup>4</sup> Det föreslås att denna målsättning uttryckligen ska anges i de upphandlingsrättsliga lagarna<sup>5</sup> i fråga om hälso- och sjukvårdstjänster. Denna del av förslaget innebär inte någon materiell ändring av gällande rätt, utan ett förtydligande.

Det föreslås vidare att de upphandlande myndigheterna ska dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att beakta intresset och, i förekommande fall, hur skyldigheten har fullgjorts i upphandlingen. De ska också besluta om riktlinjer för hur intresset ska beaktas.

#### **1.4.1.2 En statlig myndighet ska bemyndigas att ta fram föreskrifter samt få ett tillsynsuppdrag på området**

Det föreslås att Konkurrensverket i lag och förordning ska ges ett bemyndigande att ta meddela föreskrifter om vad som behövs för att uppfylla kravet på riktlinjer för hur mindre företags deltagande i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster ska beaktas. Vidare föreslås att myndigheten ska utöva tillsyn över dessa föreskrifter samt få förelägga en upphandlande myndighet som inte fullgör sina skyldigheter på området att fullgöra dem.

---

<sup>4</sup> Se bland annat inledande skäl (2) till Europaparlamentets och Rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 (LOU-direktivet).

<sup>5</sup> Med de upphandlingsrättsliga lagarna avses här lagen om offentlig upphandling (2016:1145) och lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.

### 1.4.1.3 De så kallade ersättningslagarna ska upphävas

Det föreslås att LOL och LOF och tillhörande förordningar ska upphävas. LOL och LOF, som under en övergångsperiod om sju år fortsatt ska tillämpas för de aktörer som redan verkar inom ramen för dessa lagar, föreslås upphöra vid utgången av 2025, förutsatt att ett beslut om upphävande tas 2024. För de taxanslutna utförare som redan befinner sig i systemet ska lagarna gälla till och med andra halvåret 2031. Nya samverkansavtal föreslås dock inte kunna ingås under övergångsperioden. Ersättningsetableringar blir därmed inte möjliga efter utgången av 2025 då LOL och LOF föreslås upphävas.

### 1.4.2 Förslag och bedömningar avseende jämlik vård

#### 1.4.2.1 En förordning om statsbidrag till vissa vårdgivare i glest befolkade områden ska beslutas

Det föreslås att regeringen beslutar om en tillfällig förordning om statsbidrag, som vissa vårdgivare som är verksamma i glest befolkade områden ska kunna ansöka om. Syftet med bidraget är att uppfylla målet om vård på lika villkor i hela landet. Den som kommer att vara berättigad till ekonomisk ersättning ska anses ha utfört hälso- och sjukvårdstjänster av allmänt ekonomiskt intresse. För att kunna få bidraget ska vissa krav på avstånd till en annan vårdmottagning samt öppettider för vårdmottagningen vara uppfyllda. Bidrag ska inte lämnas i fall där efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster saknas. Därmed ska vårdmottagningen ha en viss lägsta inkomst från patientbesök för att komma i fråga för bidraget. Bidraget får inte heller leda till överkompensation, varför mottagningens intäkter i denna del inte heller får överstiga ett visst högsta belopp. Socialstyrelsen föreslås få ett bemyndigande att meddela föreskrifter om det aktuella intervallet. Stödordningens effekter på tillgången till jämlik vård bör utvärderas tre år efter ikraftträdandet. Om den visar sig ha positiva effekter för etableringen av vårdverksamheter i glest befolkade områden, och således tillgången till vård, kan den permanentas.

#### **1.4.2.2 Socialstyrelsen ska pröva ansökningar om bidrag, bemyndigas att meddela föreskrifter på området samt följa upp och utvärdera bidraget**

Det föreslås att Socialstyrelsen ska pröva ansökningar om bidrag enligt förordningen samt bemyndigas att ta fram föreskrifter om beräkningen av bidraget och om verkställigheten av förordningen. Socialstyrelsen ska även följa upp hur bidraget använts och göra årliga prognoser för nästa års utbetalning. Det föreslås vidare att Socialstyrelsen tre år efter förordningens ikraftträdande ska utvärdera dess effekter i fråga om målsättningen om jämlik vård i hela landet.

#### **1.4.2.3 En statlig myndighet bör ges i uppdrag att utvärdera gällande ersättningssystem och ta fram nationella rekommendationer på området**

Regeringen bör ge en statlig myndighet, förslagsvis Socialstyrelsen, i uppdrag att se över utformningen av olika ersättningssystem inom primärvården och övrig öppen vård och deras effekter på hälso- och sjukvårdens resultat och arbetsmiljön för vårdens medarbetare. En del av uppdraget bör också beröra principerna för kostnadsansvar och deras effekter samt hur resurser fördelas inom hälso- och sjukvårdens olika delar. Socialstyrelsen bör även få i uppdrag att ta fram vägledande rekommendationer på området som stöd för huvudmännen.

#### **1.4.2.4 Regeringen bör överväga ökad statlig styrning inom ett antal centrala områden för kompetensförsörjningen**

Det råder stora utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Mycket arbete sker på området, men det är inte alltid koordinerat. Regeringen bör överväga att ta ett helhetsgrepp på problematiken genom att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att studera och följa upp utvecklingen på området. Uppdraget bör beakta omställningsarbetet mot god och nära vård och förutsättningarna att erbjuda vård i glest befolkade områden. Regeringen bör även överväga ökad statlig styrning inom

flera områden som är av betydelse för kompetensförsörjningen, som fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare och ett mer ändamålsenligt nyttjande av kompetenserna inom vården.

#### **1.4.2.5 Regeringen bör överväga ytterligare åtgärder i syfte att främja tillgången till jämlik vård i glest befolkade områden**

För att uppnå målsättningen om jämlik vård i glest befolkade områden krävs ytterligare åtgärder. Det bedöms att kunskap om glesbygdsmedicin bör ingå i relevanta vårdutbildningar och i fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Förutsättningarna för forskning rörande primärvård i allmänhet, och i glest befolkade områden i synnerhet, bör stärkas. Det finns även behov av att främja förutsättningarna för landsbygdsutvecklingen utifrån ett bredare, näringspolitiskt, perspektiv.



## 2 Författningsförslag

### 2.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

*dels* att 19 kap. 22 § och 21 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

*dels* att det ska införas två nya paragrafer, 19 kap. 3 a och 3 b §§, och närmast före 19 kap. 3 b § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### **19 kap.**

##### *3 a §*

*En upphandlande myndighet ska beakta mindre företags möjligheter att delta i en upphandling av tjänster som avses i bilaga 2 och som omfattar CPV-koderna från 85000000-9 till 85323000-9.*

*Myndigheten ska besluta om riktlinjer för hur detta intresse ska beaktas.*

#### **Bemyndiganden**

##### *3 b §*

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om riktlinjerna i 3 a §.*

*Lydelse enligt Ds 2022:5*

*Föreslagen lydelse*

## 22 §

En upphandlande myndighet ska dokumentera genomförandet av en upphandling. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att myndigheten ska kunna motivera sina beslut under upphandlingens samtliga skeden.

*Myndigheten ska för varje upphandling även dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att beakta intresset enligt 3 a § och, i förekommande fall, hur skyldigheten har fullgjorts i upphandlingen.*

Vid upphandling av en tjänst av sådant slag som anges i bilaga 2 ska en upphandlande myndighet dokumentera upphandlingen med tillämpning av 12 kap. 15 och 16 §§ om individuella rapporter.

Skyldigheten att dokumentera ska fullgöras senast 30 dagar efter att myndigheten har ingått avtal eller fattat beslut om att avbryta upphandlingen.

## 21 kap.

### 1 §

Den myndighet som regeringen bestämmer ska utöva tillsyn över att denna lag följs.

Den myndighet som regeringen bestämmer ska utöva tillsyn över att denna lag *och de föreskrifter som meddelats med stöd av 19 kap. 3 b §* följs.

### 4 §

Tillsynsmyndigheten får förelägga en upphandlande myndighet eller den som tillsynsmyndigheten bedömer vara en upphandlande myndighet att besluta om riktlinjer för direktupphandling enligt 19 a kap. 15 §.

Tillsynsmyndigheten får förelägga en upphandlande myndighet eller den som tillsynsmyndigheten bedömer vara en upphandlande myndighet att besluta om riktlinjer för direktupphandling enligt 19 a kap. 15 § *samt om hur intresset om mindre*

*företags deltagande i upphandlingar av vissa tjänster enligt 19 kap. 3 a § ska beaktas.*

Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

*Tillsynsmyndigheten får även förelägga en upphandlande myndighet som inte fullgör sina skyldigheter enligt de föreskrifter som meddelats med stöd av 19 kap. 3 b § att fullgöra dem.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 maj 2025.
  2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för sådana upphandlingar som har påbörjats före ikraftträdandet.

## 2.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

*dels* att 15 kap. 9 § och 17 kap. 1 och 4 §§ ska ha följande lydelse, *dels* att det ska införas två nya paragrafer, 15 kap. 4 a och 4 b §§, och närmast före 15 kap. 4 b § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 15 kap.

#### 4 a §

*En upphandlande myndighet eller enhet ska beakta mindre företags möjligheter att delta i en upphandling av tjänster som avses i bilaga 2 och som omfattar CPV-koderna från 85000000-9 till 85323000-9.*

*Myndigheten eller enheten ska besluta om riktlinjer för hur detta intresse ska beaktas.*

#### *Bemyndiganden*

#### 4 b §

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om riktlinjerna i 4 a §.*

*Lydelse enligt Ds 2022:5*

*Föreslagen lydelse*

#### 9 §

En upphandlande myndighet eller enhet ska dokumentera genomförandet av en upphandling som görs enligt detta kapitel. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att myndigheten eller

enheten ska kunna motivera sina beslut under upphandlingens samtliga skeden.

*Myndigheten eller enheten ska för varje upphandling även dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att beakta intresset enligt 4 a § och, i förekommande fall, hur skyldigheten har fullgjorts i upphandlingen.*

Skyldigheten att dokumentera ska fullgöras senast 30 dagar efter att den upphandlande myndigheten eller enheten har ingått avtal eller fattat beslut om att avbryta upphandlingen.

## 17 kap.

### 1 §

Den myndighet som regeringen bestämmer ska utöva tillsyn över att denna lag följs.

Den myndighet som regeringen bestämmer ska utöva tillsyn över att denna lag och de föreskrifter som meddelats med stöd av 15 kap. 4 b § följs.

### 4 §

Tillsynsmyndigheten får förelägga en upphandlande myndighet eller enhet eller den som tillsynsmyndigheten bedömer vara en upphandlande myndighet eller enhet att besluta om riktlinjer för direktupphandling enligt 15 kap. 6 §.

Tillsynsmyndigheten får förelägga en upphandlande myndighet eller enhet eller den som tillsynsmyndigheten bedömer vara en upphandlande myndighet eller enhet att besluta om riktlinjer för direktupphandling enligt 15 kap. 6 § samt om hur intresset om mindre företags deltagande i upphandlingar av vissa tjänster enligt 15 kap. 4 a § ska beaktas.

Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

*Tillsynsmyndigheten får även förelägga en upphandlande myndighet som inte fullgör sina skyldigheter enligt de föreskrifter*

*som meddelats med stöd av  
15 kap. 4 b § att fullgöra dem.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 maj 2025.
  2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande för sådana upphandlingar som har påbörjats före ikraftträdandet.

## **2.3 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning**

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning ska, med den begränsning som följer av 2 §, upphöra att gälla vid utgången av 2025.

**2 §** Den upphävda lagen gäller dock, förutom i fråga om bestämmelserna om ersättningsetablering i 5 a–5 h §§, fortfarande för läkare som vid tidpunkten för upphävandet bedrev vård med stöd av lagen, dock längst till och med utgången av december 2031. Den upphävda lagen gäller fortfarande för hälso- och sjukvård som tillhandahållits före utgången av december 2031.

## **2.4 Förslag till lag om upphävande av lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi**

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi ska, med den begränsning som följer av 2 §, upphöra att gälla vid utgången av 2025.

**2 §** Den upphävda lagen gäller dock, förutom i fråga om bestämmelserna om ersättningsetablering i 5 a–5 h §§, fortfarande för fysioterapeuter som vid tidpunkten för upphävandet bedrev fysioterapi med stöd av lagen, dock längst till och med utgången av december 2031. Den upphävda lagen gäller fortfarande för hälso- och sjukvård som tillhandahållits före utgången av december 2031.



## 2.5 Förslag till förordning om ändring i upphandlingsförordningen (2016:1162)

Härigenom föreskrivs att det i upphandlingsförordningen (2016:1162) ska införas en ny paragraf, 19 §, och närmast före 19 § en ny rubrik av följande lydelse.

### *Bemyndigande*

#### *19 §*

*Konkurrensverket får meddela föreskrifter om kraven på upphandlande myndigheter i fråga om riktlinjer enligt 19 kap. 3 a § lagen (2016:1145) om offentlig upphandling och 15 kap. 4 a § lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 maj 2025.

## **2.6 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning**

Härigenom föreskrivs att förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning ska upphöra att gälla vid utgången av december 2031.

## **2.7 Förslag till förordning om upphävande av förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi**

Härigenom föreskrivs att förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi ska upphöra att gälla vid utgången av december 2031.

## **2.8 Förslag till förordning om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse**

Härigenom föreskrivs följande.

### **Inledande bestämmelser**

**1 §** I denna förordning finns bestämmelser om statsbidrag till vissa vårdgivare.

Målet med statsbidraget är att upprätthålla en vård på lika villkor i hela landet.

Den som är berättigad till ersättning enligt denna förordning ska anses ha utfört hälso-och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse.

**2 §** Denna förordning är meddelad med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen.

### **Definitioner**

**3 §** I denna förordning används följande beteckningar med nedan angiven betydelse.

Vårdgivare: Med vårdgivare avses i denna förordning en juridisk eller fysisk person som bedriver hälso-och sjukvårdsverksamhet och som har registrerat verksamheten i Inspektionen för vård- och omsorgs vårdgivarregister enligt 2 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Förordningen gäller dock inte

1. staten, regioner, kommuner, kommunalförbund och samverkansorgan,

2. juridiska personer över vilka staten, regioner, kommuner, kommunalförbund och samverkansorgan, var för sig eller tillsammans, har ett direkt eller indirekt rättsligt bestämmande inflytande.

Bidragsår: Det år som närmast följer på det kalenderår som en ansökan om bidrag avser.

Vårdmottagning: Inrättning för bedrivande av verksamhet enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

### Förutsättningar för statsbidrag

**4 §** Bidrag enligt denna förordning får lämnas till vissa vårdgivare för att utföra hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse i enlighet med

1. kommissionens förordning (EU) nr 360/2012 av den 25 april 2012 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, eller

2. kommissionens beslut av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (2012/21/EU).

**5 §** Bidrag får lämnas i mån av tillgång på medel.

En vårdgivare får ansöka om bidrag för den vårdmottagning som registreringen i Inspektionen för vård- och omsorgs vårdgivarregister avser. Ansökan får inte avse bidrag för tid då någon annan än sökanden var vårdgivare.

Bidrag lämnas endast för hälso- och sjukvårdsverksamhet. Med hälso- och sjukvårdsverksamhet avses i denna förordning sådana åtgärder som omfattas av 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

**6 §** Ett bidrag enligt denna förordning får inte lämnas för en åtgärd som

1. en vårdgivare är skyldig att genomföra enligt lag eller annan författning,

2. en vårdgivare kan genomföra på kommersiella grunder, eller

3. kan upphandlas i konkurrens.

**7 §** Bidrag lämnas för en vårdmottagning som under det kalenderår som närmast föregår bidragsåret

1. var belägen mer än tjugo kilometer från en annan vårdmottagning,
2. hade sina lokaler öppna så att patienter kunde få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster under samtliga kalendermånader,
3. hade sina lokaler öppna för patienter under i genomsnitt minst 15 timmar per vecka och
4. hade intäkter från patientbesök som låg inom ett visst intervall.

**8 §** För en vårdmottagning som inte uppfyller kravet i 7 § 2 ska beloppen som avses i 7 § 4 bestämmas i förhållande till det antal kalendermånader som mottagningen har varit öppen. Bidrag får lämnas till en sådan mottagning under förutsättning att mottagningen även uppfyller övriga krav i förordningen.

**9 §** Bedömningen av om villkoret i 7 § 1 är uppfyllt ska göras med utgångspunkt från den situation som gällde den 1 januari det kalenderår som närmast föregår bidragsåret.

För en vårdmottagning som har nyetablerats under kalenderåret gäller, i stället för det datum som anges i första stycket, det datum då patienter för första gången kunde få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster inne i vårdmottagningens lokaler.

**10 §** Bidrag får inte lämnas till en vårdgivare som har skulder för svenska skatter eller avgifter hos Kronofogdemyndigheten eller som är i likvidation eller försatt i konkurs. Bidrag får inte heller lämnas om verksamheten som ansökan avser vid tiden för beslutet om bidrag inte längre är registrerad i Inspektionen för vård och omsorgs vårdgivarregister. Om ansökan gäller bidrag enligt kommissionens förordning (EU) nr 360/2012 får företaget inte befinna sig i svårigheter enligt artikel 1.2 h i samma förordning.

### **Beräkning av bidragets storlek**

**11 §** Bidragets storlek ska bestämmas i förhållande till hur många kalendermånader av kalenderåret som det har bedrivits hälso- och sjukvårdsverksamhet till patienter i vårdmottagningens lokaler.

## Ansökan

**12 §** En ansökan om bidrag ska göras skriftligen till Socialstyrelsen.

Ansökan ska vara egenhändigt undertecknad av vårdgivaren. Uppgifterna i ansökan ska lämnas på heder och samvete.

**13 §** En ansökan om bidrag ska ha kommit in till Socialstyrelsen senast den 1 mars bidragsåret.

**14 §** En vårdgivare som ansöker om bidrag enligt denna förordning ska lämna Socialstyrelsen de handlingar och uppgifter som myndigheten behöver för att kunna pröva ansökan.

Om ansökan avser ett bidrag enligt 4 § 1 ska ansökan även innehålla en redogörelse för allt annat stöd av mindre betydelse som vårdgivaren

1. fått under det beskattningsår när ansökan lämnas,
2. fått under de två föregående beskattningsåren, och
3. tidigare ansökt om eller beviljats och som avser samma stödberättigande kostnader som det bidrag som omfattas av ansökan.

Om ansökan avser ett bidrag enligt 4 § 2 ska ansökan även innehålla en uppgift om nettokostnad beräknad enligt artikel 5.1–5.4 i kommissionens beslut 2012/21/EU.

**15 §** Om en vårdgivare inte lämnar de handlingar eller uppgifter som följer av 14 §, ska vårdgivaren ges tillfälle att inom viss tid komplettera ansökan. Följer en vårdgivare inte en uppmaning att komplettera en ansökan, får denna prövas i befintligt skick.

## Beslutande myndighet

**16 §** Socialstyrelsen prövar bidrag enligt denna förordning.

Beslut om bidrag ska fattas vid endast ett tillfälle varje bidragsår.

## Beslut om statligt stöd

**17 §** Innan ett bidrag enligt 4 § 1 beviljas ska Socialstyrelsen

1. lämna de upplysningar till bidragsmottagaren som framgår av artikel 3.1 första stycket i förordning (EU) nr 360/2012, och
2. kontrollera att det sammanlagda stödet av mindre betydelse inte överskrider det tak som följer av artikel 3.1 andra stycket i den förordningen.

**18 §** Ett beslut om bidrag enligt 4 § ska innehålla

1. uppgifter om den tjänst som företaget ska utföra, och
2. de övriga villkor som krävs för att syftet med bidraget ska tillgodoses. Ett beslut om bidrag enligt 4 § 2 ska även innehålla de uppgifter som följer av artikel 4 i kommissionens beslut 2012/21/EU.

### **Underlag och redovisning**

**19 §** En bidragsmottagare är skyldig att på begäran av Socialstyrelsen lämna det underlag som behövs för att Sverige ska kunna fullgöra sådana skyldigheter som följer av artikel 9 i kommissionens beslut 2012/21/EU.

**20 §** Socialstyrelsen ska senast den 1 februari varje år lämna en samlad ekonomisk redovisning av det föregående årets bidragsbeslut och öppethållande till regeringen. Av redovisningen ska det framgå

1. vilka vårdgivare som har fått bidrag och vilka vårdmottagningar som bidragen avser samt hur många ansökningar om bidrag som har avslagits,
2. vilka förändringar i öppethållande som skett för de vårdmottagningar som fått bidrag under det föregående året, och
3. en prognos för det kommande bidragsårets bidragsgivning.

Socialstyrelsen ska även senast den 1 februari varje år lämna en sammanfattande redogörelse för statsbidragets användning och effekter i förhållande till det mål som anges i 1 § andra stycket.

### **Hinder mot att betala ut bidraget**

**21 §** Socialstyrelsen ska besluta att bidraget helt eller delvis inte ska betalas ut om



1. den som har ansökt om bidraget genom att lämna oriktiga uppgifter har förorsakat att bidraget beviljats felaktigt eller med för högt belopp,
2. bidraget av något annat skäl har beviljats felaktigt eller med för högt belopp och bidragsmottagaren borde ha insett detta,
3. ett villkor för bidraget inte har följts, eller
4. mottagaren inte har lämnat sådant underlag som avses i 19 §.

## Återbetalning och återkrav

**22 §** En bidragsmottagare är återbetalningsskyldig om

1. det finns någon grund för det enligt 21 § 1, 2, 3 eller 4, eller
2. bidraget helt eller delvis inte har utnyttjats eller använts för det ändamål som det har beviljats för.

**23 §** Om en bidragsmottagare är återbetalningsskyldig enligt 22 §, ska Socialstyrelsen besluta att helt eller delvis kräva tillbaka bidraget tillsammans med ränta. Om det finns särskilda skäl får kravet eller räntan helt eller delvis sättas ned. På bidrag som krävs tillbaka ska ränta betalas från och med den dag som infaller en månad efter det att beslut om återkrav har fattats och efter en räntesats som vid varje tidpunkt överstiger statens utlåningsränta med två procentenheter.

## Registerföring och rapportering

**24 §** Bestämmelser om registerföring finns i 12 a § lagen (2013:388) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler och i förordningen (2016:605) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler.

**25 §** Socialstyrelsen ska bevara de uppgifter som avses i artikel 8 i kommissionens beslut 2012/21/EU.

## Bemyndiganden

**26 §** Socialstyrelsen får meddela

1. ytterligare föreskrifter om hur statsbidragets storlek ska beräknas,
2. föreskrifter om intäktsintervall enligt 7 § 4 och
3. föreskrifter om verkställighet av denna förordning.

## Överklagande

27 § I 40 § förvaltningslagen (2017:900) finns bestämmelser om överklagande till allmän förvaltningsdomstol. Andra beslut än beslut i fråga om ansökan om bidrag får dock inte överklagas.

- 
1. Denna förordning träder i kraft den 1 april 2025.
  2. Förordningen tillämpas dock på bidrag som avser tid från och med kalenderåret 2025.
  3. Socialstyrelsens första sammanfattande redogörelse för statsbidragets användning och effekter i förhållande till det mål som anges i 1 § andra stycket ska lämnas till regeringen senast den 1 mars 2028.
  4. Förordningen upphör att gälla vid utgången av 2028.





## 3 Gällande rätt

### 3.1 Hälsa- och sjukvårdslagstiftningen

Enligt 1 kap. 2 § andra stycket regeringsformen, förkortad RF, ska det allmänna verka för goda förutsättningar för hälsa. Staten har alltså ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvårdspolitiken, däribland att vården är rimligt tillgänglig. Den kommunala självstyrelsen begränsar dock statens inflytande på området.

På senare tid har den statliga styrningen av hälso- och sjukvården fått ökad uppmärksamhet, inte minst i diskussionerna om lokala och regionala variationer i tillgången på vård och vårdresurser i ljuset av sjukvårdslagstiftningens målsättning om jämlik vård.

Förutom normgivning i form av lagar, som hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, kan det statliga inflytandet utövas med hjälp av tillsyn, ekonomiska bidrag och kunskapsstyrning. Ett sätt att styra med kunskap är att ge ut föreskrifter samt riktlinjer och rekommendationer. Kunskapsstyrningen ska utgöra ett stöd för huvudmännen och för de olika professioner som verkar inom hälso- och sjukvården. Den ska vidare bidra till att målen i hälso- och sjukvårdslagstiftningen uppfylls.

#### 3.1.1 Målbestämmelser för hälso- och sjukvården

HSL utgör en ramlag där övergripande mål och riktlinjer för verksamheten anges. Ett av de viktigaste målen, som också genomsyrar direktiven bakom denna promemoria, återfinns i 3 kap. 1 § första stycket sagda lag. Bestämmelsen i fråga stipulerar att ett av målen med hälso- och sjukvården är en vård på lika villkor för *hela* befolkningen. En bestämmelse med samma innehåll finns även i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821). Målsättningen, som också ut-

trycktes i förarbetena till äldre HSL,<sup>6</sup> innebär att hälso- och sjukvårdstjänster ska finnas tillgängliga för alla, oberoende av var i landet som patienten är bosatt och utan att förhållanden av till exempel ekonomisk eller social karaktär ska få utgöra några hinder.

Kommuner och regioner behöver även beakta den kommunala likställighetsprincipen. Principen som kommer till uttryck i 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725), förkortad KL, innebär att kommuner och regioner ska behandla sina medlemmar som är i samma situation lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat. Om uttryckligt lagstöd för en särbehandling saknas, måste en sådan åtgärd motiveras sakligt och objektivt. I jämförelse med likställighetsprincipen går målet om jämlik vård i HSL längre, då den grundläggande tanken bakom målsättningen är att insatser som vidtas inom hälso- och sjukvården *ska* ha den inriktning som målsättningen anger, låt vara att det kan förekomma att ”den enskilda insatsen inte når ända fram”.<sup>7</sup>

### 3.1.2 Regionernas ansvar för hälso- och sjukvården och möjligheten att lämna över driften till privata utförare

Enligt 1 kap. 2 § KL ansvarar regionerna och kommunerna på demokratins och den kommunala självstyrelsens grunder för de angelägenheter som framgår av sagda lag samt av ”annan författning”. Med skrivningen ”annan författning” avses bland annat HSL.

En viktig anledning till att HSL utformats som en ramlag med övergripande bestämmelser är just att kommunerna och regionerna utifrån den kommunala självstyrelsen ska ha frihet att utforma vårdinsatserna efter lokala och regionala behov och förutsättningar.<sup>8</sup> Det innebär att regionerna (och kommunerna) har det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården i sitt geografiska område, låt vara att själva driften kan läggas över på någon annan, som då kallas för vårdgivare. Av 15 kap. 1 § HSL framgår att en region och en kommun med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen och kommunen ansvarar för enligt lagen, såvida dessa uppgifter inte innefattar myndighetsutövning.

---

<sup>6</sup> Se prop. 1981/82:97, s. 27 och s.113 f.

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> Prop. 2016/17:43.

Att regionen och kommunen behåller huvudmannaskapet när en verksamhet överlämnas till privata utförare framgår även av KL. I 3 kap. 12 § sagda lag anges att kommuner och regioner får, med de begränsningar som framgår av lag, överlämna skötseln av kommunala angelägenheter till privata utförare. Detta är en bestämmelse av upplysningskaraktär och närmare regler om vad förfarandet innebär finns i 10 kap. KL. För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste regionen kontrollera och följa upp verksamhet som bedrivs av privata utförare. Vidare ska regionen, genom avtal med utförare, tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över till dessa aktörer. Det offentliga huvudmannaskapet omfattar, motsatsvis, inte ansvar för hälso- och sjukvård som bedrivs med enbart privat finansiering och som tillhandahålls utan offentligt uppdrag. Där emot har huvudmännen alltid ett vidare planeringsansvar för hälso- och sjukvården.

### 3.2 Den kommunala självstyrelsen

Principen om kommunal självstyrelse är fastslagen i 1 kap. 1 § första stycket RF och kommer även till uttryck i 1 kap. 2 § KL.

Av 14 kap. 2 § RF framgår att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund och att närmare bestämmelser om detta finns i lag. Det framgår vidare att kommunerna även sköter de övriga angelägenheter som bestäms i lag på samma grund. I förarbetena till bestämmelsen uttalade regeringen att det, även i fortsättningen, kommer att vara möjligt att föreskriva skyldigheter för kommuner och landsting (numera regioner) i speciallagstiftning i de fall detta motiveras av vikten av att åstadkomma en reglering som ger likvärdig service för invånarna oberoende av var de är bosatta.<sup>9</sup>

Enligt 14 kap. 3 § RF bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. En proportionalitetsprövning bör därför ske när nya bestämmelser som kan komma att påverka den kommunala självstyrelsen föreslås. Bedömningen bör innefatta en skyldighet att undersöka om det ändamål som en viss reglering avser

---

<sup>9</sup> Prop. 2009/10:80, s. 211.

att tillgodose kan uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt.

### **3.3 Möjligheter för företag inom hälso- och sjukvården att verka med offentlig finansiering**

Det finns olika sätt för privata utförare av hälso- och sjukvårdstjänster att verka med offentlig finansiering. I det följande beskrivs dessa möjligheter närmare.

#### **3.3.1 Möjlighet att verka inom ramen för lagen om valfrihetssystem**

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV, gäller för kommuner och regioner när de inrättar valfrihetssystem för bland annat hälso- och sjukvårdstjänster. Det är obligatoriskt för regionerna att införa valfrihetssystem inom primärvården (så kallade vårdval), medan det är frivilligt för kommunerna att införa sådana system. I ett valfrihetssystem är förfrågningsunderlaget av central betydelse. Det innehåller samtliga krav på anbudsgivare och på det som ska upphandlas. Förfrågningsunderlag ska annonseras löpande hos Upphandlingsmyndigheten via tjänsten ”Hitta LOV-uppdrag”.

Hur regionerna har valt att organisera sina vårdval skiljer sig åt. Vissa regioner har flera (smala) vårdval, medan andra har färre (breda) vårdval. Förenklat uttryckt kombinerar ett brett vårdval alla eller de flesta delar av primärvårdens uppdrag. Smala vårdval, däremot, avser mer avgränsade områden, som rehabilitering eller mödrahälsovård. De flesta regioner tillämpar breda vårdval, medan Region Stockholm sticker ut som en region med flest smala vårdval. Det finns olika för- och nackdelar med båda alternativen. Där ett smalt vårdval med ett mer avgränsat uppdrag kan underlätta för mindre företag att delta i systemet, i synnerhet i etableringsfasen, kan breda vårdval innebära bättre kontinuitet och en möjlighet för patienten att få hjälp av en och samma vårdgivare.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> ”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”, Socialstyrelsen, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364, s. 28.



Inte endast storleken på vårdvalen utan även innehållet i förfrågningsunderlagen varierar mellan regionerna. Det kan till exempel handla om hur man ser på digitala vårdkontakter, öppettider, utlokalisering av verksamhet samt andra möjligheter att öka tillgängligheten. Till skillnad från upphandlingar enligt LOU tecknas kontrakt enligt LOV löpande med leverantörerna varefter deras ansökningar blir godkända. Det som är unikt med LOV är att det råder prisneutralitet och att alla sökande som uppfyller de krav som ställs kan bli leverantörer i systemet. Den enskilde väljer sedan den leverantör som enligt honom eller henne anses hålla högst kvalitet eller av andra anledningar utgör det mest fördelaktiga valet. Ett viktigt syfte med valfrihetssystem är således att skapa en mångfald av utförare som den enskilde kan välja mellan, vilket i sig kan antas leda till ökad konkurrens och förbättrad kvalitet.<sup>11</sup> Det förutsätter dock att det finns tillräckligt många utförare, så att det blir möjligt för enskilda att välja.

### 3.3.2 Möjlighet att verka inom ramen för lagen om offentlig upphandling

Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling, förkortad LOU, genomför Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG (LOU-direktivet). Därtill finns ytterligare tre lagar på upphandlingsrättens område, av vilka lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner, förkortad LUK, också är av intresse här. Lagen genomför Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/23/EU av den 26 februari 2014 om tilldelning av koncessioner (LUK-direktivet). Båda lagar innehåller även vissa bestämmelser om rättsmedel, det vill säga regler om domstols överprövning av en upphandling eller av giltigheten av ett avtal och genomför på så sätt två EU-direktiv om rättsmedel. De båda rättsmedelsdirektiven har ändrats främst genom Europaparlamentets och rådets direktiv 2007/66/EG av den 11 december 2007 om ändring av rådets direktiv 89/665/EEG och 92/13/EEG vad gäller effektivare förfaranden för prövning av offentlig upphandling (ändringsdirektivet).<sup>12</sup>

---

<sup>11</sup> Prop. 2008/09:29 s. 62.

<sup>12</sup> Prop. 2021/22:120, s. 21.

Upphandlingslagarna reglerar förfarandet för upphandlingar som genomförs av en upphandlande myndighet eller enhet. I lagarna finns bestämmelser om upphandlingar vars beräknade värde överstiger vissa i direktiven angivna tröskelvärden (direktivstyrd upphandling) och upphandlingar som av olika anledningar faller utanför upphandlingsdirektivens tillämpningsområde (icke-direktivstyrd upphandling). Olika tröskelvärden gäller beroende på vad som upphandlas och vem som upphandlar. Grundtanken med reglerna om tröskelvärden är att upphandlingar med lägre värden inte påverkar konkurrensen och den fria rörligheten inom unionen i sådan grad att de behöver omfattas av de aktuella EU-direktiven. Detta innebär emellertid inte att kontrakt vars värden understiger tröskelvärdena per automatik faller utanför unionsrättens tillämpningsområde. Om en upphandling kan vara av intresse för en leverantör i ett annat medlemsland anses den ha ett så kallat bestämt gränsöverskridande intresse och de principer som framgår av Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) ska då tillämpas. EU-domstolen har vidare, baserat på bestämmelserna i EUF-fördraget, utvecklat ett antal allmänna principer för upphandling – principerna om likabehandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet – som enligt praxis även gäller för kontrakt under tröskelvärdena om det finns ett bestämt gränsöverskridande intresse.<sup>13</sup> I Sverige har lagstiftaren gjort en ännu vidare bedömning genom att slå fast att de grundläggande EU-rättsliga principerna ska tillämpas för alla upphandlingar, även i fråga om icke-direktivstyrda upphandlingar som saknar ett gränsöverskridande intresse.

I sammanhanget kan nämnas att det ibland diskuteras om det finns alternativa finansierings- och samarbetsformer som skulle innebära att LOU inte blir tillämplig. Idéburet offentligt partnerskap, IOP, utgör en sådan samarbetsform som lyfts fram som ett alternativ till LOU. IOP kan, något förenklat, beskrivas som samverkan mellan en offentlig aktör och en idéburen organisation vad gäller samhällsinsatser riktade till olika grupper i samhället. Enligt praxis från Högsta förvaltningsdomstolen är dock möjligheterna att avvika från LOU vid offentlig finansiering begränsade.<sup>14</sup> I grunden gäller alltså den svenska upphandlingslagstiftningen för alla upp-

---

<sup>13</sup> HFD 2018 ref. 60.

<sup>14</sup> HFD 2020 ref. 15.

handlingar, oavsett värde. Däremot finns det en möjlighet att använda mindre detaljerade förfaranden för de icke-direktivstyrda upphandlingarna.

## Upphandling enligt 19 kap. LOU

Upphandlingar som understiger tröskelvärdena och upphandlingar av tjänster som omfattas av bilaga 2 till LOU<sup>15</sup> (oavsett värde) ska upphandlas enligt 19 kap sagda lag. År 2021 ägde en översyn av regelverket för icke-direktivstyrda upphandlingar rum. Med utgångspunkt i översynen har hela det tidigare 19 kapitlet i LOU upphävt och ersatts av ett nytt kapitel. En av intentionerna med översynen var att underlätta för idéburen sektor och små och medelstora företag att delta i offentliga upphandlingar.<sup>16</sup>

Vid upphandling enligt kapitel 19 gäller även bestämmelserna i 1–3 kap., 5 kap. och 20–22 kap. LOU. Då sagda bestämmelser till stor del genomför EU-direktiv är EU-domstolens praxis vägledande i dessa delar.

Kap. 19 LOU ger upphandlande myndigheter ett stort utrymme att utforma upphandlingsförfarandet utifrån de specifika omständigheterna i varje enskilt fall – till exempel i syfte att främja mindre företags deltagande i upphandlingen – så länge som de grundläggande EU-rättsliga principerna följs. Givetvis är det även möjligt att använda sig av regelverket på det direktivstyrda området. Den upphandlande myndigheten behöver även beskriva förfarandet i upphandlingsdokumenten så att potentiella leverantörer kan få en uppfattning om de krav som ställs och därmed kunna lämna konkurrenskraftiga anbud.<sup>17</sup> Vad gäller frågan om kvalificeringskrav är det endast de grundläggande principerna som sätter ramarna. Av 19 kap. 9 § LOU framgår därför att upphandlingsdokumenten ska innehålla uppgifter om vilka tilldelningskriterier som ska användas och deras viktning eller prioritetsordning, men ingenting om hur kriterierna ska se ut.

Upphandlingar av tjänster enligt bilaga 2 som uppgår till minst det tröskelvärde som avses i 5 kap. 1 § ska annonseras inom hela EU. Detta framgår av 2 § upphandlingsförordningen (2016:1162) och

---

<sup>15</sup> Bilaga 2 omfattar sociala tjänster och andra särskilda tjänster, däribland hälso- och sjukvård.

<sup>16</sup> Prop. 2021/22:5, s. 84, se även prop. 2021/22:135.

<sup>17</sup> Prop. 2021/22:5, s. 108.

intentionen är att motverka att inhemska leverantörer favoriseras. Vidare ska, även vid upphandlingar enligt 19 kap. LOU, tiden för anbudslämnande framgå av upphandlingsdokumenten. Den upphandlande myndigheten ska dock själv bestämma en tid som är skäligen utifrån omständigheterna i varje enskilt fall.

## Direktupphandling

Direktupphandling regleras i 19 a kap. LOU och innebär ett förfarande för tilldelning av kontrakt eller ingående av ramavtal där det inte ställs något krav på att den upphandlande myndigheten först ska informera om sin avsikt att upphandla genom en annons om anbudsfordran. Bestämmelsen hindrar dock inte en upphandlande myndighet från att publicera en sådan annons eller att tillämpa andra regler som gäller för direktivstyrda upphandlingar. Detta medför dock inte att dessa regler blir tillämpliga vid en eventuell domstolsprövning. Vid en överprövning är det endast bestämmelserna som reglerar under vilka förutsättningar som det är tillåtet att direktupphandla samt de allmänna principerna som kan beaktas.<sup>18</sup> Att de allmänna principerna ska beaktas framgår av 19 a kap. 8 §.

När upphandlingen avser en tjänst av sådant slag som anges i bilaga 2 får direktupphandling användas om upphandlingens värde beräknas understiga det tröskelvärde som avses i 5 kap. 1 § LOU.<sup>19</sup> En direktupphandling kan genomföras genom att myndigheten tar kontakt med endast en leverantör och avtal kan träffas formlöst. Precis som fallet är för de upphandlingar som regleras i kapitel 19 har den upphandlande myndigheten stora möjligheter att utforma upphandlingen på det sätt som den finner lämpligt, så länge som de grundläggande principerna iakttas. Vägledning om hur principerna ska tillämpas vid direktupphandling ges bland annat i en dom från Högsta förvaltningsdomstolen.<sup>20</sup>

Direktupphandling får under vissa förutsättningar användas även i andra situationer än vad som anges i 19 a kap. 2 § LOU. Det kan till exempel röra sig om fall där några lämpliga anbudsansökningar

---

<sup>18</sup> HFD 2018 ref. 60.

<sup>19</sup> När upphandlingen avser en tjänst som omfattas av bilaga 2 LOU är direktupphandlingsbeloppet samma som tröskelvärdet (7 802 550 kronor år 2022). Tröskelvärdena revideras av EU vartannat år.

<sup>20</sup> HFD 2018 ref. 60.

eller anbud inte lämnats eller där det endast lämnats anbud som är ogiltiga eller oacceptabla. Vidare är direktupphandling i vissa specifika fall även möjlig vid överprövningar samt vid synnerlig brådska.

En upphandlande myndighet ska vidare besluta om riktlinjer för direktupphandling. Ett av motiven bakom denna skyldighet är att riktlinjerna är tänkta att användas på ett strategiskt sätt, till exempel för att beakta mindre företags perspektiv.<sup>21</sup>

## Möjligheter att reservera upphandlingen för idéburna organisationer

19 kap. 25 § LOU anger under vilka förutsättningar som en upphandling kan reserveras till förmån för idéburna organisationer. Först och främst är detta endast möjligt för vissa tjänster, bland annat hälso- och sjukvårdstjänster.

För att kunna komma i fråga för reserverad upphandling behöver en potentiell leverantör även uppfylla vissa krav. För det första ska organisationen i fråga ha till syfte att fullgöra ett offentligt uppdrag som är kopplat till tillhandahållandet av den aktuella tjänsten. Organisationerna ska, för det andra, återinvestera eventuell vinst för att uppnå det ovannämnda syftet och, för det tredje, ha en lednings- och ägarstruktur som grundar sig på personalens ägande eller deltagande. Det är även möjligt med en ägarstruktur som inte uppfyller dessa krav men som kräver ett aktivt deltagande av personal, användare och berörda parter.

Löptiden för den här typen av kontrakt får inte överstiga tre år. Det är vidare inte möjligt att tilldelas kontrakt med stöd av bestämmelsen om organisationen redan tilldelats ett sådant kontrakt under de senaste tre åren. Även inom ramen för en reserverad upphandling behöver den upphandlande myndigheten beakta de grundläggande EU-rättsliga principerna. Detta innebär bland annat att en myndighet som avser att reservera deltagandet i en upphandling måste informera om detta i något av upphandlingsdokumenten.<sup>22</sup>

Bestämmelsen i 19 kap. 25 § utgår i princip ordagrant från artikel 77 i LOU-direktivet. Ett nyligen avkunnat avgörande från EU-domstolen tyder dock på att domstolen har gjort en extensiv tolkning av artiklarna 76-77 i sagda direktiv. Enligt domstolen anses inte

<sup>21</sup> Se prop. 2013/14:133, s. 27 och 34.

<sup>22</sup> Prop. 2021/22:5, s. 207. Se även artikel 77.4 LOU-direktivet.

artiklarna utgöra ett hinder för nationell lagstiftning som förbehåller privata enheter som drivs utan vinstsyfte möjligheten att efter en upphandling ingå avtal om tillhandahållande av sociala tjänster till enskilda som endast täcker kostnaderna, alldeles oavsett tjänstens värde och även om den aktuella leverantören inte uppfyller alla krav i artikel 77. Detta anses möjligt under förutsättning att ”den rättsliga och avtalsmässiga ram” inom vilken leverantören utövar sin verksamhet faktiskt bidrar till att uppfylla mål beträffande solidaritet och budgetmässig effektivitet som ligger till grund för upphandlingslagstiftningen samt i den mån som principen om öppenhet beaktas.<sup>23</sup> Även i Sverige har det gjorts liknande överväganden. Dessa överväganden har utmynnat i nya bestämmelser i LOU och LOV.

Enligt 19 kap. 25 a § LOU får en upphandlande myndighet reservera deltagandet i en upphandling av vissa tjänster till idéburna organisationer som har ett allmännyttigt syfte, om det bidrar till att uppnå ändamålet med den tjänst som ska tillhandahållas.<sup>24</sup> Med idéburen organisation avses detsamma som i 2 § lagen (2022:900) om registrering av idéburna organisationer (i det följande registreringslagen). En idéburen organisation behöver dock inte vara registrerad enligt denna lag för att komma i fråga för reserverad upphandling. För att kunna omfattas av bestämmelsen måste en organisations allmännyttiga syfte kunna knytas till ändamålet med den tjänst som ska tillhandahållas. Det innebär dels att ändamålet med tjänsten ska motsvara organisationens allmännyttiga syfte, dels att det inte får finnas ett vinstsyfte kopplat till utförandet av tjänsten. Vad som utgör en viss tjänsts sociala målsättning kan i vissa fall utläsas ur den lagstiftning som styr den aktuella tjänsten, till exempel HSL.<sup>25</sup>

För att kunna komma i fråga för reserverat deltagande får den idéburna organisationen, vidare, endast göra sådana värdeöverföringar som är tillåtna enligt registreringslagen. Dessutom får staten, en region eller en kommun inte ha ett rättsligt bestämmande inflytande över organisationen.

---

<sup>23</sup> Dom av den 14 juli 2022 i mål nr C-436-20, Asociación Estatal de Entidades de Servicios de Atención a Domicilio (ASADE) mot Consejería de Igualdad y Políticas Inclusivas.

<sup>24</sup> Motsvarande bestämmelse finns i LOV. Den omfattar dock inte sådana vårdvalssystem som avses i 7 kap. 3 § HSL.

<sup>25</sup> Prop. 2021/22:135, s. 38.

### 3.3.3 Möjlighet att verka tillsammans med andra leverantörer och som underleverantör

Det är möjligt för både fysiska och juridiska personer att lämna en ansökan om deltagande i ett valfrihetssystem. Däremot kan den annonserande myndigheten ställa krav på viss juridisk form när kontrakt tilldelas, under förutsättning att detta krävs för att kontraktet ska kunna uppfyllas på ett godtagbart sätt. Det är vidare tillåtet för en leverantör att samarbeta med andra för att uppfylla kraven i förfrågningsunderlaget. Detta framgår av 5 kap. 1 § LOV. En leverantör kan även, enligt 5 kap. 2 § LOV, åberopa andra företags ekonomiska, tekniska och yrkesmässiga kapacitet.

Motsvarande bestämmelser finns också 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.

Av en kartläggning som utförts av Socialstyrelsen framgår att det endast finns ett fåtal exempel där olika utförare lämnat in en gemensam ansökan om att få bedriva primärvård, men att det är tämligen vanligt förekommande att enskilda utförare skriver avtal med regionen med stöd av underleverantörer.<sup>26</sup>

I de senare fallen tecknas ett avtal mellan huvudleverantören och underleverantören, som också ska godkännas av regionen. Huvudleverantören betraktas då som ansvarig avtalspart gentemot regionen och den som ska säkerställa att underleverantören följer avtalet. Den här typen av avtalslösningar gör det möjligt för mindre leverantörer att integreras i de offentligt finansierade systemen.

I de samtal som förts inom ramen för denna promemoria med privata vårdgivare och parterna nämns dock ”vårdmomsproblema-

---

<sup>26</sup> ”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”, Socialstyrelsen, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364.

tiken” som en utmaning vid anlitandet av underleverantörer.<sup>27</sup> Situationen innebär att det i vissa fall kan bli fråga om en högre kostnad för köp av hälso- och sjukvårdstjänster jämfört med om tjänsten skulle utföras i egen regi, något som kan försvåra möjligheten för mindre utförare att verka med offentlig finansiering.

### **3.3.4 Möjlighet att verka inom ramen för lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner**

Ett upphandlingskontrakt där den upphandlande myndigheten helt eller delvis betalar leverantören genom en rättighet att ta betalt från tredje man kallas för en koncession. Det innebär att leverantören bär en ekonomisk risk vad gäller efterfrågan på de tjänster som erbjuds inom ramen för koncessionen. Förutom riskinslaget behöver föremålet för kontraktet kunna betecknas antingen som en byggkoncession eller en tjänstekoncession för att det ska vara fråga om en koncession.

EU-domstolen har i sin praxis uttalat att tilldelning av tjänstekoncessioner med ett bestämt gränsöverskridande intresse ska konkurrensutsättas i ett förfarande som är förenligt med de grundläggande EU-rättsliga principerna. Denna rättspraxis har sedermera kodifierats inom ramen för LUK-direktivet, som i Sverige införlivats genom LUK.

Vad som avses med begreppet tjänstekoncession framgår av 19 § sagda lag. En tjänstekoncession är en koncession genom vilken en upphandlande myndighet eller enhet anförtror till koncessionshavaren tillhandahållandet och förvaltningen av tjänster som inte omfattas av begreppet byggkoncession. Med andra ord är definitionen på ett tjänstekontrakt tämligen extensivt utformad.

I lagen finns, förutom uppräknigen av de grundläggande principerna, bestämmelser för hur en koncession ska annonseras och tilldelas. Reglerna är mer flexibla och tröskelvärdena för vad som faller in under de direktivstyrda upphandlingarna är högre än vad som gäller för upphandlingar enligt LOU. För upphandlingar under tröskelvärdena finns regler som i stort motsvarar bestämmelserna i

---

<sup>27</sup> Högsta förvaltningsdomstolen har i dom den 7 juni 2018 (HFD 2018 ref. 41) uttalat att uthyrning av vårdpersonal inte utgör en sådan hälso- och sjukvårdstjänst som omfattas av undantag från skatteplikt. Med anledning av denna dom tillämpar Skatteverket sedan den 1 juli 2019 det nya synsättet att köp av vårdtjänster är belagda med mervärdesskatt.



19 kap. LOU. Avtalslängden för koncessioner är fem år, vilket kan uppfattas som något kort i förhållande till den risk som tas av leverantörerna. Därför finns också en möjlighet i lagen att tillåta längre avtalstider.

### **3.3.5 Möjlighet att verka med stöd av de så kallade ersättningslagarna**

Nationella taxan är ett samlingsbegrepp för de lagar och förordningar som reglerar verksamhet och ersättning för vissa specialistläkare samt för fysioterapeuter (sjukgymnaster). Verksamheterna regleras i lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, LOL, respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi, LOF. Ersättningsarna regleras i tillhörande förordningar.

När nationella taxan infördes 1994 var det möjligt för läkare och fysioterapeuter att fritt etablera sig med offentlig finansiering. Denna ordning försvann redan året därpå när ett krav på så kallat samverkansavtal infördes. Endast de som omfattas av vissa övergångsbestämmelser till LOL och LOF har rätt att erbjuda vård med offentlig ersättning utan ett samverkansavtal. År 2009 tillkom även en möjlighet för taxanslutna läkare och fysioterapeuter att överlåta rätten till sin etablering (ersättningsetablering).

Vid ersättningsetablering har den nya utföraren rätt att ingå ett samverkansavtal med regionen. En av förutsättningarna för anslutning till nationella taxan är att läkaren eller fysioterapeuten inte har eller kan få rätt till offentlig ersättning inom ramen för ett vårdval i den aktuella regionen. Det är således inte möjligt att som vårdgivare välja nyanslutning till nationella taxan framför en vårdvalsanslutning.

### **Samverkansavtal i stället för vårdavtal**

Som huvudregel lämnas alltså ersättning enligt LOL och LOF endast till den som har ett samverkansavtal med regionen. Samverkansavtalet innebär ingen skyldighet för vårdgivaren att erbjuda vård och inte heller någon automatisk rätt till ersättning. Hur situationen ser ut styrs av efterfrågan på vårdgivarens tjänster och ersättningen från regionen utgår i efterhand för vissa specifika åtgärder. Rätten till

ersättning gäller vidare under förutsättning att läkaren eller fysioterapeuten uppfyller ett i respektive lag föreskrivet heltidskrav, eller kan göra något av undantagen från detta krav gällande.

När regioner beslutar att ingå ett samverkansavtal ska villkoren som regleras i LOL och LOF tillämpas. Om andra villkor tillämpas är avtalet i stället att betrakta som ett vårdavtal. Det som gör avtalen inom LOL och LOF unika är att de i princip gäller på livstid. Det innebär att så länge som dessa lagar är i kraft kan en etablering endast upphöra genom en överlåtelse eller genom att läkaren eller fysioterapeuten går i pension, avlider, förlorar sin legitimation eller på annat sätt avslutar verksamheten.

### Ersättningssystemet

Ersättning för vård enligt LOL och LOF utgår enligt en bestämd nationell taxa och regleras i tillhörande förordningar. Ersättningens storlek baseras på regelbundna förhandlingar mellan SKR, SLF och Fysioterapeuterna. Ersättningen ges upp till ett visst tak och lämnas per åtgärd enligt olika arvodesnivåer.

#### 3.3.6 Rätten till egendomsskydd och näringsfrihet

Av 2 kap. 15 RF följer att var och ens egendom är tryggad genom att ingen kan tvingas avstå eller tåla vissa inskränkningar i den utom när det krävs för att tillgodose angelägna allmänna intressen. Rätten till egendom regleras även i artikel 17 i EU-stadgan om de grundläggande rättigheterna. Artikeln motsvarar i princip artikel 1 i tilläggsprotokollet till Europakonventionen. Den senare bestämmelsen stadgar att varje fysisk eller juridisk person ska ha rätt till respekt för sin egendom och att ingen får berövas sin egendom annat än i det allmännas intresse samt under de förutsättningar som anges i lag och i folkrättens allmänna grundsatser. Vidare framgår av artikeln i fråga att bestämmelsen inte är tänkt att inskränka staternas rätt att genomföra sådan lagstiftning som bedöms nödvändig för att reglera nyttjandet av egendom i överensstämmelse med det allmännas intresse.

Begreppet egendom omfattar inte bara fast och lös egendom. Även ekonomiska intressen och legitima förväntningar vad gäller bedrivande av näringsverksamhet kan omfattas av begreppet.<sup>28</sup>

Av 2 kap. 17 § RF följer att näringsfriheten bara får inskränkas för att skydda angelägna allmänna intressen och att en inskränkning aldrig får ske med det enda syftet att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag. Detta ger uttryck för en ekonomisk likhetsprincip som innebär att lika fall ska behandlas lika och där en begränsning av den aktuella friheten endast är tillåten för att skydda viktiga samhällsintressen.

### 3.3.7 Etableringsfriheten inom EU

En av EU:s mest grundläggande delar utgörs av den inre marknaden, där den fria rörligheten av bland annat varor och tjänster är ett centralt inslag. Av EU-domstolens praxis på området framgår att den fria rörligheten inte bara räknas som en grundläggande princip inom EU-rätten, utan även som en fundamental rättighet. EU-domstolen har genom åren tolkat denna rättighet extensivt, vilket också betyder att möjligheterna till undantag och begränsningar av de fria rörligheterna är små.

Bestämmelser som avser etableringsfriheten (rätten att etablera verksamhet) och den fria rörligheten av tjänster återfinns i artiklarna 49–55 respektive 56–62 i EUF-fördraget. Av artikel 49 i sagda fördrag följer att medborgare i en medlemsstat har rätt att fritt etablera verksamhet på en annan medlemsstats territorium. Denna etableringsfrihet innebär en rätt att starta och utöva verksamhet som egenföretagare samt att bilda och driva företag på samma villkor som gäller i det aktuella landets lagstiftning för de egna medborgarna.

En viktig grundprincip i sammanhanget är likabehandlingsprincipen (icke-diskriminering) som fått ett generellt uttryck i artikel 18.1 EUF-fördraget och mer specifikt kodifierats inom ramen för bland annat artikel 49. Även om principen om icke-diskriminering är av central betydelse och de ovannämnda bestämmelserna har direkt effekt har EU-domstolen slagit fast att en åtgärd som innebär ett försvårande av etableringsfriheten kan

---

<sup>28</sup> Europadomstolen, Guide on Article 1 of Protocol No. 1 to the European Convention on Human Rights, Protection of Property, uppdaterad den 31 december 2021, s. 8.

anses otillåten även om inskränkningarna i fråga inte skulle vara diskriminerande.<sup>29</sup> Rätten att etablera sin verksamhet i andra medlemsländer är således mycket långtgående och behöver beaktas när förslag med potentiella effekter för den fria rörligheten lämnas.

---

<sup>29</sup> Se t.ex. dom av den 21 december 2016 i mål nr C-202/15, AGET Iraklis, punkterna 48-49.





## 4 Behovet av nya regler och stödåtgärder

### 4.1 Mindre företags möjligheter att delta, och tilldelas kontrakt, i offentliga upphandlingar

En av grundbultarna i upphandlingslagstiftningen är ett effektivt nyttjande av offentliga medel vid inköp. En annan är att gynna konkurrensen. En förutsättning för den sistnämnda intentionen är att alla typer av företag, oavsett storlek, ska kunna lämna anbud i offentliga upphandlingar och tilldelas kontrakt. Att upphandlingsreglerna särskilt ska underlätta små och medelstora företags – i det följande SME – deltagande i offentlig upphandling framgår av de inledande skälen till LOU-direktivet.<sup>30</sup> Det finns dock en risk att mindre företag missgynnas i offentliga upphandlingar.<sup>31</sup> Upphandlande myndigheter kan exempelvis efterfråga stora volymer, vilket kan vara svårare att uppnå för mindre företag. Hälso- och sjukvårdstjänster anses vidare ingå i ett segment med ett förhållandevis litet antal upphandlingar, men där värdet på enskilda upphandlingar kan antas vara mycket högt.<sup>32</sup>

År 2020 lät Konkurrensverket inom ramen för sin uppdragsforskning genomföra en undersökning om varför antalet anbud minskat inom offentlig upphandling. I forskningsrapporten, som gäller alla typer av upphandlingar, lyfts fram att det i var sjunde upphandling bara läggs ett enda anbud samt att Sverige har en hög andel överprövningar av genomförda upphandlingar. Enligt rapportförfattarna finns en risk för att den sistnämnda omständigheten kan leda till att upphandlande myndigheter medvetet begränsar antalet

---

<sup>30</sup> Se skäl 2 i LOU-direktivet.

<sup>31</sup> "Underlätta för små och medelstora företag att lämna anbud", Upphandlingsmyndigheten.

<sup>32</sup> Statistik från Upphandlingsmyndigheten, 2022.

anbudsgivare i syfte att minska risken för överprövningar, något som i sin tur kan komma att snedvrیدا konkurrensen på marknaden.<sup>33</sup>

Enligt en analys som genomförts på uppdrag av EU-kommissionen varierar deltagandet av SME i alla former av upphandlingar mellan medlemsländerna. Sverige uppges tillhöra gruppen med lägst andel SME i offentliga upphandlingar, mätt i andelen av det totala kontraktsvärdet.<sup>34</sup> Det är således inte endast deltagandet i upphandlingar som är intressant utan även möjligheten att tilldelas kontrakt är av vikt. Av de företag i Sverige som lämnade anbud i upphandlingar 2019 var hela 36 procent mikroföretag och endast 4 procent utgjordes av stora företag. Samtidigt stod de stora företagen för i genomsnitt 10,3 kontrakterade anbud var, medan motsvarande siffra för mikroföretagen var 0,9.<sup>35</sup> En av förklaringarna till denna skillnad är att stora företag har möjlighet att lämna anbud i flera upphandlingar, en möjlighet som mindre företag oftast saknar. Frågan är dock om det finns ytterligare faktorer som påverkar utfallet. I det följande diskuteras denna fråga närmare.

#### 4.1.1 Breda uppdrag

Något som återkommer i både upphandlingsrättslig litteratur och i de samtal som förts med vårdgivare inom ramen för denna promemoria är att hinder för mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar i första hand inte utgörs av de upphandlingsrättsliga regelverken, utan av de krav som ställs av upphandlande myndigheter vad gäller uppdragens omfattning.

Detta hänger även ihop med att de möjligheter som står till buds i lagstiftningen för att främja mindre företags deltagande i upphandlingar inte alltid nyttjas av de upphandlande myndigheterna. Som exempel kan 4 kap. 13 § LOU nämnas. Enligt den bestämmelsen får en myndighet besluta att ett kontrakt ska tilldelas i separata delar. Bestämmelsen ger uttryck för ”myndighetens handlingsfrihet när det gäller hur dess anskaffningsbehov ska tillgodoses”<sup>36</sup> och garan-

---

<sup>33</sup> ”Competition and Litigation in Swedish Public Procurement”, Uppdragsforskningsrapport 2020:1, Konkurrensverket, s. 5.

<sup>34</sup> ”Analysis of the SMEs’ Participation in Public Procurement and the Measures to Support it – 697/PP/GRO/IMA/18/1131/10226”, Final Report, European Commission, 2019, s. 39.

<sup>35</sup> ”Statistik om offentlig upphandling 2020”, Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket, s. 132 f.

<sup>36</sup> Prop. 2015/16:195, s. 981.



terar således inte att myndigheten kommer att dela upp avtalet, låt vara att den måste motivera sitt beslut om den väljer att inte använda sig av denna möjlighet. Dessa bestämmelser får tillämpas, men är inte obligatoriska, för upphandlingar av tjänster som faller in under kapitel 19 i LOU.

En myndighet kan välja bort möjligheten att tilldela ett kontrakt i separata delar av rädsla för att behöva lägga resurser på att förvalta flera mindre, i stället för ett mer omfattande, kontrakt. Ett sådant förhållningssätt kan dock vara kontraproduktivt. Även om en bredare avtalsförvaltning på kort sikt kan utgöra en merkostnad kan motsatsen leda till att konkurrensen begränsas. Det kan även leda till fler överprövningar med anledning av att leverantörer i ett sådant läge inte anser sig ha råd att förlora ett kontrakt. I förlängningen riskerar detta att också skapa sämre villkor för de upphandlande myndigheterna.<sup>37</sup>

#### 4.1.2 Förutsebarhet och tidsfrister

En annan faktor som sägs påverka mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar handlar om möjligheten att planera för framtiden. Frågan om förutsebarhet lyfts även fram i SKR:s, SLF:s och Fysioterapeuternas hemställan samt i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem.<sup>38</sup> Parterna framhåller att potentiella leverantörer måste kunna förlita sig på att vissa förhållanden kommer att bestå under en längre period för att våga ansluta sig till ett offentligt finansierat system. Frågan om förutsebarhet kan, som i parternas hemställan, kopplas samman med avtalets längd, men den kan även avse andra villkor, som principerna för ersättning.

#### 4.1.3 Tilldelningskriterier

Forskning på området visar att kvalitet som ett avgörande tilldelningskriterium kan leda till högre deltagande av SME i upphand-

---

<sup>37</sup> Pedersen K, Olsson E, ”De viktigaste nyheterna i de nya upphandlingslagarna”, Ny Juridik, 1:17, s. 11.

<sup>38</sup> SOU 2020:19.

lingar av tjänster.<sup>39</sup> Även parterna lyfter i sin hemställan fram vikten av att använda kvalitet som ett avgörande tilldelningskriterium.

Enligt artikel 67.2 stycke 2 LOU-direktivet finns det möjlighet för upphandlande myndigheter att använda sig av ett fast pris i upphandlingar.<sup>40</sup> Det innebär att potentiella leverantörer i dessa fall enbart ska konkurrera i fråga om kvalitetskriterier. Det är alltså enligt gällande rätt möjligt att i upphandlingsdokumenten ange ett fast pris och att kontrakt i stället tilldelas utifrån kvalitetskriterier. Upphandlande myndigheter har vidare, som redan nämnts, ett stort utrymme att utforma upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster på det sätt som de finner lämpligt. Således finns även här möjlighet att låta bedömningen ske utifrån kvalitetskriterier, så länge som myndigheten också beaktar de grundläggande EU-rättsliga principerna. Hur ofta som de upphandlande myndigheterna tillämpar denna möjlighet är dock en annan fråga.

## 4.2 Svårigheter att etablera och driva vårdverksamhet i glest befolkade områden

För att kunna ta välgrundade beslut för hur hälso- och sjukvården ska utvecklas, inte minst vad gäller kompetensförsörjning, är kunskap om hur villkoren skiljer sig åt mellan olika delar av landet avgörande. Människor i glest befolkade områden har ofta längre avstånd till hälso- och sjukvård. Även kollektivtrafiken och annan infrastruktur, som tillgång till fiber, kan vara begränsad jämfört med hur det ser ut i städerna. Det är här som utmaningen att upprätthålla målsättningen om god och jämlik vård kan bli riktigt påtaglig. Frågan om jämlik vård kan dessutom påverkas av andra variabler än geografi, som var för sig och tillsammans kan påverka utfallet för en enskild person. Forskning om vård i glest befolkade områden pekar till exempel på vissa skillnader mellan könen. Det är exempelvis vanligare att män ges sjukhusvård än kvinnor. De senare brukar i stället dominera i patientunderlaget vad gäller inskrivningar hos lokala sjukstugor.<sup>41</sup> Det ställs även fler diagnoser för män än vad som

<sup>39</sup> “Analysis of the SMEs’ Participation in Public Procurement and the Measures to Support it – 697/PP/GRO/IMA/18/1131/10226”, Final Report, European Commission, 2019, s. 132.

<sup>40</sup> Se även prop. 2015/16:195, s 788.

<sup>41</sup> En sjukstuga är en hälsocentral med en mindre tillhörande vårdavdelning, där det även går att lägga in patienter. Dessa inrättningar återfinns på flera håll i glest befolkade områden, framför allt i Region Västerbotten.

sker för kvinnor. Detta gäller både för sjukstugorna och för sjukhusen.<sup>42</sup> Andra variabler än geografi och kön, till exempel utbildning, språkkunskaper och inkomst kan också påverka tillgången till vård. Mot bakgrund av promemorians direktiv fokuserar den här framställningen dock endast på glest befolkade områden, alltså hur valet av bostadsort påverkar tillgången till vård.

I ett internationellt sammanhang räknas Sverige som ett tämligen glest befolkat land med en befolkningstäthet på 25,8 invånare per kvadratkilometer.<sup>43</sup> Detta kan jämföras med exempelvis Nederländerna, där motsvarande siffra är 507,3.<sup>44</sup> Det råder vidare stora skillnader i befolkningstäthet mellan olika områden i landet, där kommunerna i norr är mest glesbefolkade. Mest glesbefolkat är Arjeplog med 0,2 invånare per kvadratkilometer. En annan omständighet som i dessa sammanhang nämns som en utmaning är Sveriges åldrande befolkning. Även här sticker Sverige ut när jämförelser görs på internationell nivå. Andelen äldre än 65 år ligger på 20,3 procent med betydande regionala skillnader. I Västerbottens inland, till exempel, är var tredje invånare över 65 år.

Då en förutsättning för att kunna starta och driva ett företag är att det går med vinst eller åtminstone jämnt ut, är ett begränsat patientunderlag en viktig ledtråd till varför så få vårdföretag väljer att bedriva verksamhet i glest befolkade områden. En annan omständighet som bidrar till denna utveckling är kompetensförsörjningen inom vården, där läget är ansträngt för hela landet men i synnerhet i glest befolkade områden. På vissa håll kan tillgången till läkare och i viss mån även till andra vårdprofessioner endast säkras med hjälp av inhyrd arbetskraft. Här handlar det inte enbart om tillgänglighet utan, i värsta fall, kan även vårdens kvalitet komma att äventyras, i vart fall sett till faktorer som kontinuitet och patientsäkerhet. Risken för minskad patientsäkerhet anses nämligen vara högre på arbetsplatser där personalomsättningen är hög.<sup>45</sup>

Därutöver finns även andra faktorer som påverkar kompetensförsörjningen i hela landet och i glest befolkade områden i synnerhet. En central faktor som ofta återkommer i sammanhanget är en

---

<sup>42</sup> Hedman M et al, "Clinical Profile of Rural Community Hospital Inpatients in Sweden – A Register Study", *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 39, 2021.

<sup>43</sup> Statistik från SCB, 2022.

<sup>44</sup> Population density, Eurostat, 2019.

<sup>45</sup> SOU 2019:42, s. 30. Se även <https://skr.se/skr/tjanster/pressrum/nyheter/nyhetsarkiv/fortsattokadekostnaderforhyrpersonalivarden.66941.html>

ansträngd arbetsmiljö inom primärvården med bristande möjligheter till fortbildning och forskning för medarbetarna. Brister i arbetsmiljön kopplas i sin tur av vissa aktörer till de principer som styr ersättningsystemen.

I glest befolkade områden kompliceras läget ytterligare av andra faktorer, som egentligen ligger utanför hälso- och sjukvårdssektorn. Det kan till exempel handla om näringspolitiska frågor, som stöd till företag samt om kvaliteten på infrastrukturen i bred bemärkelse. Till den senare kategorin räknas vägar, mobiltäckning och olika typer av samhällsservice. Som det kommer att illustreras under kommande avsnitt har dessa faktorer stor betydelse för omställningen till god och nära vård i glest befolkade områden, men förekommer dessvärre inte alltid i den aktuella debatten.

### 4.3 Kritik mot de så kallade ersättningslagarna

Genom åren har en omfattande kritik riktats mot systemet med nationella taxan. En del av kritiken har handlat om regionernas bristande möjligheter att planera vården utifrån behov och att följa upp den vård som bedrivs av privata utförare inom ramen för de så kallade ersättningslagarna (lagen om läkarvårdsersättning, LOL och lagen om ersättning för fysioterapi, LOF).

Regionerna har ansett sig sakna verktyg för att kunna säkerställa att den vård som bedrivs inom ramen för LOL och LOF är säker och kostnadseffektiv. Omständigheten att samverkansavtalen på nationella taxan i princip gäller på livstid försvårar en ändamålsenlig planering av vården. Offentlig finansiering kan exempelvis utgå till vårdgivare i ”vårdtäta” områden i stället för att användas där behovet av vård är som störst. Regionerna saknar även möjlighet att påverka vilken specialistkompetens som vårdgivaren ska besitta. Läkare och fysioterapeuter verksamma enligt LOL och LOF upplever, å sin sida, regionernas granskningar som tidskrävande och, i vissa fall, till och med som försök att sabotera deras verksamhet.

Med stöd av ett samverkansavtal kan regionerna alltså inte påverka planeringen och kostnaden för vården på det sätt som är möjligt inom ramen för ett vårdavtal. Regionerna kan inte heller säga upp avtalet på grund av brister i utförandet, utan endast anmäla vårdgivaren till Inspektionen för vård och omsorg, IVO. Den enda

möjligheten som står till buds är att sluta betala ut ersättning om läkaren eller fysioterapeuten inte uppfyller ett i dessa lagar föreskrivet heltidskrav. Detta har skapat en ordning där vissa regioner börjat använda sig av så kallade avregistreringsbeslut som ett sätt att avveckla oönskade etableringar. Dessa beslut har inte kunnat överklagas eller laglighetsprövas i förvaltningsrätten, vilket har skapat en besvärlig situation för berörda vårdgivare. Av förklarliga skäl är varken regionerna eller vårdgivarna nöjda med hur LOL och LOF är utformade i denna del.

En annan, återkommande, kritik från regionerna är att taxeanslutna läkare och fysioterapeuter inte samverkar med andra vårdgivare i tillräcklig omfattning. Samtidigt görs det från vårdgivarnas sida gällande att de inte ges möjlighet att bidra med utbildnings- och forskningsinsatser eller i övrigt integreras i hälso- och sjukvårdssystemet.

Något som onekligen bidrar till den ovanbeskrivna situationen är det heltidskrav som föreskrivs i LOL och LOF. Kravet, som av regionerna ofta räknas om till procentsatser av takersättningen och alltså i hög grad samspelar med antalet besök, skapar inte sällan en oförmåga att bidra till den integrering och samverkan som efterfrågas. Då vårdgivarnas och regionernas tolkning av heltidskravet inte alltid stämmer överens med varandra, har det även visat sig vara tämligen tvisteframkallande.

Inte enbart berörda parter är kritiska till systemet. Det har till exempel diskuterats om de livslånga samverkansavtalen är förenliga med EU-rätten.<sup>46</sup> Även taxans ersättningssystem har fått kritik. Socialstyrelsen, som har haft regeringens uppdrag att se över regleringen av läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi, är av uppfattningen att dessa bestämmelser inte fullt ut är ändamålsenliga. Myndigheten noterar att den nationella taxans nuvarande konstruktion med ersättningsnivåer kan avvecklas på sikt, men att en förutsättning för ett nytt ersättningssystem är att taxeanslutna vårdgivare börjar tillämpa relevanta nationella klassifikationer och nationell terminologi i dokumentationen av vården.<sup>47</sup> Även vårdgivarna är kritiska till ersättningssystemets utformning. En i sammanhanget vanligt förekommande uppfattning är att förteckningen över ersätt-

---

<sup>46</sup> Se bland annat ”Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar”, Konkurrensverket, Rapport 2010:3, s. 123. Se även prop. 2008/09:64, s. 38 f.

<sup>47</sup> ”Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi”, Socialstyrelsen, 2018.

ningsgilla åtgärder inte är anpassad till den medicinska utvecklingen och att den därmed indirekt hindrar omställningen till god och nära vård.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan är det tydligt att systemet med nationella taxan inte fungerar tillfredsställande. Denna uppfattning företräds även av SKR, SLF och Fysioterapeuterna, vilket utvecklas nedan.

## 4.4 Hemställan från SKR, SLF och Fysioterapeuterna

SKR har tillsammans med professions- och fackföreningarna SLF och Fysioterapeuterna tagit fram ett partsgemensamt förslag på ett ”nationellt system för småskalig hälso- och sjukvård”.<sup>48</sup> I promemorians direktiv ingår att beakta parternas hemställan. Detta har skett genom att analysera skrivelsen och, vid behov, ställa kompletterande frågor till parterna. Parternas synpunkter har även inhämtats avseende övriga delar av promemorian. Detta har skett genom kommunikation och möten med parterna samt en enkät till medlemmarna hos en av föreningarna.

### 4.4.1 Bakgrund

Syftet med parternas förslag har, enligt hemställan, varit att ge stöd till Socialdepartementet i behandlingen av betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem<sup>49</sup>, och då specifikt det avsnitt som berör verksamheter som bedrivs enligt LOL och LOF. Parterna framhåller att förslaget grundar sig på en gemensam syn kring vissa centrala frågor, men att det ska ses som arbetsmaterial och inte ett slutgiltigt bindande ställningsstagande. Vidare framgår av hemställan att några konkurrensrättsliga bedömningar inte genomfördes av parterna i samband med förslagens framtagande.

En av de viktigaste premisserna för parternas förslag är att LOL och LOF inte ska upphävas utan vidareutvecklas: ”Eftersom förut-

---

<sup>48</sup> ”Partsgemensamt förslag om nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet”.

<sup>49</sup> SOU 2020:19.

sättningarna för utredningen var att föreslå en förändring, inte nedläggning, utgår parterna också från denna förutsättning.”<sup>50</sup> Ett av direktiven för denna promemoria är emellertid att skapa förutsättningar för att LOL och LOF ska kunna upphävas och för att de vårdgivare som i dag är verksamma inom ramen för dessa system ska kunna integreras i befintliga offentligt finansierade system. Förutsättningarna har alltså förändrats, vilket också påverkar promemorians förslag. Nedan följer en genomgång av parternas förslag och en redogörelse för hur dessa har beaktats inom ramen för denna framställning.

#### 4.4.2 ”Främjandelagen” – en utgångspunkt för parternas förslag

Av hemställan framgår att parternas förslag bygger på det lagförslag som lämnades inom ramen för betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem och som kom att kallas för främjandelagen eller glesbygdsscenarioet. I det aktuella betänkandet lämnades två alternativa förslag. Det ena var att det skulle införas obligatoriska vårdval i fysioterapi och psykiatri. Det andra förslaget var att anta en ny lag – främjandelagen – som skulle gälla särskilt för vissa vårdgivare i glesbygden. Lagen skulle vara frivillig att tillämpa för regionerna och medfinansieras av staten.

I likhet med främjandelagen ska också det system som föreslås av parterna vara frivilligt att tillämpa för regionerna, utom under de första sju åren efter lagens ikraftträdande. Parterna föreslår även en annan viktig skillnad, nämligen att systemet ska kunna tillämpas i hela landet och inte enbart i glesbygden. Vad gäller frågan om statlig medfinansiering i hela landet framgår av hemställan att detta inte är nödvändigt om regionerna väljer att tillämpa systemet i andra geografiska områden än dem som i betänkandet definierats som glesbygdsområden. I den dialog som förts inom ramen för arbetet med promemorian har dock parterna framfört att en statlig medfinansiering i hela landet skulle utgöra en viktig komponent, och kanske till och med en nödvändig förutsättning, för förslagets potentiella framgång: ”Då vårt förslag är frivilligt att tillämpa för

---

<sup>50</sup> ”Partsgemensamt förslag om nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet”.

regionerna behövs en morot för att regionerna ska använda sig av det” (en av parterna).

#### 4.4.3 Ansvar för systemet

Parterna föreslår att flera aktörer ska dela på ansvaret för systemet. En statlig myndighet – parterna föreslår Socialstyrelsen – ska ges i uppdrag att i samråd med parterna ta fram föreskrifter om ett nytt ersättningssystem samt bereda ersättningsnivåer som därefter ska beslutas av myndigheten. Vidare ska myndigheten även ”bemyndigas att utfärda föreskrifter om ansvar och skyldigheter som kan relateras till ersättningen för uppdraget”. Samtidigt ska regionerna ges ”ett förhållandevis stort mandat för att ta ägarskap för systemet regionalt”.

Frågan är om det inte finns en inneboende dikotomi mellan dessa intentioner, det vill säga om ett system som i så stor utsträckning regleras på nationell nivå kan ge regionerna den grad av ägarskap som efterfrågas. Parternas förslag kan beskrivas som en hybridlösning, där flera olika aktörer ska samverka, vilket kan innebära otydlighet rörande ansvarsfördelning. I sammanhanget bör noteras att även LOL och LOF utgör hybridlösningar, där spelreglerna fastställs på nationell nivå men huvudmannskapet anses tillfalla regionen<sup>51</sup>, något som lagarna har kritiserats för. Vidare fastställs även inom ramen för LOL och LOF ersättningen på nationell nivå efter förhandlingar mellan parterna.

Av hemställan framgår vidare att parterna anser att en förutsättning för att verka inom ramen för det föreslagna systemet är att det ska råda sammanhållen journalföring och resurs- och kompetensmässig integration. Samtidigt framhåller parterna att detta förutsätter utveckling av digitalisering och affärsmodeller samt priser som är rimliga för småskalig verksamhet.

Parterna föreslår att befintliga vårdgivare verksamma inom ramen för LOL och LOF under en övergångsperiod om sju år ska kunna anslutas till, och verka i, det nya systemet utan någon konkurrensetsättning. Dessa regler ska, till skillnad från lagen i övrigt, vara obligatoriska för regionerna att tillämpa. Under sju år ska lagen alltså vara tvingande till förmån för de vårdgivare som i dag är verksamma

---

<sup>51</sup> SOU 2020:19.



enligt LOL och LOF men frivillig för regionerna att tillämpa i förhållande till övriga vårdgivare.

Ett av huvuddragen i parternas förslag är att regionerna själva ska få bestämma inriktningen på den verksamhet som ska upphandlas enligt det nya systemet. Av hemställan framgår samtidigt att de vårdgivare som automatiskt övergår till det nya systemet ska få verka med samma inriktning som tidigare. Parterna föreslår vidare att endast vårdgivare som uppfyller heltidskravet i 8 §§ LOL respektive LOF ska kunna anslutas till det nya systemet under övergångsperioden.

Heltidskravet utgör ett av de mest kritiserade begreppen i de sagda lagarna. Regionernas och vårdgivarnas syn på hur heltid ska räknas fram skiljer sig åt, vilket genom åren har visat sig vara tämligen tvistedrivande. Frågan är hur denna omständighet skulle inverka på bedömningen av en vårdgivares rätt att anslutas till det nya systemet under övergångsperioden samt på vilket sätt eventuella oenigheter skulle hanteras.

Parterna uppger i hemställan att förslaget inte är analyserat utifrån upphandlingsrättsliga och EU-rättsliga perspektiv. Samtidigt menar parterna att omständigheten att hälso- och sjukvårdstjänster inte omfattas av EU:s upphandlingsdirektiv ger enskilda medlemsstater ett tämligen stort handlingsutrymme när det kommer till regleringen av dessa tjänster. En av parterna bifogar underlag angående IOP och statsstöd och menar att domar från bland annat Efta-domstolen ger stöd för att skattefinansierade välfärdstjänster, generellt sett, ska betraktas som icke-ekonomiska tjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

Omständigheten att ett kontrakt gäller en viss typ av tjänster leder dock inte per automatik till att kontraktet i fråga anses falla utanför unionsrättens tillämpningsområde. Även om den tjänst som upphandlas faller in under det icke-direktivstyrda området ska den upphandlande myndigheten beakta grundläggande EU-rättsliga principer.<sup>52</sup> EU-domstolen har, baserat på bestämmelser i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget), utvecklat ett antal grundläggande principer för upphandling som rör lika-behandling, icke-diskriminering, öppenhet, ömsesidigt erkännande och proportionalitet. Enligt domstolens praxis gäller dessa principer

---

<sup>52</sup> Se bland annat HFD 2018 ref. 60.

även för icke-direktivstyrda kontrakt som har ett bestämt gränsöverskridande intresse.<sup>53</sup>

Frågan om de grundläggande unionsrättsliga principerna bör utmönstras för icke-direktivstyrda upphandlingar har nyligen analyserats i en statlig utredning. Regeringen gjorde då gällande att det är viktigt, både utifrån samhällsekonomiska aspekter och av rättssäkerhetsskäl, att fortsatt ha ett grundläggande regelverk också för de icke-direktivstyrda upphandlingarna. Principerna ansågs även fylla en viktig funktion som ett ramverk för hur en upphandling kan utformas när regelverket i övrigt förenklas genom färre bestämmelser. Om principerna inte gällde för det icke-direktivstyrda regelverket skulle det dessutom medföra att de upphandlande myndigheterna i varje enskild upphandling måste bedöma om det kan finnas ett gränsöverskridande intresse. Detta skulle, enligt regeringen, motverka intentionen med ett förenklat förfarande.<sup>54</sup>

Den svenska lagstiftaren har alltså bestämt att de grundläggande EU-rättsliga principerna ska gälla generellt. Det innebär att EU-domstolens uttolkning av principerna får genomslag även vid upphandlingar som ligger under tröskelvärdena eller regleras i bilaga 2 i LOU och som saknar ett gränsöverskridande intresse. Även om relevansen och den faktiska innebörden av de olika principerna varierar utifrån varje enskilt upphandlingsärendes karaktär och föremål – likabehandlingsprincipen är till exempel alltid relevant, medan principen om ömsesidigt erkännande givetvis får en mindre viktig roll om det saknas gränsöverskridande intresse – innebär det inte att principerna inte ska beaktas.

Det är vidare viktigt att skilja mellan kontrakt som tilldelas på en konkurrensutsatt marknad och samarbeten som IOP. Utgångspunkten för ett IOP-avtal, som är tänkt att utgöra ett komplement till upphandling och bidrag, är att en eller flera idéburna respektive offentliga aktörer gemensamt tar sig an en samhällsutmaning. Ett sådant samarbete karaktäriseras av gemensamma bidrag, i form av till exempel ideellt arbete och lokaler. I grunden är alltså IOP tänkt att fungera som en samverkansform som bygger på ömsesidighet och inte på marknadsmekanismer och kommersiella kontrakt.

---

<sup>53</sup> Se t.ex. dom av den 5 april 2017 i mål nr C-298/15, Borta, EU:C:2017:266, punkt 36 och där angiven rättspraxis.

<sup>54</sup> Se prop. 2021/22:5, s. 79 f och s. 98.

Merparten av de vårdgivare som i dag är verksamma inom ramen för LOL och LOF driver företag och verkar på en konkurrensutsatt marknad. Frågan är därmed hur stort intresset att ingå IOP-avtal skulle vara hos denna grupp. Det finns inte heller något i parternas hemställan som tyder på en avsikt att avtalen inte skulle tilldelas inom ramen för en konkurrensutsatt marknad. Tvärtom utgår parternas förslag från LOU och tjänstekontrakt.

Högsta förvaltningsdomstolen har dessutom uttalat att ett avtal mellan en kommun och en stiftelse om driften av ett äldreboende (som av parterna till avtalet ansågs utgöra ett IOP) utgjorde ett tjänstekontrakt enligt LOU och därför borde ha upphandlats.<sup>55</sup> Efter denna dom har EU-domstolen i målet C-262/18 P och C-271/18 Dövera klargjort att vissa tjänster inte behöver betraktas som ekonomiska, trots att de erbjuds på en marknad som konkurrensutsatts. Detta domslut anses dock inte ha förändrat det materiella rättsläget vad gäller statens samt regionernas och kommunernas skyldighet att förhålla sig till EU:s regler om statsstöd.<sup>56</sup>

En av parterna hänvisar till de övergångsbestämmelser som kom på plats när LOL och LOF först trädde i kraft som stöd för att dagens vårdgivare verksamma inom LOL och LOF ska kunna anslutas till ett nytt system utan konkurrensutsättning. Under första året med LOL och LOF gällde emellertid etableringsfrihet. Det innebär att alla som uppfyllde kriterierna i dessa lagar kunde anslutas till systemet. I förevarande fall föreslår parterna ett helt nytt offentligt finansierat system som, åtminstone under en inledande period om sju år, enbart skulle stå öppet för vissa vårdgivare. Dessa vårdgivare skulle anslutas till systemet utan någon konkurrensutsättning. Andra vårdgivare, inklusive potentiella leverantörer från andra medlemsländer, skulle inte vara garanterade samma möjligheter, inte ens om det förelåg ett bestämt gränsöverskridande intresse. En sådan lösning skulle riskera att strida mot en av EU-rättens grundpelare – etableringsfriheten.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan görs bedömningen att det inte går att ansluta vårdgivare till ett helt nytt offentligt finansierat system utan att beakta grundläggande EU-rättsliga principer. Där-  
emot föreslås i denna promemoria lämpliga övergångsbestämmelser för de vårdgivare som i dag är verksamma inom ramen för ersätt-

---

<sup>55</sup> HFD 2020 ref. 15.

<sup>56</sup> Prop. 2021/22:135, s. 46 f.

ningslagarna. Dessa personer kommer då ha valet att antingen stanna kvar i det gamla systemet under övergångsperioden eller att ansöka om anslutning till ett annat system.

Av parternas hemställan framgår vidare att berörda vårdgivare som ansluts till det av parterna föreslagna systemet under övergångsperioden omgående ska kunna möta de ovannämnda kraven på integration, däribland vad gäller digitala lösningar som gör det möjligt att ingå i sammanhållen journalföring. En del av den kritik som framförts mot LOL och LOF är att regionerna inte kan ställa krav på sammanhållen journalföring och därmed kunna dela information med berörda vårdgivare på ett tillfredställande sätt. Detta torde implicera att möjligheten till sammanhållen journalföring inte tillämpas av alla vårdgivare som i dag verkar enligt dessa lagar, något som också bekräftas av såväl huvudmännen som vårdgivarna i den dialog som förts inom ramen för arbetet med promemorian. En synpunkt som återkommer i sammanhanget är att vårdgivarnas system inte alltid är kompatibla med regionernas dito, vilket omöjliggör informationsdelning.

Ett av syftena med föreliggande promemoria är att lämna förslag på övergångsbestämmelser som, i möjligaste mån, tar hänsyn till alla vårdgivare som i dag är verksamma enligt LOL och LOF. Det innebär att även utförare som av olika anledningar anser sig sakna förutsättningar att ingå i bland annat sammanhållen journalföring behöver beaktas. Även parterna är, som redan nämnts, medvetna om att nya digitala lösningar och affärsmodeller krävs för att en mer omfattande och säker informationsdelning ska bli möjlig. Det är oklart hur lång tid som skulle behövas för att utveckla den här typen av lösningar och hur det skulle finansieras. En generös övergångsperiod kommer att ge parterna och andra berörda aktörer tid att planera för lämpliga lösningar på området.

#### 4.4.4 Övriga punkter i parternas hemställan

Parternas förslag vidareutvecklar, som redan nämnts, den så kallade främjandelagen. Förslaget om främjandelagen innehöll endast ett fåtal paragrafer och hänvisade i övrigt till LOU. Enligt vissa av de remissvar som inkom avseende främjandelagen var flera av lagens bestämmelser möjliga att genomföra med stöd av befintlig reglering.

Som exempel kan nämnas bestämmelsen om tilldelningskriterier. Det är möjligt att inom ramen för 19 kap. LOU, där upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster regleras, använda kvalitet som ett tilldelningskriterium. Det är även i andra fall möjligt att ange ett fast pris i upphandlingsdokumenten och låta potentiella leverantörer konkurrera utifrån kvalitetskriterier.<sup>57</sup> Promemorians författare delar bland annat Konkurrensverkets uppfattning att det saknas anledning att införa redan gällande bestämmelser i en ny lag.

En annan fråga som förs fram av parterna och som också återfinns i främjandelagen gäller längden på upphandlingsavtalen, där det i båda fallen föreslås en avtalslängd om sju år. Det är vanskligt att i lag ange en viss längd som ett avtal kan ha när avtalslängden i själva verket bör avgöras av omständigheterna i varje enskilt fall. Det innebär att i vissa fall kan sjuåriga kontrakt anses strida mot EU-rätten, medan det, i andra fall, kan vara tillåtet med kontrakt som löper på längre tid än sju år. Övriga punkter som tas upp i parternas hemställan och som parterna vill få reglerade i form av föreskrifter, som möjligheten att säga upp ett avtal i förtid, regleras lämpligen genom avtal.

#### 4.4.5 Sammanfattande synpunkter på parternas hemställan

I betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem konstateras att en lag som ska främja etablering i glesbygd inte kommer att lösa problematiken med LOL och LOF, utan att den sannolikt kommer att involvera helt andra aktörer.<sup>58</sup> Samtidigt är ett av direktiven för förevarande promemoria att lämna förslag som innebär att de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar på nationella taxan på ett bättre sätt ska kunna integreras i befintliga offentligt finansierade system. En ny lag som, efter de inledande sju åren, är frivillig att tillämpa för regionerna kan sannolikt inte uppfylla en sådan målsättning, oavsett om lagen skulle tillämpas i hela landet eller endast i glest befolkade områden.

Flera remissinstanser, däribland Konkurrensverket och Upphandlingsmyndigheten, var, som redan nämnts, kritiska till förslaget om en främjandelag. Konkurrensverket avstyrkte förslaget med

---

<sup>57</sup> Se artikel 67.2 stycke 2 LOU-direktivet.

<sup>58</sup> SOU 2020:19, s. 321.

motiveringen att det bör vara möjligt att åstadkomma de resultat som lagen var tänkt att lösa inom ramen för LOU och LOV. Båda myndigheterna gjorde även gällande att upphandlings- och valfrihetslagstiftningarna redan i dag i vissa fall anses som svåröverskådliga och svårtillämpade och att vi under sådana förutsättningar bör sträva efter att förenkla och effektivisera de aktuella regelverken – en ambition som enligt myndigheterna skulle motverkas om ytterligare en lag infördes. Då parternas förslag utgår från främjandelagen kan remissinstansernas synpunkter, i förekommande fall, även appliceras på parternas förslag.

Liknande synpunkter har också framförts i de samtal som inom ramen för detta arbete har förts med huvudmännen. En tanke som lyfts fram är att det inte är lämpligt att införa en helt ny lag, som dessutom skulle innebära en hybridlösning, när det redan finns adekvata verktyg i LOV och LOU att tillgå. En region nämner till exempel möjligheten till direktupphandling som i regionen i fråga redan används i förhållande till vårdgivare verksamma på nationella taxan för att lösa vårdköerna som uppstått med anledning av pandemin. Två andra regioner med taxeanslutna vårdgivare berättar att de, när det är möjligt, anpassar sina upphandlingar till mindre vårdföretag och att det inom flera områden redan är vanligt förekommande med mindre vårdverksamheter. Samtidigt lyfts vissa förbättringsområden fram, som behov av ökade kunskaper kring den upphandlingsrättsliga lagstiftningen i den egna verksamheten och hos de mindre vårdföretagen.

Utifrån de dialoger som förts med huvudmännen inom ramen för promemorian görs bedömningen att den av parterna föreslagna lagstiftningen inte skulle tillämpas av regionerna. Mot bakgrund av vad som i övrigt anförts ovan saknas förutsättningar för att genomföra parternas förslag. Parternas hemställan har dock varit av värde i arbetet med promemorian och flera av förslagen har omhändertagits på andra sätt.

## 5 Promemorians förslag

Genomförandet av promemorians olika förslag är inte beroende av varandra. Promemorians författare rekommenderar dock att de läses och genomförs tillsammans. Förslagen spänner, för det första, över olika områden, där det ofta också finns motstående intressen. Promemorians författare har försökt att i möjligaste mån beakta och balansera dessa intressen i sitt arbete. För det andra, har de så kallade ersättningslagarna under en lång tid varit föremål för återkommande utredningar, senast så nyligen som 2020. Några förändringar har, de återkommande utredningarna till trots, inte genomförts.

I promemorian görs även en del bedömningar som kompletterar de konkreta förslagen. Även dessa bör läsas tillsammans. Var och en för sig kan dessa bedömningar måhända uppfattas som inte tillräckligt kraftfulla för att lösa aktuella utmaningar inom hälso- och sjukvården. Bedömningen är dock att de tillsammans har potential att på ett påtagligt sätt bidra till en bättre kompetensförsörjning.

Det har varit svårt att hitta en kombination av åtgärder som kan tänkas ha en positiv påverkan på kompetensförsörjningsproblematiken, i synnerhet i glest befolkade områden. Svårigheten har också, som redan nämnts, legat i att balansera de olika intressen som finns på området. Promemorians författare har i sitt arbete valt att utgå från relevanta statliga utredningar och myndighetsrapporter. Undersökningen har kompletterats med slutsatser från svensk och internationell forskning samt med synpunkter från samtal med olika intressenter. Med denna metod som utgångspunkt lämnas följande förslag.

## 5.1 Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster

**Promemorians förslag:** Upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster och ta fram riktlinjer för hur detta intresse ska beaktas.

Myndigheterna ska även för varje upphandling dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att beakta intresset och, i förekommande fall, hur skyldigheten har fullgjorts i upphandlingen.

Konkurrensverket ska i lag och förordning bemyndigas att meddela föreskrifter om riktlinjerna samt få rätt att förelägga upphandlande myndigheter att besluta om dessa riktlinjer och att fullgöra de skyldigheter som kommer att följa av föreskrifterna.

### Skälen för promemorians förslag

I de samtal som förts med privata vårdgivare inom ramen för detta arbete nämndes inte den upphandlingsrättsliga lagstiftningen som ett hinder mot etableringen av småskaliga vårdverksamheter. I stället var det den omfattande kravställningen på vårdgivare och bristen på förutsebarhet som lyftes fram som två stora hinder. Liknande iakttagelser görs även i forskning på området och i en rapport från Socialstyrelsen.<sup>59</sup> De upphandlande myndigheterna tycks ha adekvata verktyg och problematiken handlar snarare om hur verktygen används eller, för den delen, att de inte används. Enligt statistik från Upphandlingsmyndigheten nyttjas till exempel möjligheten att dela upp en upphandling i flera anbudsområden i väldigt liten utsträckning. År 2022 var endast 599 eller 3,5 procent av alla upphandlingar som annonserades uppdelade i flera anbudsområden.<sup>60</sup>

<sup>59</sup> ”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”, Socialstyrelsen, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364, s. 28 f.

<sup>60</sup> Denna siffra kan dock vara något högre, då det inte alltid framgår av en annons om upphandlingen är indelad i flera anbudsområden. Källa: Upphandlingsmyndigheten.



## Lagstiftningen behöver förtydligas

En av LOU-direktivets intentioner är att underlätta SME:s deltagande i offentliga upphandlingar. Denna intention gäller även för den svenska upphandlingsrättsliga lagstiftningen, som ska tolkas EU-konformt. Det finns därför olika verktyg i de upphandlingsrättsliga lagarna som ska underlätta mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar, men dessa verktyg används av olika anledningar inte alltid av de upphandlande myndigheterna. Bedömningen är därför att ytterligare verktyg inte är nödvändiga men att intentionerna med lagstiftningen behöver förtydligas.

Det föreslås därför att LOU och LUK kompletteras med bestämmelser om att de upphandlande myndigheterna ska beakta mindre företags möjligheter att delta i offentliga upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster. Sådana bestämmelser torde, som sagt, utgöra ett förtydligande av det som redan följer av LOU-direktivet. Med mindre företag avses mikroföretag och små företag, såsom dessa företag definierats av EU-kommissionen. Företag som kan bli aktuella kan alltså ha som mest färre än 50 anställda och en årsomsättning eller balansomslutning som inte överstiger 10 miljoner euro. De tjänster som kan komma i fråga avgränsas med hjälp av aktuella CPV-koder, som står för ”Common Procurement Vocabulary”. Koderna utgör ett klassificeringssystem för offentlig upphandling som syftar till att standardisera den terminologi som används av upphandlande organisationer för att beskriva upphandlingsföremålet. Hälso- och sjukvård har CPV-koder som ligger inom ett visst intervall och det är detta intervall som har använts i de aktuella lagförslagen.

## Upphandlande myndigheter ska besluta om riktlinjer på området och dokumentera förfarandet

För att det ovannämnda intresset ska beaktas behöver det finnas vissa mekanismer. Det föreslås därmed att upphandlande myndigheter ska ta fram riktlinjer för hur intresset ska beaktas. I samband med upphandlingar ska myndigheterna dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att beakta det aktuella intresset och, i förekommande fall, hur skyldigheten har fullgjorts i upphandlingen. Syftet med dessa förslag är att säkerställa att upphandlande

myndigheter reflekterar kring när det kan vara påkallat att jämna ut spelplanen så att även mindre vårdföretag får reella möjligheter att delta och tilldelas kontrakt i en upphandling och på vilka sätt som detta kan ske. Den upphandlande myndigheten kan till exempel behöva ta ställning till och dokumentera hur marknaden ser ut (till exempel om det finns lämpliga leverantörer som kan ta sig an uppdraget), om ett uppdrag kan delas upp i flera anbudsområden eller om det lämpar sig bättre för ett större, samlat, kontrakt, och så vidare. Då myndigheter inför en upphandling, under alla omständigheter, bör ha kännedom om dessa faktorer behöver inte dokumentationsskyldigheten bli ett tungt åtagande.

De ovannämnda skyldigheterna ska gälla för samtliga upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster. De upphandlande myndigheterna ska dock fortsatt följa de grundläggande EU-rättsliga principerna och EU-domstolens praxis, vilket bland annat innebär att de inte får gynna mindre vårdgivare på bekostnad av andra företag. Tanken är alltså att underlätta för mindre aktörer att delta i upphandlingar och därmed jämna ut spelplanen och inte att premiera mindre företag på bekostnad av andra. Även det aktuella uppdraget kommer, som redan nämnts, påverka vilka aktörer som kan komma i fråga som leverantörer. Det kan till exempel vara möjligt för mindre aktörer att ta över driften för en viss specialitet som gynekologi men sannolikt inte för ett helt sjukhus. Likaledes kommer utbudet av vårdgivare att påverka tilldelningen av kontrakt. Då begreppet mindre företag, som redan nämnts, omfattar företag med, som mest, färre än 50 anställda och en årsomsättning eller balansomslutning som inte överstiger 10 miljoner euro torde det dock på flera håll i landet finnas potentiella leverantörer.

### Utökad tillsyn och föreskriftsrätt för Konkurrensverket

Upphandlande myndigheter förväntas följa de riktlinjer som de har beslutat om, men bristande efterlevnad av dessa kan inte läggas till grund för ett beslut om ingripande i en upphandling i ett mål om överprövning.<sup>61</sup> Detta talar för att det bör finnas andra sätt för att säkerställa att upphandlande myndigheter följer regelverket.

---

<sup>61</sup> Jämför till exempel 20 kap. 6 och 13 §§ LOU.

En förutsättning för att intresset om mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar beaktas är att de upphandlande myndigheter som omfattas av de aktuella bestämmelserna dels har kännedom om dessa, dels har viljan att följa dem. En effektiv tillsyn över bestämmelserna kan bidra till en sådan utveckling. Enligt förordningen (2007:1117) med instruktion för Konkurrensverket är verket tillsynsmyndighet för den offentliga upphandlingen. Det bedöms vidare att det, för att en meningsfull tillsyn ska vara möjlig, krävs att tillsynsmyndigheten inte enbart har möjlighet att kontrollera om riktlinjer finns utan även kan granska riktlinjernas innehåll.<sup>62</sup>

De bestämmelser som föreslås i LOU och LUK är utformade som ett övergripande ramverk; detta för att riktlinjerna ska kunna anpassas till specifika förutsättningar som råder hos olika upphandlande myndigheter. Samtidigt är det, ur ett tillsynsperspektiv, svårt att ställa krav på att riktlinjerna ska vara utformade på ett visst sätt om bestämmelserna i lagen är generellt hållna. Om riktlinjerna ska granskas underlättar det att veta vilka krav som kommer att ställas på de upphandlande myndigheterna. Detta är särskilt viktigt inom ett område som hälso- och sjukvård, där transparens och likvärdighet eftersträvas. Lärdomar kan även dras från andra rättsområden, där statlig tillsyn utövas. Ett exempel är arbetsmiljörätten, där föreskrifterna utgör ett viktigt verktyg för att fylla ut rätten och klargöra för dem som har att följa regelverket vad som gäller. Ett annat exempel är reglerna om aktiva åtgärder i diskrimineringslagen (2008:567), där arbetsgivare, trots befintlig vägledning, ofta efterfrågar mer konkreta bestämmelser.<sup>63</sup>

Promemorians bedömning är därmed att det kommer behövas stöd kring vad förslaget på riktlinjer konkret innebär för de upphandlande myndigheterna. Olika lösningar har övervägts i fråga om hur kravet på innehållet i riktlinjerna kan regleras. Ett sätt hade varit att samla lämpliga bestämmelser i en förordning. En annan, juridiskt inte lika bindande lösning, hade varit att beskriva vad riktlinjerna ska innehålla i förarbetena. Ett tredje alternativ, som också förespråkas av promemorians författare, är att Konkurrensverket i lag och förordning bemyndigas att meddela föreskrifter på området. Föreskrifterna ska ta sikte på att förtydliga och fylla ut de föreslagna

---

<sup>62</sup> ”Offentlig direktupphandling. En utvärdering av 2014 års regeländringar”, 2022:6, Statskontoret.

<sup>63</sup> SOU 2020:79, s. 15.

övergripande bestämmelserna i 19 kap. LOU och 15 kap. LUK. Syftet med föreskrifterna är alltså att de ska fungera som ett stöd för de upphandlande myndigheterna. Konkurrensverket bör även ta fram vägledning på området och genomföra informationsinsatser till berörda aktörer. Det bedöms vidare att myndigheten under de första åren efter reglernas ikraftträdande bör bedriva tematisk tillsyn för att öka förståelsen för bestämmelserna.

## Alternativa scenarion

### *Endast utbildningsinsatser*

Promemorians författare har också reflekterat över om det inte vore tillräckligt att låta en statlig myndighet ta fram utbildningsmaterial på området och genomföra utbildningsinsatser gentemot de upphandlande myndigheterna. Insatserna skulle gå ut på att informera om LOU-direktivets intention att underlätta SME:s deltagande i offentliga upphandlingar och om de verktyg som finns i de upphandlingsrättsliga lagarna för att uppnå detta syfte.

Det bedöms att sådana satsningar inte skulle förslå för att förbättra mindre vårdverksamheters möjligheter att delta, och tilldelas kontrakt, i offentliga upphandlingar. Det finns två huvudsakliga skäl till denna bedömning. Det första är att denna typ av insatser redan finns. Ett av Upphandlingsmyndighetens uppdrag är att verka för att fler leverantörer, exempelvis små och medelstora företag samt idéburna organisationer, deltar i upphandlingar. Myndigheten ger vidare stöd till upphandlande myndigheter och leverantörer ”genom vägledning och utveckling av kunskap, metoder och verktyg för samtliga faser i upphandlingsprocessen”.<sup>64</sup> Dessa insatser till trots uppstår det få nya vårdetableringar, i synnerhet i glest befolkade områden.<sup>65</sup> Det andra skälet är att förevarande förslag ska läsas tillsammans med förslaget om avvecklingen av LOL och LOF. Under 2022 verkade 572 läkare med stöd av LOL och 1321 fysioterapeuter med stöd av LOF.<sup>66</sup> Majoriteten av dessa aktörer driver fåmansbolag. Privata vårdgivare och professionsföreträdare har till

<sup>64</sup> ”Vårt uppdrag”, Upphandlingsmyndigheten. Se även förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten.

<sup>65</sup> SOU 2020:19.

<sup>66</sup> <https://skr.se/download/18.3ecbf48018722d640067a9bd/1680701426098/Privata-lakare-och-fysioterapeuter-som-verkar-enligt%20lag-om-ersattning-2022.pdf>

promemorians författare framfört att de taxeanslutana utförarna, i likhet med andra mikroföretag inom hälso- och sjukvårdssektorn, har små reella möjligheter att ansluta sig till de offentligt finansierade systemen, både vad gäller vårdvalen och LOU-upphandlingar.

När LOL och LOF upphör att gälla kommer tillgången till vård minska. Dessa aktörer behöver därför ges reella möjligheter till nyetableringar inom något av de andra systemen. Det handlar inte enbart om möjligheten att bedriva småskalig vårdverksamhet – även om denna möjlighet i sig kan vara skyddsvärd, inte minst ur ett konkurrensperspektiv. Det rör sig också om, särskilt i ljuset av problematiken med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, att ta tillvara all befintlig och framtida kompetens på området. Det innebär att det ska finnas förutsättningar att bedriva småskalig verksamhet inom hälso- och sjukvården.

Även den motsatta situationen, nämligen vad som sker om LOL och LOF inte upphävs, behöver beaktas när ställning tas till promemorians förslag. Alla regioner med taxeanslutna vårdgivare uppger att dessa system kräver stora, såväl personella som ekonomiska, resurser för att administreras. Systemen anses vara behäftade med allvarliga brister och det finns farhågor att de livslånga samverkansavtalen strider mot EU-rätten. Genom åren har flera utredningar genomförts för att komma till rätta med problematiken. Dessvärre har inte någon av dessa utredningar lett till ändringar eller till systemets avskaffande. En möjlig anledning till detta är att förslagen i dessa utredningar inte har haft parternas stöd. Förevarande förslag har diskuterats med SKR, SLF och Fysioterapeuterna i enlighet med promemorians direktiv om att arbetet ska ske i samverkan med dessa aktörer. Promemorians förslag ska också förstås mot bakgrund av att några ändringar inte föreslås inom ramen för LOV.<sup>67</sup> Till följd därav bedöms att de ändringar av LOU och LUK som föreslås i denna promemoria är nödvändiga för att förslaget om ersättningslagarnas upphävande ska få ett bredare stöd.

Även om det vore väl optimistiskt att anta att alla utförare som i dag verkar inom ramen för LOL och LOF kommer att nyetablera och driva verksamheter med stöd av de förslag som läggs fram i promemorian kommer många av dem med största sannolikhet att vilja fortsätta verka som egenföretagare. Syftet med förslagen är att

---

<sup>67</sup> Motiveringen till att några förslag inte läggs inom ramen för LOV finns i avsnitt 6.2 i denna promemoria.

underlätta denna övergång, men även ge incitament för dem som överväger en karriär som liten privat utförare inom vården att ta sig an sådana uppdrag. Promemorians förslag torde i övrigt ligga i linje med utvecklingen på området. Som exempel kan nämnas regeringens beslut att se över den nationella upphandlingsstrategin i syfte att ta fram åtgärder som kan stötta inköpsorganisationer och underlätta för leverantörer att delta i offentliga upphandlingar.<sup>68</sup>

### *Bredare tillämpning av promemorians förslag*

Direktiven för denna promemoria fokuserar på hälso- och sjukvården och så gör även de aktuella lagförslagen. Det innebär att endast tjänster som faller in under kapitel 19 i LOU och kapitel 15 i LUK omfattas av förslagen, låt vara att vissa följdändringar också kommer behöva göras med anledning av dessa förslag. En ytterligare avgränsning görs med hjälp av så kallade CPV-koder. Ett alternativ till promemorians förslag vore att utvidga skyldigheten att beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar till hela det upphandlingsrättsliga området. Det finns vissa fördelar med att låta intresset gälla för alla upphandlingar och inte enbart för hälso- och sjukvårdstjänster. Dels gäller målen om mindre företags deltagande i upphandlingar i bland annat LOU-direktivet generellt, dels kan det finnas ett näringspolitiskt värde i att inkludera fler tjänster än enbart hälso- och sjukvårdstjänster. Vad gäller glest befolkade områden påtalas ofta att etableringen av småskaliga hälso- och sjukvårdsverksamheter inte bör ses isolerat från nyetableringen av verksamheter generellt. Goda villkor för företagande borgar för fler nyetableringar av företag, vilket i sin tur skapar en levande landsbygd och större efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster.

Promemorians förslag kommer dock att medföra viss administrativ börda för de upphandlande myndigheterna. Mot bakgrund av promemorians direktiv finns inte heller utrymme för omfattande förändringar som tar sikte på fler sektorer än hälso- och sjukvårdssektorn. Det finns dock ingenting som hindrar att reglernas tillämpningsområde utvidgas på sikt, i synnerhet om det avsedda ändamålet

---

<sup>68</sup> <https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/03/regeringen-ser-over-den-nationella-upphandlingsstrategin/>

att underlätta mindre vårdföretags deltagande i offentliga upphandlingar skulle förverkligas med hjälp av promemorians förslag.

## 5.2 Vårdgivare som etablerar sig i glest befolkade områden ska ha möjlighet att ansöka om statsbidrag

**Promemorians förslag:** En förordning om statsbidrag till vårdgivare i glest befolkade områden ska beslutas. Målet med bidraget är att upprätthålla en vård på lika villkor i hela landet. Socialstyrelsen ska utses som ansvarig myndighet för att pröva bidrag enligt förordningen. Myndigheten ska vidare bemyndigas att meddela föreskrifter på området samt följa upp och utvärdera bidragets effekter på tillgången till vård i glest befolkade områden.

### Skälen för promemorians förslag

I dagens offentligt finansierade system finns det redan utrymme att ta hänsyn till faktorer som ett begränsat patientunderlag. Ett vårdval kan till exempel delas upp i flera geografiska områden med möjlighet till högre ersättning för verksamhetsbedrivande i glest befolkade områden. Denna möjlighet finns även vid upphandlingar enligt LOU. Vidare innehåller också LOL och LOF bestämmelser om högre ersättning i så kallade stödområden. Dessa möjligheter till trots råder det brist på etableringar av vårdgivare i de glest befolkade delarna av landet.<sup>69</sup> Samtidigt finns det ett vårdbehov även i dessa delar av landet, i synnerhet mot bakgrund av det rådande demografiska läget med en stor andel äldre. De förslag som lämnats i föregående avsnitt av promemorian avser förtydliganden och kompletteringar av den upphandlingsrättsliga lagstiftningen. Bedömningen är dock att det behövs ytterligare åtgärder för att få vårdgivare att etablera sig i glest befolkade områden och att det också finns ett behov av sådana åtgärder.

Något som kan inverka negativt på nyetableringen i de fall där uppdrag tilldelas genom upphandling till skillnad från exempelvis

<sup>69</sup> SOU 2020:19, s. 309.

anslutning till ett vårdvalssystem är att en blivande leverantör tvingas att tidsmässigt anpassa uppstarten av sin verksamhet med genomförandet av eventuella upphandlingar. Det bör därför finnas ett kompletterande system som ska skapa ekonomiska förutsättningar för vårdgivare att etablera sig i glest befolkade områden. Systemet ska inte vara beroende av att etableringen synkroniseras med genomförandet av upphandlingar, men kan skapa förutsättningar för vårdgivarens framtida deltagande i dessa.

Det föreslås att regeringen beslutar att införa ett särskilt ekonomiskt bidrag som den som driver en vårdverksamhet belägen i glest befolkade områden ska kunna ansöka om. För att kunna tilldelas bidraget ska vissa krav vara uppfyllda. Det föreslås vidare att Socialstyrelsen ska pröva ansökningar om bidrag enligt förordningen samt bemyndigas att meddela föreskrifter om bland annat beräkningen av bidraget och om verkställigheten av förordningen.

Huvudsyftet med statsbidraget är att uppfylla målet med vård på lika villkor i hela landet. För att uppnå detta mål måste det finnas ekonomiska förutsättningar för vårdgivare att etablera sig i glest befolkade områden, där det finns ett begränsat patientunderlag. Ett bidrag kan utgöra ett sådant incitament. Ett annat mer långsiktigt syfte med, eller möjlig effekt av, bidraget, är att det skapas fler servicetillfällen i glest befolkade områden, vilket i sin tur kan bidra till att fler väljer att bosätta sig på dessa platser.

En liknande lösning som den som här föreslås finns i dag för apoteken. Efter omregleringen av apoteksmarknaden beslutade regeringen förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse. Apotek som uppfyller vissa specifika krav kan ansöka om det så kallade glesbygdsbidraget hos Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), som också har tagit fram föreskrifter på området. Syftet med glesbygdsbidraget är att upprätthålla en god läkemedelsförsörjning och tillgång till farmaceutisk kompetens i hela landet. Det innebär att kunden ska kunna få tillgång till denna service även i regioner där de affärsmässiga förutsättningarna att driva apoteksverksamhet är begränsade, bland annat på grund av ett svagare kundunderlag. Den som är berättigad till ekonomisk ersättning enligt förordningen ska anses ha fullgjort öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse.



Glesbygdsbidraget kan beviljas under vissa villkor. Ett av dessa villkor är att apoteket ska vara placerat mer än tjugo kilometer från ett annat apotek, medan ett annat villkor gäller öppettider. Under 2021 beviljade TLV bidraget till 44 av 45 apotek som hade ansökt om stödet. Efter bidraget uppvisade knappt var femte apotek ett negativt rörelseresultat, att jämföra med läget innan bidraget, där drygt vartannat apotek hade ett negativt rörelseresultat.<sup>70</sup> TLV har även analyserat alternativa tillvägagångssätt, bland annat upphandling av apoteksdrift i glesbygd genom tjänstekoncession, men gjort bedömningen att statsbidraget är att föredra.<sup>71</sup>

En lösning med statsbidrag till vårdcentraler har också övervägts i utredningen Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet. Utredaren valde dock att inte lägga fram något förslag med argumentet att glesbygdsfrågan behöver tas om hand i en bredare kontext.<sup>72</sup> Det stämmer att det rör sig om ett komplext område, där flera olika angreppssätt kan behövas för att påverka utvecklingen i rätt riktning. Det innebär dock inte att vissa incitament för att främja etablering av vårdgivare i glest befolkade områden inte ska genomföras. Även om dessa åtgärder kan förefalla som förhållandevis små i ett större sammanhang kan ett litet steg ändå innebära början på en längre resa, där en vårdgivarens etablering på sikt kan leda till att fler servicetillfällen och, därmed en levande landsbygd, skapas.

Glesbygdsbidraget för apoteken kan ses som ett tydligt ställningstagande om att staten tar ansvar för att främja en god tillgång till apoteksservice i hela landet. Det föreslås att staten på liknande sätt ska främja tillgång till vård i hela landet genom ett bidrag till vårdgivare. I sammanhanget är det dock relevant att peka på en viktig skillnad mellan glesbygdsbidraget till apoteken och en motsvarande lösning för vårdmottagningar. Regioner och kommuner har ingen skyldighet att driva apotek och därför kan ett stöd till apotek i glest befolkade områden vara nödvändigt för att få vinstdrivande aktörer att etablera sig eller stanna kvar där. När det kommer till hälso- och sjukvård, å andra sidan, har regioner och kommuner huvudmannansvaret och ska se till att det finns möjligheter för hela befolkningen inom deras respektive områden att få tillgång till god vård. Stats-

---

<sup>70</sup> <https://www.tlv.se/apotek/glesbygdsbidrag.html>

<sup>71</sup> "Redovisning av uppdrag att följa upp och utvärdera statsbidrag till apotek i glesbygd – regeringsuppdrag (S2013/9047/SAM)", TLV, 2015.

<sup>72</sup> SOU 2019:42.

bidraget som föreslås i promemorian är begränsat till privata utförare av hälso- och sjukvård. En befogad fråga är varför staten ska stödja just fristående aktörer. En annan, angränsande, fråga är om det inte vore lämpligare att fördela medel till regioner och kommuner med gles befolkade områden, som huvudmännen sedan kan använda för att etablera egna vårdcentraler eller för att ge ökad ersättning till fristående vårdcentraler i gles befolkade områden.

Det finns två huvudsakliga skäl till att promemorians förslag utformats på det sätt som skett. För det första framgår av promemorians direktiv att eventuella förslag ska säkra tillgången till hälso- och sjukvård i hela landet genom nyetableringar av vårdverksamheter i gles befolkade områden. Mot bakgrund av promemorians övriga direktiv, i synnerhet gällande verksamheter som i dag bedrivs med stöd av LOL och LOF, har tolkningen gjorts att det ska handla om nyetablering av *privata* vårdverksamheter. Den andra, avgörande, anledningen till promemorians förslag är vad som framförts av regioner med glesbygd om möjligheterna att främja etableringen av vårdmottagningar med hjälp av olika former av glesbygdstillägg. Vissa regioner uppger att verksamheter i egen regi oftast utgör det enda alternativet när det kommer till bedrivande av primärvård – få leverantörer i gles befolkade områden sägs ha möjlighet att tillgodose de krav som ställs i vårdval och upphandlingar, särskilt mot bakgrund av hur svårt det är att bemanna de aktuella verksamheterna samt det svaga patientunderlaget. Det är alltså dels fråga om hårt ställda krav vad gäller uppdragsvolym och företagets ekonomiska ställning, dels om svårigheter att rekrytera medarbetare. En region menar att det inte spelar någon roll hur mycket ersättningen i gles befolkade områden höjs om det saknas reella möjligheter att bemanna verksamheterna.

Promemorians bedömning är att en större mångfald av aktörer inom hälso- och sjukvården kan leda till ökad kompetensförsörjning även i gles befolkade områden. Det kan till exempel vara så att en person gärna vill driva eget vårdföretag men saknar förutsättningar eller vilja att göra det i större skala, som inom ramen för en vårdcentral. Det statsbidrag som föreslås i promemorian kan utgå till alla privata utförare av vård, även dem som drivs och finansieras helt privat och som utgör enmans- eller fåmansbolag. Slutligen bedöms att en ordning där alla aktörer som uppfyller förutsättningar för bidraget kan ansöka om det ger de privata utförarna större möjlig-

heter att själva styra och planera sin verksamhet än om regionerna skulle fördela medlen. I sammanhanget är det viktigt att nämna att regioner kan ha olika inställningar till företagande, i synnerhet inom välfärdssektorn. Inställningen i frågan kan också variera beroende av vilken politisk majoritet som styr vid varje givet tillfälle. Sådana faktorer borde inte påverka möjligheten att ta del av bidraget, i vart fall inte om den nationella ambitionen är att småföretagande inom vården bör uppmuntras. Som redan nämnts, finns det även konkurrensmässiga fördelar med att främja småföretagande. Det har även påverkan på kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, i och med att all befintlig kompetens därmed kan tas tillvara.

Liknande slutsatser dras av Socialstyrelsen i en av myndighetens rapporter på området. Av rapporten framgår att en av flera möjliga åtgärder för att främja små privata företags möjligheter att etablera sig i gleset befolkade områden kan vara att överväga ”möjliga tillvägagångssätt för att införa statsbidrag eller annan statlig stödfinansiering” för dessa företag.<sup>73</sup> Promemorians förslag ligger i linje med denna rekommendation.

## 5.2.1 Förutsättningar för statsbidraget

### Bidraget får lämnas i enlighet med EU-rätten

**Promemorians förslag:** Bidrag får lämnas till ett företag för att utföra hälso- och sjukvårdstjänster av allmänt ekonomiskt intresse i enlighet med

1. kommissionens förordning (EU) nr 360/2012 av den 25 april 2012 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, eller

2. kommissionens beslut av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i

<sup>73</sup> ”Små utföreres 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”, Socialstyrelsen, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364, s. 49.

uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (2012/21/EU).

**Skälen för promemorians förslag:** Bidraget till vissa vårdgivare i glest befolkade områden bedöms utgöra ersättning för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (på engelska förkortade SGEI).<sup>74</sup> Syftet med bidraget är att tillhandahålla vård i hela landet, vilket torde utgöra ett stödberättigat intresse. EU-kommissionen har, baserat på EU-domstolens praxis, tagit fram olika dokument på det här området, bland annat ett beslut om tillämpningen av artikel 106.2 i EUF-fördraget på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, nedan förkortad SGEI-beslutet samt en förordning om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i EUF-fördraget på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, nedan förkortad SGEI-de minimis-förordningen. Promemorians förslag baseras på de undantag från reglerna om otillåtet statsstöd som finns i dessa två dokument. Hänvisningen till beslutet och förordningen är dynamisk och avser alltså dokumenten i de vid varje tidpunkt gällande lydelserna.

### Vårdmottagningen ska vara registrerad i vårdgivarregistret och ha intäkter från patientbesök som ligger inom ett visst intervall

**Promemorians förslag:** Privata vårdgivare som registrerat den aktuella vårdmottagningen i Inspektionen för vård och omsorgs vårdgivarregister kan ansöka om bidraget. För att kunna tilldelas bidraget måste vårdmottagningens intäkter från patientbesök ligga inom ett visst intervall. Socialstyrelsen ska bemyndigas att ta fram föreskrifter om detta intäktsintervall.

Sekretesslagstiftningen bör kompletteras med sekretessbestämmelser för uppgifter om enskilda affärs- och driftförhållanden i Socialstyrelsens verksamhet rörande stödet. Detta ska fastslås i en punkt i bilagan till offentlighets- och sekretess-

<sup>74</sup> Se mer om dessa tjänster och bidragets förenlighet med EU-rätten under avsnitt 5.2.2.

förordningen (2009:641). Av punkten bör framgå att sekretessen inte gäller beslut i ärenden.

**Skälen för promemorians förslag:** Privata vårdgivare som är registrerade i Inspektionen för vård och omsorgs vårdgivarregister för den verksamhet och vårdmottagning som ansökan avser ska kunna ansöka om bidraget. Möjligheten att ansöka om stöd torde bli mest avgörande för mindre företag, där möjlighet att flytta runt medel för att täcka lokala förluster oftast saknas. Det innebär dock inte att endast mindre företag ska kunna ansöka om bidraget. Stödet ska vara neutralt sett till ägar- och koncernförhållanden och i stället knytas till enskilda vårdmottagningar. Bidrag ska inte lämnas i fall där efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster helt saknas, det vill säga där det inte finns något socialt behov av dessa tjänster. Därför ska vårdmottagningen ha en viss lägsta inkomst från patientbesök för att komma i fråga för bidraget. Mottagningens intäkter från patientbesök får inte heller överstiga ett visst belopp, vilket bland annat säkerställer att vårdgivaren inte kompenseras för förluster som beror på att bolaget är dåligt skött. Den senare omständigheten säkerställer även att bidraget inte leder till överkompensation. Socialstyrelsen föreslås få ett bemyndigande att meddela föreskrifter om det aktuella intäktsintervallet.

Bidragsnivån ska utgå från vad en genomsnittlig mottagning i samma storlek skulle behöva för att driva verksamheten. Faktiska uppgifter om vårdmottagningens samtliga intäkter och kostnader kommer dock att användas för att justera bidragsnivån så att lönsamheten inte överstiger vad som anses vara rimligt. Såsom allmän begränsning av stödet kommer bidrag endast att lämnas om det ryms inom det statsfinansiella utrymmet. Felaktigt utbetalat bidrag eller bidrag som utbetalats med för högt belopp ska återbetalas.

Mot bakgrund av EU-lagstiftningen kommer Socialstyrelsen ha en rapportskyldighet gentemot regeringen och kan eventuellt behöva andra uppgifter än de som krävs för ansökan. Underlaget kommer att ingå i den rapport som ska lämnas av Sverige till EU-kommissionen om all ersättning som, under de två år som föregått rapporten, lämnats enligt villkoren i SGEI-beslutet. Rapporten ska innehålla uppgifter om det totala beviljade stödbeloppet i Sverige uppdelat efter stödmottagarnas ekonomiska sektor och uppgifter om huruvida tillämpningen av SGEI-beslutet har gett upphov till

problem eller klagomål från tredje man för en viss typ av tjänst. Kommissionen kan även begära andra uppgifter och ska i god tid informera medlemsstaterna om vilka ytterligare uppgifter som efterfrågas.

Ovannämnda uppgifter ska vårdgivarna lämna på begäran av Socialstyrelsen. Sekretesslagstiftningen behöver därför kompletteras med sekretessbestämmelser för uppgifter om enskilda affärs- och driftförhållanden i Socialstyrelsens verksamhet rörande stödet. Detta är en nödvändig följdändring med hänsyn till att Socialstyrelsen framöver kommer att hantera ärenden enligt den föreslagna stödordningen och innebär en utökning av sekretessen hos Socialstyrelsen till ärenden som rör denna ordning.

Det bedöms att verksamheten kommer att omfattas av 30 kap. 23 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL. Enligt den aktuella bestämmelsen gäller sekretess, i den utsträckning regeringen meddelar föreskrifter om det, i en statlig myndighets verksamhet som består av bland annat stödverksamhet med avseende på näringslivet. Sekretessen gäller bland annat för uppgift om en enskilda affärs- eller driftsförhållanden, om det kan antas att den enskilde lider skada om uppgiften röjs. Det är alltså fråga om ett rakt skaderekvisit, som innebär en presumtion för offentlighet. Sekretessen gäller vidare för uppgifter om andra ekonomiska eller personliga förhållanden än affärs- eller driftsförhållanden för den som har ingått affärsförbindelse eller liknande med någon som är föremål för myndighetens verksamhet. I dessa fall är sekretessen absolut.

För att sekretess ska gälla krävs vidare att regeringen meddelar föreskrifter som närmare stipulerar vilka uppgifter som omfattas av sekretessen. Sådana föreskrifter har meddelats i 9 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641), nedan förkortad OSF och i bilagan till förordningen. Av 9 § OSF framgår att sekretess gäller, i den utsträckning som anges i bilagan till den aktuella förordningen, i statliga myndigheters verksamhet. I övrigt upprepar bestämmelsen 30 kap. 23 § OSL. De myndigheter som omfattas av bestämmelsen och den utsträckning i vilken de omfattas framgår alltså av bilagan till förordningen. Stöd enligt förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse finns i punkten 139 i bilagan. Enligt punkten gäller sekretessen inte beslut i ärenden. Det föreslås att en motsvarande punkt införs i bilagan angående stödet enligt förordningen om statsbidrag till vissa vård-

givare som utför hälso- och sjukvårdstjänster av allmänt ekonomiskt intresse. I likhet med stödet till apoteken bör sekretessen inte gälla beslut i ärenden.

### Avstånd till närmaste vårdmottagning

**Promemorians förslag:** För att komma i fråga för bidraget måste den aktuella vårdmottagningen ligga minst 20 kilometer från en annan vårdmottagning. Avståndet definieras som kortast möjliga resväg med bil i kilometer.

**Skälen för promemorians förslag:** TLV anser att ett krav på minsta avstånd till närmaste apotek är lämpligt att använda för att identifiera vilka apotek som är viktiga ur ett tillgänglighetsperspektiv och som därmed ska kunna få stöd. Detta torde vara lämpligt även för vårdmottagningar. Avstånd till närmaste vårdmottagning kan användas för att begränsa vilka mottagningar som kan få stöd till de som är belägna i glest befolkade områden utan lokal konkurrens.

En annan fråga är hur avstånd definieras – som resväg eller restid. TLV har valt att definiera avstånd som resväg med bil i kilometer och även promemorians förslag utgår från denna definition, då detta mått är objektivt och lätt att mäta. Vilken tolkning som väljs handlar primärt om en avvägning mellan hur många vårdmottagningar som man önskar stötta och hur stort stöd som ska utgå. Ytterst handlar det dock om tillgänglighet för patienterna. Det föreslås därför att avståndet till närmaste vårdmottagning ska vara 20 km.

Bedömningen avseende avståndet till närmaste vårdmottagning ska ske med utgångspunkt från den situation som gällde den 1 januari det kalenderår som närmast föregick bidragsåret. Socialstyrelsen ska bemyndigas att ta fram föreskrifter om verkställighet av förordningen. Som en parentes kan noteras att enligt TLV:s föreskrifter avseende "glesbygdsbidraget" gäller att avståndet ska mätas i kortast möjliga väg (med väg avses definitionen i 2 § p. 1 förordningen (2001:651) om vägtrafikdefinitioner).

Vid nyetablering under kalenderåret kommer i stället bedömningen göras med utgångspunkt från den situation som gällde det datum då patienter för första gången kunde få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster i vårdmottagningens lokaler.

## Krav på öppethållande

**Promemorians förslag:** För att kunna tilldelas bidraget måste den aktuella vårdmottagningen ha haft sina lokaler öppna för patienter under i genomsnitt 15 timmar per vecka.

**Skälen för promemorians förslag:** I förordningen om glesbygdsbidraget finns ett krav på att apotek, för att ha rätt till bidrag, ska ha haft sina lokaler öppna för konsumenter under i genomsnitt minst 20 timmar per vecka. För apotek med en viss, lägre, försäljning av receptförskrivna läkemedel per år ska lokalerna i stället ha varit öppna i genomsnitt 10 timmar per vecka.

I den tidigare versionen av förordningen ställdes det högre krav på öppethållande. I en utvärdering av glesbygdsbidraget konstaterade TLV att apoteksaktörer, men även regioner och kommuner, till TLV framfört att det är svårt att rekrytera farmaceuter till glesbygd och att vissa apotek har tvingats stänga verksamheten på grund av dessa svårigheter. Enligt TLV begränsade det krav på öppethållande som då ställdes i förordningen aktörers möjligheter att bemanna verksamheten utifrån lokala behov och förutsättningar.<sup>75</sup>

Det finns ingen anledning att göra en annan bedömning avseende hälso- och sjukvårdsverksamhet. Även här finns svårigheter att rekrytera medarbetare och allra svårast är situationen i glest befolkade områden. Alltför högt ställda krav på öppethållande kan därmed begränsa aktörers möjligheter att bemanna verksamheten utifrån lokala behov och förutsättningar, vilket kan vara avgörande för om en vårdverksamhet kan etableras och drivas vidare.

Promemorians förslag har tagit hänsyn till dessa frågor vid utformandet av kravet på öppethållande i förordningen, som bestämts till 15 timmar. Lägre ställda krav på öppethållande gör det inte enbart möjligt att anpassa verksamheten efter lokala behov utan ger även vårdgivaren större flexibilitet. Det gör det möjligt för vårdgivaren att till exempel ta en deltidsanställning hos en annan vårdgivare eller att ägna sig åt en bisyssla eller forskning på distans.

---

<sup>75</sup> ”Redovisning av uppdrag att se över förordning om bidrag till öppenvårdsapoteksservice – med förslag till ändringar av gräns för försäljning av receptförskrivna läkemedel och krav på öppethållande”, Regeringsuppdrag (S2020/04362/FS), TLV, 2020, s. 6.



## Möjligheten att överklaga Socialstyrelsens beslut

**Promemorians förslag:** Det ska vara möjligt att överklaga beslut i fråga om ansökan om bidrag.

**Skälen för promemorians förslag:** I förordningen om glesbygdsbidraget anges att TLV:s beslut inte får överklagas. Det har övervägts om en liknande bestämmelse bör tas med i den stödordning som här föreslås. Både vad gäller glesbygdsbidraget till apoteken och det bidrag till vårdmottagningar som föreslås ges stöd till organisationer som uppfyller vissa i respektive förordning angivna villkor. Bidragen lämnas vidare i mån av tillgång på medel. På senare år har det dock kommit ett antal domar om civila rättigheter från såväl Europadomstolen som Högsta Förvaltningsdomstolen som påverkar promemorians förslag. Artikel 6.1 om domstolsprövning i EKMR är tillämplig när det föreligger en tvist om något som kan klassificeras som en civil rättighet. Vid bedömningen av om så är fallet tas hänsyn till om exempelvis en förmån beviljas efter en skönsmässig bedömning eller efter på förhand fastställda kriterier.

I förevarande fall kommer rätten att erhålla bidrag vara reglerad i författning efter fastställda kriterier. Det rör sig således inte om en rent skönsmässig bedömning. Även om bidrag kommer att delas ut i mån av tillgång på medel, kommer de medel som anslagits för ett visst år fördelas mellan de organisationer som uppfyller kraven i förordningen. I ljuset av praxis på området torde detta tolkas som att de organisationer som uppfyller kriterierna i den föreslagna förordningen också anses ha rätt till bidrag av viss storlek.<sup>76</sup> Mot bakgrund av vad som anförts ovan kommer Socialstyrelsens beslut om bidrag innefatta en prövning av en civil rättighet och bör därmed kunna bli föremål för domstolsprövning. En bestämmelse om detta har tagits med i förordningen. Frågan om eventuell återbetalning är reglerad i lagen (2013:388) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler.

---

<sup>76</sup> Se HFD 2016 ref. 49.

## 5.2.2 Bidragets förenlighet med EU-rätten

Som huvudregel finns det två olika sätt för myndigheter att finansiera tjänster som utförs av privata utförare – uppdragsersättning eller bidrag. Om tjänster anskaffas i LOU:s mening innebär det bland annat att den upphandlande myndigheten har rätt att kräva en viss prestation av leverantören. Om det rör sig om bidragsgivning är detta inte möjligt, låt vara att ett bidrag som utbetalats på felaktiga premisser kan återkrävas.

Reglerna om statsstöd utgör en del av EU:s konkurrenspolitik; ett område som faller in under EU:s exklusiva befogenheter. Det innebär att EU-rätten måste beaktas när en medlemsstat vill stödja viss verksamhet med offentliga medel. Relevanta bestämmelser finns i artiklarna 107–109 i EUF-fördraget. Huvudregeln är att statsstöd är förbjudet om det inte är förenligt med den inre marknaden enligt något av de undantag som finns.

### Närmare om statligt stöd

Förbudet mot statligt stöd i artikel 107.1 EUF-fördraget har i princip behållit sin ursprungliga ordalydelse från 1958, däremot har EU-domstolen utvidgat definitionen genom åren.<sup>77</sup> EU-kommissionen har även publicerat ett tillkännagivande om begreppet som kan användas som vägledning.<sup>78</sup>

Utifrån dessa källor behöver fem kriterier vara uppfyllda för att en åtgärd ska räknas som statligt stöd i EU-rättslig mening. Åtgärden, som ska beviljas av staten och erläggas med statliga medel, (1) måste aktualisera en ekonomisk fördel (2) för mottagaren. Den ska vidare gynna ett visst företag eller en viss produktion (3). Stödet ska slutligen snedvrیدا eller hota att snedvrیدا konkurrensen (4) och påverka handeln mellan medlemsstaterna (5). Nedan behandlas dessa punkter översiktligt.

För att reglerna om statsstöd ska aktualiseras måste det vara fråga om stöd som utgår med offentliga medel. Detta inbegriper inte enbart staten utan även lokala och regionala myndigheter samt privata organisationer, förutsatt att det går att visa att medlen

<sup>77</sup> Hettne J, Nyberg L, "EU:s statsstödspolitik och det kommunala självstyret", Statsvetenskaplig tidskrift, årgång 120, 2018, s. 91.

<sup>78</sup> Kommissionens tillkännagivande om begreppet statligt stöd som avses i artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, (2016/ 261/01).

kommer från den offentliga budgeten.<sup>79</sup> En ekonomisk fördel innebär en förmån som ett företag inte skulle ha fått under normala marknadsförhållanden och som har en effekt på företagets ekonomiska situation.<sup>80</sup>

Förbudet mot statligt stöd gäller enbart stöd till företag. Även här har EU-domstolen definierat begreppet. Med företag avses enheter som bedriver ekonomisk verksamhet. Enligt kommissionens ställningstagande gäller detta oaktat av hur dessa enheters rättsliga ställning ser ut eller hur de finansieras, till exempel om aktören saknar vinstsyfte eller är skattefinansierad. Det innebär att även ideella föreningar och delar av regionala och kommunala förvaltningar kan utgöra företag i EU-rättslig mening.<sup>81</sup>

Med selektivitetskriteriet avses att en viss åtgärd ska gynna vissa företag eller viss produktion men inte andra. Åtgärder som gäller lika för alla företag omfattas således inte av statsstödsreglerna.

De två sista kriterierna som ska vara uppfyllda för att en åtgärd ska räknas som statsstöd – att stödet ska snedvrیدا eller hota att snedvrیدا konkurrensen och påverka handeln mellan medlemsstaterna – överlappar varandra. Stöd som snedvrیدer eller riskerar att snedvrیدا konkurrensen förutsätts nämligen ha en påverkan på den gränsöverskridande handeln, utom i fall där det rör sig om mindre summor eller där stödet lämnats till en rent lokal verksamhet.

### *De minimis-undantaget samt lokal verksamhet*

Enligt det så kallade genomförandeförbudet får statligt stöd inte lämnas utan EU-kommissionens godkännande. Åtgärden får dock ske utan kommissionens godkännande om det rör sig om stöd av mindre betydelse. Stödsummor som uppgår till högst 500 000 euro under en period om tre beskattningsår i rad till ett företag som utför tjänster av allmänt ekonomiskt intresse och som också uppfyller övriga villkor i SGEI-de minimis-förordningen<sup>82</sup> räknas som stöd av mindre betydelse.

---

<sup>79</sup> Ibid, punkten 39.

<sup>80</sup> Ibid, punkten 66. Se även EU-domstolens dom av den 2 juli 1974 i mål nr 173/73, Italienska republiken mot EU-kommissionen.

<sup>81</sup> Kommissionens tillkännagivande, punkten 74 respektive 7 samt EU-domstolens dom av den 12 september 2000 i mål nr C-184/98, 2000, Pavlov mfl.

<sup>82</sup> Förordningen kommer att revideras. Den nuvarande versionen gäller till och med den 31 december 2023.

Vad beträffar frågan om lokal verksamhet har kommissionen i några få fall gjort bedömningen att den gränsöverskridande handeln inte alls påverkas. Som exempel nämns lokala sjukhus och andra vårdinrättningar samt idrottsanläggningar där patientunderlaget respektive kundunderlaget är lokalt begränsade.<sup>83</sup> Det går dock inte att med säkerhet uttala sig om att ett stöd till en lokal vårdinrättning per automatik skulle vara tillåtet, utan en individuell bedömning får göras i varje enskilt fall.

### *Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse*

I EUF-fördraget finns undantag för vissa former av stöd som anses så pass viktiga att de måste tillåtas även om stödsumman överskrider de minimis-undantaget. Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse faller inom ramarna för statsstödsreglerna, men har enligt artikel 106.2 ett så pass viktigt syfte att de kan rättfärdiga vissa avsteg från principerna om fri konkurrens. Tjänster av allmänt ekonomiskt intresse riktar sig till medborgarna och utgör tjänster som marknaden inte skulle erbjuda utan offentlig finansiering.

En offentlig aktör som överväger att finansiera en ny tjänst av allmänt ekonomiskt intresse ska först göra ett marknadstest. Ett sådant test kan inkludera en analys av det utbud som marknaden kan förväntas erbjuda i det aktuella fallet utan någon offentlig finansiering. Syftet med analysen är att avgöra dels om det finns ett socialt behov av tjänsten, dels om det finns konkurrens på området, det vill säga om behovet kan tillgodoses av marknaden utan offentlig finansiering.

Regionerna med glest befolkade områden har i samtal med promemorians författare framfört att det finns ett behov av hälso- och sjukvårdstjänster i dessa områden, i synnerhet i ljust av det demografiska läget med en hög andel äldre invånare. Huvudmännen har vidare uppgett att behovet inte fullt ut kan tillgodoses av marknaden utan offentligt stöd. Att det finns stora kompetensförsörjningsproblem i hela landet och i glest befolkade områden i synnerhet framgår även av flera statliga utredningar och rapporter på området. I förevarande fall kan paralleller därför dras till en av EU-kom-

---

<sup>83</sup> Kommissionens tillkännagivande, 2016, punkterna 196-197.

missionens beslut angående lokala sjukhus på Irland.<sup>84</sup> I det fallet kom kommissionen fram till att stödet inte påverkade samhandeln, då det lämnades i syfte att etablera lokala, små sjukhus som skulle tillhandahålla hälso- och sjukvård på en lokal marknad som uppvisade underkapacitet. Syftet med det i promemorian föreslagna bidraget är att tillhandahålla vård i hela landet – även där marknadsförutsättningar för att bedriva en privat vårdverksamhet saknas. Det rör sig således om allmännyttiga tjänster på en marknad som uppvisar underkapacitet. Att bidrag endast kan utgå i fall där det saknas förutsättningar att utföra tjänsten under kommersiella villkor framgår av förordningen.

För att utforma åtgärden i linje med statsstödsreglerna för tjänster av allmänt ekonomiskt intresse finns i huvudsak två olika sätt. Antingen kan åtgärden lämnas i överensstämmelse med de så kallade Altmark-kriterierna<sup>85</sup> eller i överensstämmelse med SGEI-regelverket.

### *Altmark-kriterierna*

I Altmark konstaterade EU-domstolen att en offentlig finansiering inte anses som stöd enligt artikel 107.1 EUF-fördraget i den mån den kan betraktas som ersättning för allmännyttiga tjänster när finansieringen inte innebär att företaget gynnas ekonomiskt eller får en fördel gentemot konkurrerande företag. Domstolen uppställde fyra kumulativa kriterier för när ersättning för allmännyttiga tjänster inte ska anses utgöra statligt stöd. Av det första kriteriet framgår att stödmottagaren ska ha ålagts att tillhandahålla klart definierade allmännyttiga tjänster. Det andra kriteriet stadgar att de parametrar som används vid beräkningen av ersättningen ska vara fastställda i förväg på ett objektivt och öppet sätt. Ersättningen får vidare inte överstiga vad som krävs för att täcka alla eller en del av de kostnader som har uppkommit i samband med skyldigheterna att tillhandahålla de allmännyttiga tjänsterna, med beaktande av de intäkter som har förvärvats i det sammanhanget och en rimlig vinst.

---

<sup>84</sup> Commission Decision in Case N 543/2001 – Ireland – Capital Allowances for Hospitals, OJ C 154, 28.6.2002, p. 4 [http://ec.europa.eu/competition/elojade/isef/case\\_details.cfm?proc\\_code=3\\_N543\\_2001](http://ec.europa.eu/competition/elojade/isef/case_details.cfm?proc_code=3_N543_2001).

<sup>85</sup> Se EU-domstolens dom av den 23 juli 2003 i mål nr C-280/00 Altmark Trans och Regierungspräsidium Magdeburg mot Nahverkehrsgesellschaft Altmark.

Slutligen slog domstolen fast att när det företag som ges ansvaret för att tillhandahålla de allmännyttiga tjänsterna i ett konkret fall inte har valts ut efter ett offentligt upphandlingsförfarande som gör det möjligt att välja den anbudsgivare som kan tillhandahålla dessa tjänster till den lägsta kostnaden för det allmänna ska ersättningsnivån fastställas på grundval av en undersökning av de kostnader som ett genomsnittligt och välskött företag som är lämpligt utrustat skulle ha haft vid fullgörandet av skyldigheten att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse.

Det har emellertid visat sig vara svårt att uppfylla det fjärde kriteriet i de fall där tilldelningen av en stödåtgärd inte baseras på ett öppet och konkurrensutsatt anbuds-förfarande som säkrar att tjänsten utförs till det bästa marknadspriset. Utgångspunkten blir därför, i likhet med glesbygdsbidraget till apoteken, att statsbidraget till vårdgivare kommer att utgöra statsstöd. Promemorians förordningsförslag baseras därför på EU-kommissionens undantagsbestämmelser i SGEI-de minimis-förordningen och SGEI-beslutet.

#### *Undantagen från reglerna om otillåtet statsstöd*

För att den föreslagna stödordningen ska vara förenlig med den inre marknaden och undantaget från anmälningsskyldigheten enligt artikel 108.3 i EUF-fördraget måste den lämnas med stöd av SGEI-de minimis-förordningen eller SGEI-beslutet. Vad gäller det förstnämnda dokumentet har TLV har gjort bedömningen att det som huvudregel inte blir tillämpligt för apoteken, givet beloppsgränsen för denna förordning och omständigheten att enskilda apotek ofta ingår i en större koncern. En koncern räknas enligt konkurrensrätten som ett företag, det vill säga som en och samma stödmottagare.<sup>86</sup>

Tanken med bidrag till vissa vårdgivare i glesbygden är att det också ska stimulera etableringen av mindre företag. Inom vårdsektorn är det inte ovanligt med mindre företag, inklusive enmansbolag. Det är därför möjligt att det i flera fall kan bli fråga om mindre stödbelopp och därmed om stöd av mindre betydelse. En sådan möjlighet har därför tagits med i stödordningen. Då bidraget även

---

<sup>86</sup> Henriksson L, ”Rättsutredning av TLV:s uppdrag att följa upp och utvärdera statsbidrag till apotek i glesbygd”, Dnr 1971/2015, 2015, s. 19.

kommer att kunna lämnas till en enskild vårdmottagning oaktat av hur ägarförhållandena ser ut kan även större företag, förutsatt att kraven i den föreslagna stödordningen i övrigt är uppfyllda, erhålla bidrag. För dessa företag kommer undantag sannolikt behöva göras med stöd av SGEI-beslutet.

SGEI-beslutet är bland annat tillämpligt i de fall där ersättningen för en tjänst av allmänt ekonomiskt intresse inte överstiger 15 miljoner euro. För hälso- och sjukvårdstjänster som uppfyller sociala behov finns inte något sådant begränsande belopp. Bidraget till vårdgivare i glest befolkade områden kommer dock, totalt sett, att ligga på cirka 10 miljoner kronor enligt den initiala prognos som promemorians författare har gjort.<sup>87</sup> Enligt SGEI-beslutet gäller som huvudregel att en nationell stödordning med en anförtröendetid om maximalt tio år är undantagen från anmälningsskyldigheten till kommissionen, förutsatt att övriga villkor i beslutet är uppfyllda. Den föreslagna stödordningen är begränsad till ett år i taget och därmed förenlig med EU-rätten i denna del.

Bidraget måste vidare vara förenligt med de krav som härrör från EU-fördraget och sektorsspecifik lagstiftning. I unionens primärrätt finns de grundläggande EU-rättsliga principerna och principen om att konkurrensen inte får snedvridas, men det finns även så kallade icke-marknadsprinciper. Utifrån dessa principer har EU-domstolen utvecklat en proportionalitetstest vid tillämpningen av artikel 1 i 106.2 EUF-fördraget som tillåter undantag från fördragsregler i den mån det är nödvändigt för att ett företag ska kunna fullgöra SGEI-uppgifter under ekonomiskt godtagbara villkor.<sup>88</sup> Bidraget till vissa vårdgivare kommer endast att betalas ut i fall där det föreligger ett marknadsmisslyckande, det vill säga där sannolikheten att en privat aktör skulle leverera tjänsten utan statligt stöd är liten. Som redan nämnts, har huvudmännen i samtal med promemorians författare uppgett att privata vårdföretag i många fall inte är intresserade av att etablera verksamhet i glest befolkade områden, då det saknas marknadsmässiga förutsättningar för detta. Samtidigt har givetvis även befolkningen i dessa områden vårdbehov som behöver tillgodoses. Många glest befolkade områden uppvisar även en negativ demo-

---

<sup>87</sup> Se närmare om denna prognos i avsnitt 6.5.3 av promemorian.

<sup>88</sup> Wehlander C, "När medför en offentlig finansiering en skyldighet att följa LOU – Studie med särskilt fokus på EU-begreppen SGEI och NSGI, Uppdragsforskningsrapport 2018:5, Konkurrensverket s. 59.

grafisk utveckling med en hög andel äldre och en omfattande kompetensförsörjningsproblematik inom hälso- och sjukvården. De som kommer att bli berättigade till stöd kommer därmed inte att konkurrera ut andra aktörer eller överkompenseras. Stödet kommer endast att utgå till de företag som uppvisar sämre lönsamhet med anledning av ett svagare patientunderlag.

Ett uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse ska enligt SGEI-beslutet anförtros stödmottagaren genom en eller flera officiella handlingar. Av artikel 4 i SGEI-beslutet framgår vad som ska ingå i sådana dokument. Bidragsmottagaren kommer anses ha fullgjort hälso- och sjukvårdstjänster av allmänt ekonomiskt intresse. Bidrag kommer endast betalas ut för åtgärder som omfattas av definitionen av hälso- och sjukvårdsverksamhet i 2 kap. 1 § HSL och som inte kan utföras utan offentligt stöd. Det kommer att framgå av det beslut som bidragsmottagaren kommer få av Socialstyrelsen att det rör sig om ett sådant uppdrag. Bidragsmottagaren kommer i denna handling även få ta del av de uppgifter som stipuleras i SGEI-beslutet. Parametrarna för ersättningsberäkning kommer också att fastställas i förväg på ett objektivt och öppet sätt i form av de föreskrifter som Socialstyrelsen ska bemyndigas att meddela.

Även övriga kriterier i SGEI-beslutet (samt, i förekommande fall, SGEI-de minimis-förordningen) har beaktats i promemorians förslag, bland annat vad gäller möjligheterna att kontrollera att överkompensation inte sker, varom mera nedan.

#### *Närmare om beräkningen av stödet*

Stödet kommer att ges i syfte att bistå de vårdmottagningar som uppvisar negativ eller svag lönsamhet i förhoppning om att verksamheterna ska kunna drivas vidare. Samtidigt får stödet inte snedvrída konkurrensen på marknaden genom överkompensation till vissa mottagningar. Bidraget får därför inte överstiga vad som krävs för att täcka nettokostnaden för att fullgöra skyldigheterna i samband med tillhandahållandet av allmännyttiga tjänster, inklusive en rimlig vinst. Enligt SGEI-beslutet beräknas nettokostnaden som skillnaden mellan alla intäkter och kostnader för tjänsten eller som nettokostnaden för leverantören att fullgöra skyldigheten och netto-



kostnaden eller vinsten för samma leverantör utan denna skyldighet.<sup>89</sup> Endast de kostnader som kan hänföras till utförandet av tjänsten av allmänt ekonomiskt intresse ska beaktas. Om det för utförandet av tjänsten krävs viss utrustning kan även sådana investeringar beaktas. Om företaget vid sidan av tjänsten av allmänt ekonomiskt intresse (i förevarande fall hälso- och sjukvård) även bedriver annan verksamhet kan endast de kostnader som hänför sig till tjänsten av allmänt ekonomiskt intresse beaktas. Det är därmed av stor vikt att företaget har separat redovisning och konton för de olika verksamheterna.

De intäkter som ska beaktas ska omfatta alla intäkter som influtit i samband med tjänsten av allmänt ekonomiskt intresse, oberoende av om de klassificeras som statligt stöd i den mening som avses i artikel 107 i EUF-fördraget eller inte. Om en vårdgivare har patienter som betalar för företagets tjänster ur egen plånbok ska dessa intäkter räknas med. Likaså ska eventuella intäkter från patientbesök som ersätts med offentlig finansiering tas med i beräkningen.

Med rimlig vinst avses enligt SGEI-beslutet den kapitalavkastning som skulle krävas av ett typiskt företag som överväger att tillhandahålla tjänsten av allmänt ekonomiskt intresse under den aktuella anförstroendeperioden, med hänsyn tagen till graden av risk. Då beslut om bidrag inte kommer att föregås av ett upphandlingsförfarande kommer en jämförelse behöva ske mot de resultat som likvärdiga vårdmottagningar, som inte är aktuella för bidrag, redovisar. Den resultatnivå som vårdmottagningar som är belägna i glest befolkade områden och i mindre orter, men som inte uppfyller samtliga krav för att få bidrag, redovisar i genomsnitt kan alltså användas för att bestämma rimlig vinst. För att säkerställa att någon överkompensation inte uppstår ska det även finnas ett så kallat begränsningstak, som innebär att bidraget alltid reduceras till godkänd nivå.

I praktiken kommer detta säkerställa att stödet inte överstiger ersättningen för nettokostnaden inklusive rimlig vinst i enlighet med EU-rättens bestämmelser. Då bidraget kommer att betalas ut retroaktivt blir det också lättare att fastställa att kriterierna för ersättningen är uppfyllda. Om bidraget i något fall skulle beviljas på felaktiga grunder eller med för högt belopp finns bestämmelser i för-

---

<sup>89</sup> Se artikel 5.2 i Kommissionens beslut av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse, (2012/21/EU).

ordningen som säkrar att bidraget återbetalas. Slutligen säkerställer bestämmelserna om viss lägsta respektive högsta inkomst från patientbesök att det finns ett socialt behov av företagets tjänster och att bidraget endast går ut till företag som uppvisar dålig lönsamhet på grund av ett svagare patientunderlag och inte för att företaget till exempel varit dåligt skött. En vårdmottagning kan, teoretiskt sett, dras med förluster även om intäkterna från patientbesöken är betydande. Sådana mottagningar ska inte erhålla ersättning. Promemorians förslag är utformat för att i möjligaste mån uppmana till ett effektivt nyttjande av statens resurser genom att skapa incitament för förbättringar och effektivitetsvinster hos berörda företag.

### 5.3 Det behövs fler åtgärder för att säkerställa tillgång till jämlik vård i hela landet, i synnerhet i glest befolkade områden

**Promemorians bedömning:** För att säkerställa tillgång till jämlik vård i *hela* landet bör regeringen ge Socialstyrelsen i uppdrag att se över principerna för de olika ersättningsystemen samt ta fram nationella rekommendationer på området. Regeringen bör vidare överväga att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att bidra med kunskapsstöd om, och följa upp, kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården med särskilt fokus på omställningen mot god och nära vård samt förhållanden i glest befolkade områden.

Vidare bör regeringen överväga att införa ökad statlig styrning inom en rad för kompetensförsörjningen centrala områden. Denna styrning bör stödja utvecklingen mot god och nära vård. För att uppnå målsättningen om jämlik vård i glest befolkade områden krävs ytterligare åtgärder. Det bedöms att kunskap om glesbygdsmedicin bör ingå i relevanta vårdutbildningar och i fortbildningsinsatser för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Förutsättningarna för forskning rörande primärvård i allmänhet och i glest befolkade områden i synnerhet, bör stärkas.

Det finns även behov av att främja förutsättningarna för landsbygdsutvecklingen utifrån ett bredare, näringspolitiskt, perspektiv.

## Skälen för promemorians bedömningar

Utmaningarna med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården gäller hela landet. Situationen har genom åren belysts i olika utredningar och rapporter på området. Bilden som tecknas där kan som bäst beskrivas som oroande och, i värsta fall, som akut. Av Socialstyrelsens nationella planeringsstöd (NPS) för 2022 framgår att det råder brist på specialisläkare inom alla 21 regioner och 17 regioner uppger att de har brist på specialister i allmänmedicin. Vidare rapporterar 21 regioner att efterfrågan på specialistsjuksköterskor är större än tillgången på denna yrkesgrupp. Flera regioner uppger att det även råder brist på arbetsterapeuter, dietister, psykologer och fysioterapeuter.<sup>90</sup> Samtidigt sticker Sverige i internationella jämförelser ut som ett land med en hög andel äldre. En åldrande befolkning betyder att allt fler lever med kroniska sjukdomar. Omställningen mot god och nära vård innebär att äldre och andra med komplexa behov kommer att tas om hand inom primärvården i större utsträckning än vad som är fallet idag.

En förändrad demografi minskar också tillgången till medarbetare. Enligt SKR kommer befolkningsstrukturen att förändras framöver så att personer över 80 år ökar med nära 50 procent samtidigt som personer i arbetsför ålder ökar med knappt 5 procent. SKR menar att detta kräver en helhetssyn och en kombination av långsiktiga åtgärder där staten, arbetsgivare och fackliga organisationer samarbetar med målet att trygga kompetensförsörjningen inom bland annat hälso- och sjukvården.<sup>91</sup> Denna bild bekräftas av huvudmännen i de samtal som förts inom ramen för arbetet med promemorian. Särskilt påtaglig är problematiken i områden med stora glesbygdsområden eller utsatta geografiska lägen, som Gotland.

Låga löner och dålig arbetsmiljö pekas ofta ut som möjliga orsaker till svårigheterna med kompetensförsörjningen inom främst primärvården. I en rapport som sammanställts av Saco framgår att vissa yrkesgrupper aldrig får tillbaka den investering som görs i en utbildning genom uttag av studielån. Flera av dessa utbildningar leder till kvinnodominerade yrken inom hälso- och sjukvården.

---

<sup>90</sup> "Kompetensförsörjning inom primärvården", delredovisning, Socialstyrelsen och Nationella Vårdkompetensrådet, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575, s. 20.

<sup>91</sup> "Ekonomirapporten, december 2022. Om kommunernas och regionernas ekonomi", SKR, s. 29.

Bedömningen som Saco gör är att arbetsmiljön måste förbättras och lönerna höjas om vi ska kunna lösa kompetensbristen inom dessa yrken.<sup>92</sup> Det här är viktiga frågor som kräver en lösning, i vart fall om målet är att öka rekryteringen till vissa utbildningar. Problematiken kring kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården är dock mer långtgående och komplex än så.

På flera håll i landet pågår en kompetensflykt inom primärvården med betydande vakanser som följd.<sup>93</sup> Det rör sig således inte enbart om hur många personer som väljer att utbilda sig till vissa yrken utan också om befintliga medarbetare som överväger, eller väljer, att lämna primärvården för andra anställningar – ibland inom helt andra områden än vad de utbildats till. Detta är inte bara olyckligt för enskilda medarbetare, utan utgör även en betydande samhällsförlust. I de samtal om kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården som förts med olika aktörer inom ramen för arbetet med denna promemoria har vissa frågor varit återkommande. En sådan fråga gäller brister i arbetsmiljön inom främst primärvården. I rapporter på området lyfts fram att exempelvis tillgången till läkare i allmänmedicin till betydande del skulle förbättras om fler valde att arbeta heltid.<sup>94</sup> Samtidigt visar en enkät från Sveriges läkarförbund som skickades till förbundets medlemmar verksamma i primärvården att många väljer att gå ned i arbetstid med anledning av dålig arbetsmiljö och hög arbetsbelastning. Det senare innebär ofta att arbete på deltid utgör det enda sättet att förena förvärsarbetet med ett familjeliv.<sup>95</sup> Liknande tendenser uppvisas också av andra professioner. Bristerna i arbetsmiljön kopplas i sin tur till ersättningssystemens utformning, bristande nyttjande av vårdens olika kompetenser och få möjligheter

---

<sup>92</sup> "Lönar sig högre utbildning?" Livslönerapport 2020, Saco.

<sup>93</sup> "Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2023:2, s. 49. Johansson G et al, "Arbetsmiljön i primärvården – Intervjuer med läkare och sjuksköterskor", Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholm, 2019. Se även "Patienten i centrum – inte väntrum. Ett löfte om framtidens hälso- och sjukvård", Budget för 2019 med plan för 2020-2021, Kristdemokraterna, Liberalerna och Moderaterna, Region Sörmland, s. 36 samt Ojalvo D, "Etisk stress får inte göra läkare sjuka", Läkartidningen, publicerad 2022-06-07.

<sup>94</sup> "Ekonomirapporten, december 2022. Om kommunernas och regionernas ekonomi", SKR, s.38.

<sup>95</sup> "Arbetsmiljö. Delrapport 5: Primärvårdsenkäten", Sveriges Läkarförbund, december 2021, s. 4. Se även Sveriges Kommuner och Regioner. PM Läkartillgång i primärvården (2022) samt "Kompetensförsörjning inom primärvården", delredovisning, Socialstyrelsen och Nationella Vårdkompetensrådet, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575, s. 89.

till fortbildning och kompetensutveckling. Mot bakgrund av den bild som tecknats ovan lämnas följande bedömningar.

### **Ersättningssystemens effekter bör utvärderas av en statlig myndighet**

Hur den finansiella styrningen utformas är av vikt för den övergripande resurssättningen av primärvården och således även för målsättningen att uppnå en god och jämlik vård i hela landet, låt vara att denna del endast utgör en aspekt av den totala styrningen. Valet av ersättningssystem och hur kostnadsansvaret är utformat påverkar i sin tur utförandet av primärvårdsuppdraget. Olika system kan leda till olika utföranden, trots att det många gånger kan vara fråga om likartade uppdrag. Detta är något som också sägs ha skett.<sup>96</sup> Det finns skillnader mellan regionernas ersättningssystem och ett flertal regioner har tidigare uppgett att de inte vet riktigt hur eller i vilken mån de genom ersättningen styr mot vård efter behov.<sup>97</sup>

När det kommer till ersättningssystemen inom vårdvalen uttrycker privata utförare med verksamheter i flera regioner att de olika ersättningssystemen försvårar etableringar. Något som särskilt lyfts fram i sammanhanget är bristande förutsebarhet, en faktor som tycks ha stor påverkan på företagande. Privata utförare uppger att principerna för ersättningssystemen ofta justeras, vilket försvårar för dem att planera och utföra sina uppdrag.<sup>98</sup> Socialstyrelsen har, i enlighet med ett tidigare regeringsuppdrag, tittat närmare på små utförares möjligheter att verka inom primärvården. En av myndighetens slutsatser var att möjligheterna till etablering kunde förbättras med hjälp av adekvata ersättningsmodeller. Myndigheten uttryckte att regionerna behöver fortsätta utveckla sina ersättningssystem för att anpassa dem även för mindre utförare samt de särskilda förutsättningar som råder i glest befolkade områden.<sup>99</sup>

---

<sup>96</sup> "Kompetensförsörjning inom primärvården", delredovisning, Socialstyrelsen och Nationella Vårdkompetensrådet, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S 2021/06575, s. 89.

<sup>97</sup> Ibid, s. 21.

<sup>98</sup> SOU 2018:55.

<sup>99</sup> "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", Socialstyrelsen, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364, s. 49.

Ersättningssystemen inom LOL och LOF anses föråldrade.<sup>100</sup> Socialstyrelsen har inom ramen för ett tidigare granskningsuppdrag angående dessa ersättningssystem konstaterat att de inte är ändamålsenliga i alla delar och att konstruktionen med ersättningsnivåer och de åtgärder som omfattas av dessa på sikt borde avvecklas till förmån för relevanta nationella klassifikationer och terminologi i dokumentationen av vården.<sup>101</sup>

I sammanhanget är det också relevant att hänvisa till den kritik som framförts från medarbetarnas håll gällande ersättningssystemen och arbetsbelastningen generellt. Som redan nämnts är det vanligt att läkare i primärvården går ned i arbetstid för att kunna förena en mycket ansträngd arbetssituation med ett familjeliv och en fungerande fritid. Liknande slutsatser kan dras från en enkät som genomfördes av Fysioterapeuterna bland förbundets medlemmar verk samma inom primärvården. Enkäten visade att 51 procent av respondenterna ansåg att det saknades förutsättningar för att de skulle kunna sköta sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt och 28 procent befarade att patientsäkerheten kunde bli lidande med anledning av detta. Situationen bidrog till etisk stress, som fick 43 procent av respondenterna att överväga att helt lämna primärvården. Som en viktig orsak till den ansträngda arbetsmiljön nämndes ersättningssystemens principer, som man ansåg bidrog till en jakt på pinnar.<sup>102</sup> Även SLF:s medlemmar ser ersättningssystemen som en viktig bidragande orsak till en dålig arbetsmiljö.<sup>103</sup>

Att ersättningssystemen, åtminstone av medarbetarna, anses bidra till en dålig arbetsmiljö bekräftas även i de dialoger som Socialstyrelsen haft med professionsföreträdare inom ramen för ett av sina uppdrag om kompetensförsörjning.<sup>104</sup> Kritiken som riktats mot ersättningssystemen av medarbetarna och professionsföreningarna gäller främst tanken att en vårdgivare behöver komma upp i ett visst antal vårdbesök om dagen för att uppfylla ett på förhand, internt eller externt, fastställt produktionskrav. Detta uppfattas

---

<sup>100</sup> SOU 2020:19, s. 319.

<sup>101</sup> ”Uppdrag om läkavårdsersättning och ersättning till fysioterapi, Socialstyrelsen, 2018.

<sup>102</sup> Jutterdal S, ”Patientsäkerheten äventyras av pressad primärvård”, Göteborgs-Posten, 22 oktober 2019.

<sup>103</sup> ”Arbetsmiljö. Delrapport 5: Primärvårdsenkäten”, Sveriges Läkareförbund, december 2021, s. 6.

<sup>104</sup> ”Kompetensförsörjning inom primärvården”, delredovisning, Socialstyrelsen och Nationella Vårdkompetensrådet, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575, s. 80.

hänga ihop med längden på vad som anses utgöra ett genomsnittligt vårdbesök. För vissa åtgärder kan det vara ändamålsenligt att använda en modell som utgår från längden på ett genomsnittligt besök för att räkna fram antalet besök som varje medarbetare behöver genomföra per dag för att bidra till verksamhetens mål. I många fall är dock bilden mer komplex än så. Det kan till exempel vara fråga om en eller flera patienter som av någon anledning kräver längre tid än vad som gäller enligt genomsnittsberäkningen eller som är i behov av interprofessionell samverkan. Etisk stress kan uppstå om medarbetaren väljer att ge patienten den tid som behövs på bekostnad av andra arbetsuppgifter – som exempelvis journalföring – som då får ske på fritiden. I värsta fall kan vissa patientgrupper prioriteras bort till förmån för ”lättare” patienter som gör det enklare att uppfylla produktionskraven.

Noteras bör att även om flera ersättningssystem bygger på en fast ersättning per listad invånare vid vårdcentralen upplevs de av många ändå bidra till en jakt på pinnar, som i sin tur leder till en osund arbetsmiljö. Om detta beror på vissa tillgänglighetskrav som ställs på vårdcentraler eller på hur verksamheten planeras internt (eller något annat) är svårt att uttala sig om utan en föregående analys. I Digifysiskt vårdval nämns att de ökade kraven på kostnadskontroll samt produktivitet och kvalitet har inneburit ett ökat inslag av prestationsmätningar i vården på olika sätt, som också kan leda till stress.<sup>105</sup>

I betänkandet God och nära vård – en primärvårdsreform rekommenderades regionerna att samverka för att skapa en mer enhetlig utformning av ersättningsmodeller för sina respektive vårdval i primärvården.<sup>106</sup> Sedan 2021 sker ett omfattande arbete inom SKR med dessa frågor. Inom ramen för arbetet samverkar SKR med regionerna i syfte att utveckla den finansiella styrningen av, och ersättningsmodellerna för, hälso- och sjukvården i allmänhet och att bidra till omställningen mot god och nära vård i synnerhet. Delrapporter sammanfattar detta arbete och en vägledning på området har också tagits fram. Enligt SKR pågår inom flera regioner även en genomgång av förfrågningsunderlagen inom vårdvalet ”primärvård”, både avseende uppdrag och ersättningsformer, som ett led i omställningen till god och nära vård.

---

<sup>105</sup> SOU 2019:42.

<sup>106</sup> SOU 2018:39.

Problematiken kring ersättningsfrågan tycks vara systemövergripande. Kritiken kommer vidare både från privata utförare och medarbetare. De senare är verksamma såväl inom privat sektor som i regionernas egna verksamheter. I sammanhanget kan det också vara intressant att lyfta fram ersättningsnivåerna. Om ersättningen till vårdcentralerna är låg skapar det inte goda förutsättningar för att kunna betala marknadsmässiga löner och inte heller för att behålla och rekrytera personal. En viktig faktor för en lyckad omställning till nära vård är att mer resurser läggs på primärvården så att den ska kunna utgöra ett nav i hälso- och sjukvården. I forskning på området rekommenderas staten att göra investeringar som underlättar en sådan omställning och som också håller över tid och partigränser.<sup>107</sup> Bedömningen som görs här är att sådana satsningar även kräver en större nationell enhetlighet, men att ersättningsfrågan i första hand, åtminstone som det ser ut nu, vilar på regionerna.

Mot bakgrund av det prekära läget vad gäller kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården, som påverkar tillgången till vård, och den kritik som framförts mot ersättningssystemen av olika aktörer behöver denna fråga dock tas på allvar. Det arbete som SKR redan har påbörjat tillsammans med regionerna utgör ett gott initiativ, men kan behöva kompletteras med ett samarbete med kommunerna och ett mer övergripande statligt perspektiv. I promemorian görs därmed bedömningen att regeringen bör ge en statlig myndighet, förslagsvis Socialstyrelsen, i uppdrag att utvärdera utformningen av de olika ersättningssystemen i primärvården och övrig öppen vård och deras effekter på hälso- och sjukvårdens resultat men också på arbetsmiljön inom denna sektor. En del av uppdraget bör också beröra principerna för kostnadsansvar och deras effekter samt hur resurser fördelas inom hälso- och sjukvårdens olika delar, till exempel mellan primär- och sekundärvård.

Socialstyrelsen bör även få i uppdrag att ta fram vägledande rekommendationer på området som stöd för huvudmännen. Om sådant uppdrag blir aktuellt bör det genomföras i samverkan med huvudmän, vårdgivare och professionsföreträdare. Vad gäller frågan om bland annat terminologi och klassifikationssystem bör hänsyn tas till befintlig och kommande EU-rätt, samt pågående statliga utredningar, på området. Syftet med översynen bör vara att ta fram nationella rekommendationer som ska leda till god och jämlik vård

---

<sup>107</sup> Anell A, "Vården är värd en bättre styrning", Forskningsrapport, SNS, 2020.



och som inte påverkar medarbetarnas arbetsmiljö på ett negativt sätt. Det kan till exempel handla om att ta fram rekommendationer som bättre kan motsvara de utmaningar som uppstått med anledning av att patienter med ett mer komplext sjukdomspanorama i större utsträckning än vad som var fallet tidigare ska få hjälp inom den regionala och kommunala primärvården. Med andra ord bör rekommendationerna gå hand i hand med omställningen till god och nära vård. De bör även möjliggöra att ta tillvara den kompetens som finns inom hälso- och sjukvården i högre utsträckning än vad som sker i dag, till exempel genom att underlätta för mindre vårdverksamheter att ta emot studenter för handledning och delta i samverkan samt utbildnings- och forskningsinsatser. Rekommendationerna bör även ta hänsyn till geografiska och andra utmaningar när det gäller målsättningen att tillhandahålla jämlik vård.

### **Ökad statlig styrning bör övervägas inom ett antal för kompetensförsörjningen centrala områden**

Det råder stora utmaningar med kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården. Mycket arbete sker på området, men det är inte alltid koordinerat. Regeringen bör överväga att ta ett helhetsgrepp på problematiken genom att ge en statlig myndighet ett permanent uppdrag att studera och följa upp utvecklingen på området. Uppdraget bör också fokusera på omställningsarbetet mot god och nära vård samt vård i glest befolkade områden. Regeringen bör även överväga att genomföra nedanstående åtgärder.

#### *Fortbildning för hälso- och sjukvårdens medarbetare*

En faktor som ofta lyfts fram när kompetensflykt inom hälso- och sjukvården diskuteras är möjligheterna till kompetensutveckling för hälso- och sjukvårdens medarbetare. Enligt en enkät som genomfördes av SLF angående fortbildningen hos förbundets medlemmar uppger en av fem specialistläkare att de har en kvart eller mindre intern fortbildning i veckan.<sup>108</sup> Även andra professioner upplever brist på fortbildning, både intern och extern sådan. Det konstateras vidare att ersättningsystem som premierar ett högt antal vårdbesök

---

<sup>108</sup> ”Fortbildningsenkät 2020. Fortbildning hos Sveriges läkarförbunds medlemmar”, SLF.

motverkar möjligheterna till fortbildning.<sup>109</sup> När arbetssituationen är ansträngd och kraven på tillgänglighet höga innebär tid som ägnas åt annat än vårdbesök, åtminstone på kort sikt, en förlust för verksamheten och en större arbetsbörda för andra medarbetare.

Bristande kompetensutveckling kan leda till utmaningar för arbetsgivare, såväl som för hälso- och sjukvårdens medarbetare. I en arbetsmiljöenkät som skickades ut av SLF till förbundets medlemmar under våren 2022 uppgav flera av respondenterna att de upplevde etisk stress med anledning av brist på kompetensutveckling.<sup>110</sup> Att bristen på kompetensutveckling inom vården kan leda till etisk stress och dålig arbetsmiljö är förståeligt, inte minst mot bakgrund av de krav som ställs på så kallade legitimationsyrken att utföra sina arbetsuppgifter enligt vetenskapligt beprövade metoder i en tid där dessa metoder ständigt utvecklas. Att så många medarbetare inom hälso- och sjukvården upplever att fortbildning inte prioriteras är vidare anmärkningsvärt, inte minst mot bakgrund av att fortbildningens betydelse för en patientsäker vård är fastställd i lag.<sup>111</sup> Enligt en årlig internationell jämförande undersökning som Sverige deltar i sedan 2009 är de svenska läkarna fortsatt bland de mest stressade jämfört med läkare i nio andra länder. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som ansvarar för den svenska delen av undersökningen, rekommenderar därför vårdcentralerna, regionerna och regeringen att intensifiera arbetet med att förbättra läkarnas arbetssituation. Vidare uppger myndigheten att deras undersökning visar att läkare som får fortbildning och stöd i utveckling av sina arbetssätt från sin arbetsgivare är mer nöjda och mindre stressade.<sup>112</sup>

Även om huvudansvaret för fortbildningen av medarbetare ligger hos huvudmännen och arbetsgivarna är det, mot bakgrund av den utveckling som beskrivits ovan, viktigt med ett nationellt helhetsgrepp på området. I sammanhanget kan Vårdkompetensrådets rekommendationer om att regeringen bör utreda möjligheten till en nationell samordning av systematisk och kontinuerlig fortbildning

---

<sup>109</sup> Kompetensförsörjning inom primärvården”, delredovisning, Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575, s. 86.

<sup>110</sup> 12 procent instämde helt med påståendet och 29 procent instämde delvis med påståendet om att de upplevde etisk stress med anledning av brist på kompetensutveckling. Uppgifter från SLF.

<sup>111</sup> Se bland annat 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Se även 6 kap. 1 och 2 §§ sagda lag angående skyldigheterna för hälso- och sjukvårdspersonalen.

<sup>112</sup> ”Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv”, International Health Policy Survey (IHP), 2022.

för vårdens professioner nämnas.<sup>113</sup> I promemorian görs bedömningen att regeringen bör överväga att följa rådets rekommendationer i denna del.

*Ta tillvara kompetensen hos vårdens professioner och satsa mer på preventiva insatser*

När fler personer insjuknar i en eller flera kroniska sjukdomar handlar det inte enbart om att minska dödligheten utan också om att bibehålla en viss livskvalitet. Detta torde även utgöra en viktig komponent i begreppet jämlik vård. I rapport efter rapport framgår vidare hur ansträngd arbetssituationen är för landets läkare, i synnerhet inom primärvården. På flera håll i landet råder det, som redan nämnts, brist på läkare i allmänmedicin, vilket bidrar till att målsättningen om fast läkarkontakt svårligen kan upprätthållas.

I de samtal som förts med olika aktörer inom ramen för arbetet med denna promemoria lyfts frågor som fast vårdkontakt, större fokus på prevention och rehabilitering samt bättre tillvaratagande av olika vårdprofessioners kompetenser som ett sätt att avlasta läkarna, men framför allt för att säkra tillgången till god och jämlik vård i framtiden. Det uttrycks bland annat att det för vissa patienter är viktigt med kontinuitet, men att det inte nödvändigtvis behöver vara fråga om en läkare. Tvärtom kan det i vissa fall vara mer ändamålsenligt med andra kompetenser för att möta en viss patients specifika behov.

En annan, angränsande, fråga handlar om preventiva insatser som ett sätt att förebygga sjukdomar och på så sätt avlasta hälso- och sjukvården på sikt. Trycket på vården kan minska om fler ges tillgång till preventiva insatser, som vägledning kring kost och andra levnadsvanor. Sådana satsningar kan på sikt leda till stora samhällsekonomiska vinster. Hur stora samhällsvinsterna potentiellt kan bli kan exempelvis räknas fram med hjälp av den så kallade hälsokalkylatorn som tillhandahålls av det svenska nätverket för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. HSF-nätverket består av Sveriges regioner och är en del av det internationella nätverket Health Promoting Hospi-

---

<sup>113</sup> ”Kompetensförsörjning inom primärvården”, slutrapport, Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, S2021/06575, s. 22. Se även ”Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2. Rekommendationer och bedömningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning”, Nationella vårdkompetensrådet.

tals and health services, HPH, initierat av Världshälsoorganisationen 1993. Enligt Världshälsoorganisationen utgör även rehabilitering en viktig investering som kan leda till att den framtida belastningen på hälso- och sjukvården minskar, till exempel genom färre sjukhusvistelser.<sup>114</sup>

För att klara av att möta utmaningarna med ökade vårdbehov samtidigt som allt färre kommer att arbeta inom välfärden prövar huvudmännen den här typen av lösningar. Det finns dock fortfarande en stor förbättringspotential på området. Regeringen bör därför överväga att satsa mer på preventivt arbete och rehabilitering.

*Regeringen bör överväga att införa en statlig reglering av vissa specialistutbildningar*

Ett adekvat tillvaratagande av kompetenser inom hälso- och sjukvården borde utgöra en röd tråd i kompetensförsörjningsarbetet. Hit hör också frågan om specialistkompetens hos vårdens medarbetare. I de samtal som förts med huvudmännen inom ramen för denna promemoria lyfts behovet av specialistkompetenser fram. En region efterfrågar till exempel fysioterapeuter med specialistkompetens inom onkologi och neurologi.

Det handlar dock inte alltid om att specialistkompetens saknas. Ibland kan det i stället vara så att det saknas kunskap om medarbetarnas kompetens. Det senare är tydligt rörande de professioner som i dag saknar en statligt reglerad specialistutbildning. I dessa fall kan arbetsgivaren sakna kunskap om och ibland även ifrågasätta utbildningens kvalitet, alldeles oaktat av utbildningens faktiska innehåll. Okunskap om och en bristande tilltro till utbildningens värde leder till att medarbetarnas kompetenser inte nyttjas på ett för verksamheten ändamålsenligt sätt.

I promemorian görs bedömningen att regeringen bör överväga statlig reglering av specialistutbildningarna för fler vårdprofessioner än vad som i dag är fallet. Syftet med en sådan satsning skulle vara att skapa större kunskap kring, och tilltro till, dessa utbildningars innehåll och på så sätt möjliggöra för ett mer ändamålsenligt tillvaratagande av kompetenser inom hälso- och sjukvården.

---

<sup>114</sup> [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation)

### 5.3.1 Det råder särskilda förutsättningar i glest befolkade områden

När förutsättningarna för jämlik vård i hela landet diskuteras är det av central betydelse att inte anlägga ett ”vi och de-perspektiv”. Generellt sett fattas många beslut utifrån ett urbant perspektiv, så även inom vårdrelaterade frågor. Det urbana perspektivet blir då per automatik den naturliga utgångspunkten. Här kan till exempel frågan om fast läkarkontakt nämnas. Målsättningen om att var och en ska ha en fast läkarkontakt är god men kan bli tämligen svår att uppnå i glest befolkade områden, något som också lyfts fram i de samtal som förts med huvudmännen och vissa myndigheter inom ramen för denna promemoria. Utgångspunkten för detta arbete har varit att vända på perspektivet och försöka beskriva de olika omständigheterna förutsättningslöst, även om de givetvis också måste placeras i en bredare kontext inom ramen för den nationella hälso- och sjukvårdspolitiken. Utifrån detta perspektiv görs en rad bedömningar av vad staten och huvudmännen kan göra för att säkerställa målet om vård på lika villkor, även i glest befolkade områden.

#### ”Glesbygdsmedicin” och praktik i glest befolkade områden

Det finns flera åtgärder som kan användas för att stimulera kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården i glest befolkade områden. Något som lyfts fram som en av de enskilt viktigaste framgångsfaktorerna är tidig erfarenhet av praktik eller utbildning i glest befolkade områden. Internationella studier som tittat på ”glesbygdsutbildningar” i olika länder visar att studenter som tidigt i sin utbildning får positiva erfarenheter av landsbygden i större utsträckning än studenter utan sådana erfarenheter väljer att bosätta sig och arbeta i glest befolkade områden.<sup>115</sup> Gemensamt för dessa utbildningar är att de i olika utsträckning har anpassats till de förutsättningar som råder i glest befolkade områden. Detta har bland annat skett genom att förlägga hela eller delar av utbildningen till dessa områden. Ett exempel är Northern Ontario School of Medicine i Kanada, som har en hel läkarutbildning och läroplan med primärvården i glesbygd som akademisk bas. Majoriteten av dem som

---

<sup>115</sup> Kumar S, Clancy B, Retention of Physicians and Surgeons in Rural Areas—What Works?, *Journal of Public Health*, 2020, s. e692.

utbildats av dessa lärosäten söker sig alltså till landsbygden,<sup>116</sup> och särskilt positivt blir utfallet om studenten i fråga själv härstammar från, eller har någon annan koppling till, området i fråga.

Trots att Sverige utgör ett av världens mest glesbefolkade länder satsar vi jämförelsevis lite på ämnet glesbygdsmedicin. Den enda grundutbildningen som i dag erbjuder ett glesbygdsperspektiv ges vid Umeå universitet i form av ett så kallat glesbygdsspår för läkare. Det glesbygdsmedicinska spåret, som för övrigt har den ovan nämnda kanadensiska utbildningen som förebild, syftar till att flytta delar av klinisk färdighetsträning från sjukhus till sjukstuga inom en rad ämnen som medicin, pediatrik och kirurgi. Spåret startade hösten 2018 och innebär att läkarstudenter under vissa kurser får göra regelbundna kliniska placeringar vid sjukstugan i Storuman och på Lycksele lasarett. Läkarstudenterna får erfarenhet av hur sjukdomspanoramat kan se ut i glesbygden, där det i jämförelse med städer ofta finns en större andel äldre men även fler inslag av akutmedicin. Studenterna kan också välja att genomföra sitt examensarbete utifrån ett glesbygdsperspektiv. Än så länge finns dock ingen särskild läroplan för spåret utan samma läroplan gäller som för övriga studenter.

Med tanke på Sveriges demografiska förutsättningar är det önskvärt att studenter inom hälso- och sjukvården får förvärva åtminstone rudimentära kunskaper om hälso- och sjukvårdsarbete i glest befolkade omvården. Detta kan exempelvis ske genom att kursmoment i glesbygdsmedicin tas fram. För att verkligen få en känsla för och i bästa fall förbereda sig för kommande arbetsuppgifter borde det också finnas större möjligheter än vad som är fallet i dag att genomföra verksamhetsförlagd utbildning och klinisk praktik i glest befolkade områden. Det behöver även finnas möjligheter till fortbildning i glesbygdsmedicin senare i karriären. Ett exempel på det senare finns i Region Västerbotten, där ST-läkare i allmänmedicin ges möjligheter att fördjupa sina kunskaper i glesbygdsmedicin genom en profilering inom området.

Enligt regleringsbrevet för budgetåret 2023 avseende universitet och högskolor ska utbildningsutbudet vid universitet och högskolor svara mot studenternas efterfrågan och arbetsmarknadens behov. Lärosätena ska även redovisa hur de möter det omgivande samhällets behov av utbildning. Vidare ska universitet och högskolor med

---

<sup>116</sup> Strasser R, Neusy A-J, *Bulletin of the World Health Organization*, 2010 1 Oct: 88(10).

tillstånd att utfärda examina inom hälso- och sjukvårdsområdet delta i samverkan på sjukvårdsregional nivå om kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården.

Det finns ett stort behov av blivande medarbetare inom hälso- och sjukvården med kunskap om primärvården och särskilt påtagligt är detta behov i glest befolkade områden. Regeringen bör därför överväga att utvidga den övergripande målsättningen i regleringsbrevet om lärosätenas skyldighet att samverka i kompetensförsörjningsfrågan inom hälso- och sjukvården till att även omfatta omställningen till god och nära vård med särskilt fokus på glest befolkade områden.

### **Forskning om och inom primärvården med särskilt fokus på glesbygdsmedicin**

Av forskningspropositionen från 2020 framgår att forskningen måste följa rörelsen mot en nära vård, vilket innebär en viss förflyttning från de större sjukhusen till vårdcentralerna.<sup>117</sup> I primärvårdens lagreglerade grunduppdrag har det vidare tydliggjorts att regioner och kommuner ska möjliggöra primärvårdens deltagande i forskningsarbete.<sup>118</sup> Samtidigt har en del hinder mot en sådan omställning identifierats. Ett sådant hinder uppges vara att strukturen i den nära vårdens verksamheter, med mindre enheter utspridda över landet, skiljer sig från de mer traditionella forskningsmiljöerna.<sup>119</sup> En annan förklaring som lämnas till varför få vårdcentraler medverkar i forskning är problem med bemanning av verksamheterna och brist på ekonomiska resurser.<sup>120</sup> Ibland beskrivs också själva forskningskulturen inom primärvården som svag.<sup>121</sup> Det är dock svårt att veta om det senare är ett hinder eller en följd av den rådande situationen. Med den rådande situationen menas dels eventuellt negativa attityder gällande forskning om och i primärvården, dels medarbetarnas faktiska möjligheter att kombinera forskning med kliniskt arbete.

---

<sup>117</sup> Prop. 2020/21:60.

<sup>118</sup> "Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport", Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2023:2, s. 67.

<sup>119</sup> "Kompetensförsörjning inom primärvården", slutrapport, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården, S2021/06575, slutrapport, Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, s. 27.

<sup>120</sup> "Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport", Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2023:2, s. 67 f.

<sup>121</sup> SOU 2018:39 och SOU 2020:19.

Av en ännu opublicerad långtidsstudie om läkarstudenters attityder gällande allmänmedicin och arbete i glest befolkade områden framgår att studenterna ibland möter inställningen att ”de som inte vill fortbilda sig blir allmänläkare” från utbildningsrepresentanter på läkarutbildningarna. Samtidigt visar forskning på området att negativa kommentarer om en specialistutbildning påverkar studenternas val i denna fråga.<sup>122</sup> Den andra mer konkreta orsaken till den svaga forskningskulturen utgörs av tidsaspekten, alltså den faktiska möjligheten för medarbetare i primärvården att få bedriva forskning.

Av en enkät om forskande läkares villkor som skickats ut av SLF till förbundets medlemmar framgår att nästan var tredje respondent som har en förenad anställning eller forskning i sitt anställningskontrakt inte kan kombinera klinisk tjänstgöring med forskning i den utsträckning som utlovats. Nästan hälften har fått forskningstid indragen med anledning av bemanningsproblem på arbetsplatsen.<sup>123</sup> Som beskrivits är bemanningsproblematiken inom hälso- och sjukvården inte unik för läkarkåren, utan gäller även för andra yrkesgrupper. Att regeringen nu har tillsatt en utredare att se över det så kallade ALF-avtalet,<sup>124</sup> bland annat i syfte att undersöka hur vårdpersonal kan få mer tid för forskning, utgör därför ett gott initiativ. I forskningspropositionen från 2020 föreslogs, vidare, satsningar på forskningskompetens i primärvården för åren 2021-2024. Syftet med dessa satsningar är att skapa bättre förutsättningar för primärvårdens medarbetare att driva och delta i forskningsprojekt. För detta ändamål har medel tillförts Vetenskapsrådet.

Mot bakgrund av den bild som tecknats ovan görs följande bedömningar. För att uppnå den grad av mognad som krävs för att tala om en forskningskultur inom primärvården behöver det finnas en långsiktighet i den ekonomiska finansieringen och i det systematiska arbetet på området. Regeringen, lärosätena och huvudmännen behöver fundera över hur detta bäst kan uppnås. Det bör vidare finnas en reell möjlighet för primärvårdens medarbetare att bedriva forskning. Det innebär både möjlighet att söka och erhålla

---

<sup>122</sup> Uppgifterna kommer från en av forskningsledarna i en långtidsstudie om läkarstudenters attityder till arbete som allmänläkare i glest befolkade områden. Länk till forskningsprojektet: <https://www.regionvasterbotten.se/glesbygdsmedicin/forskning/aktuell-forskning/lakarstudenters-attityder-till-att-arbeta-som-allmanlakare-i-glesbygd>

<sup>123</sup> ”Forskande läkares villkor”, SLF och SYLF, 2022.

<sup>124</sup> ALF är förkortningen på ett avtal mellan staten och de sju universitetssjukhusregionerna. Avtalet reglerar bland annat hur mycket pengar regionerna ska få från staten för att bedriva klinisk forskning och för att medverka i utbildningen av läkare.



forskningsmedel *och* tid för att bedriva detta arbete. I dagsläget är arbetsbelastningen inom primärvården hög, vilket dessvärre inte lämnar något större utrymme till forskning. Sett ur ett kortsiktigt perspektiv kan forskning som sker på arbetstid uppfattas ta tid från patientarbetet. I det långa loppet bidrar dock den här typen av satsningar till att göra primärvårdsverksamheterna till mer attraktiva arbetsgivare. Det bör slutligen finnas möjligheter till forskning inom primärvårdens alla områden och för alla däri verksamma yrkesgrupper. Regeringen bör även överväga att avsätta extra medel till forskning om glesbygdsmedicin och primärvård i glest befolkade områden.

### **Förutsättningarna för landsbygdsutvecklingen bör främjas utifrån ett bredare, näringspolitiskt, perspektiv**

Hälso- och sjukvårdstjänster utgör inte någon abstrakt verksamhet som kan bedrivas i ett vakuum. För att dessa tjänster ska tillhandahållas av privata utförare krävs, som redan konstaterats, rätt förutsättningar. Det handlar inte endast om ekonomisk stimulans utan ett bredare näringspolitiskt perspektiv krävs när möjliga lösningar diskuteras. För att nyetablering av vårdverksamheter ska ske i glest befolkade områden, inte minst vad gäller mikroföretag, krävs ett omfattande stöd. Stödet kan gälla praktiska frågor kring företagande, men kan också handla om specifika krav som ställs på företag inom hälso- och sjukvården. Det senare omfattar allt från krav på vissa dokument för verksamheten till kunskaper i journalföring och säker informationsöverföring. Socialstyrelsen har lyft fram vikten av samverkan mellan de delar av regionerna som arbetar med upphandling av primärvård och de delar som arbetar med regional tillväxt och eventuella näringslivsstöd.<sup>125</sup> Promemorians författare delar denna uppfattning.

Etableringen gynnas givetvis om det finns en efterfrågan på företagets tjänster och denna påverkas positivt när andra företag etablerar sig i samhället. En sådan utveckling leder till att fler väljer att bosätta sig i dessa områden, vilket skapar en levande landsbygd. Av en enkät som genomfördes inom ramen för denna promemoria

---

<sup>125</sup> ”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”, Socialstyrelsen, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364, s. 48.

och riktades till studenter vid landets olika utbildningar i fysioterapi framgår att många studenter gärna skulle flytta till landsbygdskommuner, men att det måste finnas rätt förutsättningar för detta, så som god infrastruktur. Vidare nämns möjligheten att ta med sig sin familj som en viktig faktor. Det senare förutsätter att det finns arbete till medföljande partner, förskole- och eller skolplats till barnen, goda kommunikationer och övrig samhällsservice. Ytterligare faktorer som mer kan ses som extra incitament än grundläggande förutsättningar utgörs av ersättning, arbetsförhållanden samt möjligheten till fortbildning och en god karriärutveckling. Även om enkäten har för låg svarsfrekvens (11 procent) för att kunna leda till några konkreta slutsatser kan den ändå ge viss fingervisning om viljan att arbeta i glest befolkade områden. Också i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem konstateras att det finns ett intresse bland unga människor att söka sig till landsbygden men att det behöver finnas förutsättningar för detta.<sup>126</sup>

Av de samtal som förts med regioner med glest befolkade områden inom ramen för promemorian framgår att dessa förutsättningar dessvärre inte alltid är på plats. Vad som i första hand lyfts fram är en bristande infrastruktur vad gäller vägar och allmänna kommunikationer samt tillgång till bredband och viss samhällsservice. Mot bakgrund av den situation som beskrivits ovan görs bedömningen att regeringen bör överväga att ta ett helhetsgrepp på utvecklingen i glest befolkade områden. Med helhetsgrepp avses att arbetet inte ska fastna i specifika stuprör, som regional utveckling eller hälso- och sjukvård i glest befolkade områden, utan genomföras utifrån ett holistiskt perspektiv, där alla relevanta delar beaktas. Detta kan ske genom att skapa bättre förutsättningar för företagande samt satsa på fortsatt utbyggnad och förbättring av infrastrukturen i nära samverkan med kommuner och regioner, näringslivet och den ideella sektorn.

---

<sup>126</sup> SOU 2020:19, s. 278.

## Goda exempel på tillgång till jämlik vård i glest befolkade områden

En god och nära vård behöver inte betyda samma sak för alla. Vad som är viktigt för en enskild person kan styras av olika faktorer, däribland den geografiska kontexten. I de samtal som förts med huvudmännen och olika statliga myndigheter avseende denna fråga lyfts fast vårdkontakt i bred bemärkelse, mindre men närmare belägna hälsocentraler och andra ”utbudspunkter” samt vissa digitala satsningar fram som exempel på god och nära vård i glest befolkade områden. En myndighet uppger att det i vissa fall kan vara tillräckligt att under en längre tid använda samma lokaler för att skapa en känsla av kontinuitet. Som det kommer att illustreras nedan finns det även stöd i forskning för dessa synpunkter. Det innebär inte att människor i glest befolkade områden inte ska ges vård, utan att det i vissa fall krävs särskilda lösningar för att möta behoven utifrån de förutsättningar som råder där. Med en pågående kompetensbrist inom hälso- och sjukvården är det inte heller osannolikt att flera av de åtgärder som i dag används i glest befolkade områden kommer att behöva utvecklas också på andra håll i landet. Det är därmed av vikt att ge en rättvis bild av dessa lösningar, såväl vad gäller deras förtjänster som potentiella begränsningar och utvecklingsområden.

### *Virtuella hälsorum*

Virtuella hälsorum är, som namnet antyder, rum utrustade med viss medicinteknisk och digital utrustning. I hälsorummet i Slussfors, som var det första i sitt slag och startade som ett projekt, finns möjligheter till bland annat blodprovstagning och blodtrycksmätning samt att konsultera en läkare via länk. Det finns möjlighet för läkaren att lyssna på patientens hjärta och att zooma in för att titta på exempelvis en sårskada eller utslag.

Även om det i flera fall finns möjligheter att utföra dessa prover i hemmet väljer många att ändå ta sig till ett hälsorum på grund av den sociala aspekten, som att se bekanta ansikten i väntrummet. Sedan det första virtuella hälsorummet (numera samhällsrum) i Slussfors bildades har det tillkommit nya rum i Västerbotten. Utbyggnaden har finansierats med EU-bidrag. Då rummen nu

funnits en tid har man också hunnit med viss utvärdering och forskning på området.

I ett sådant tidigt forskningsprojekt studerades patienternas inställning till de virtuella hälsorummen. Studien visade att det finns ett samband mellan patientens delaktighet i vården generellt och hans eller hennes syn på de virtuella hälsorummen. I de fall där patienten hade lägre självförtroende vad gällde den egna förmågan att hantera sin hälsa var sannolikheten stor att patienten inte heller skulle känna sig trygg i ett virtuellt hälsorum, som förutsätter en (digital) mognad. Dessa personer kunde visserligen anse att själva rummet var av värde, men kände sig inte trygga med teknologin. Det omvända ansågs gälla för vissa äldre patienter, som kunde uppskatta teknologin men ifrågasatte värdet av ett virtuellt hälsorum jämfört med ett fysiskt läkarbesök.<sup>127</sup>

En ny studie, som ännu inte publicerats, handlar om patienters erfarenheter av digitala återbesök hos specialistläkare.<sup>128</sup> Också denna studie är av relevans när olika tolkningar av målet om jämlik vård diskuteras. Även om några konkreta slutsatser inte kan dras förrän studien publicerats kan en del intressanta frågor ändå urskiljas. En viktig fråga gäller avstånd och infrastruktur. Flera patienter med lång resväg till specialistvård uppskattade möjligheten att slippa resa för att träffa en läkare, i synnerhet på vintern när vägarna var ännu svårare att färdas på. Möjligheten till ett digitalt vårdbesök bidrog enligt dessa patienter till att göra vården mer jämlik och tillgänglig. För att mötet skulle anses fungera tillfredsställande ställdes dock ytterligare krav.

En redan etablerad vårdrelation till läkaren i fråga nämndes som en viktig framgångsfaktor. Det bästa var om parterna hade träffats fysiskt tidigare vid åtminstone ett tillfälle, men även föregående telefonkontakt ansågs bidra till känslan av kontinuitet och tillit. En annan faktor som bidrog till känslan av tillit och gjorde patienterna mer bekväma med den virtuella situationen var att tydligt kunna se och höra läkaren, det vill säga att teknologin fungerade tillfredsställande. Intrycket blev ännu bättre i de fall där patienterna upp-

---

<sup>127</sup> Näverlo S et al, "Patient Perceptions of a Virtual Health Room Installation in Rural Sweden", *Rural and Remote Health* 16: 3823, 2016, s. 5-6.

<sup>128</sup> Ek Ch et al, "Patients' Experiences of Re-visiting Specialist Doctors via Remote Treatment: A Qualitative Study". Texten lämnades in till *JMIR Human Factors* den 30 september 2022 och revidering efter kommentarer pågår. En "preprint" går att läsa här: <https://preprints.jmir.org/preprint/43125>

levde att de befann sig i en trygg miljö med högt ställda krav på konfidentialitet.

En annan komponent som bidrog till en positiv upplevelse var om patienten kände sig delaktig i sin vård, till exempel genom att ha fått information som gav möjlighet att förbereda sig inför mötet och ställa frågor samt få hjälp med teknologin vid behov. Även i detta fall tycks det alltså finnas en koppling mellan patientens delaktighet i vården och utfallet av den aktuella vårdåtgärden.

De virtuella samhällsrummen och digitala vårdbesöken kan inte täcka in alla behov eller ersätta ett fysiskt vårdbesök i alla fall och för alla patientkategorier. Däremot kan de utgöra ett viktigt komplement till fysiska besök, öka sannolikheten för en tidigare diagnos samt göra det möjligt för fler att träffa en specialist utan att behöva åka långt till en vårdmottagning. Samhällsrummen fyller också en viktig social funktion genom att utgöra fasta vårdpunkter och därmed bidra till en känsla av trygghet och kontinuitet bland invånarna. I sammanhanget kan noteras att även andra regioner i Sverige utvecklar olika typer av digitala och mobila lösningar. I Region Norrbotten pågår exempelvis ett projekt med bedömningsbilar som ska kunna genomföra utökade analyser i patienternas hem.

Det arbete som regionerna i norr sedan många år tillbaka har bedrivit är, inte minst mot bakgrund av kompetensbristen inom vården och den demografiska utvecklingen med en hög andel äldre, relevant även för andra delar av landet. De virtuella hälsorummen har också på internationell nivå lyfts fram som goda exempel på hur vård kan tillhandahållas i glest befolkade områden.<sup>129</sup> En viktig förutsättning för att rummen ska fungera även på sikt är dock att de kontinuerligt uppdateras både vad gäller den medicintekniska och den digitala utrustningen. Regeringen och huvudmännen bör se till att medel kontinuerligt avsätts till denna utveckling.

### *Sjukstugorna – ett sätt att erbjuda avancerad primärvård i glest befolkade områden*

Glesbygdsmedicinskt centrum (GMC), som har sitt huvudkontor i Storuman, bedriver verksamhet som bland annat går ut på att bidra

---

<sup>129</sup> "In-depth Accessibility Study, Annex to Digital Health Care and Social Care – Regional development impacts in the Nordic countries", Nordregio Report 2020:16, s.24.

till beskrivningen och utvärderingen av den vård och omsorg som bedrivs i glest befolkade områden. Syftet är att ta fram kunskap om de utmaningar men även möjligheter som gäller för vårdens bedrivande i glest befolkade områden. Ett annat mål med verksamheten är att bygga nätverk inom ämnet glesbygdsmedicin samt att initiera och bedriva utbildnings- och forskningsinsatser inom detta område. Inom ramen för verksamheten finns också en rad sjukstugor.

Modellen med sjukstugorna har utvecklats som ett sätt att möta de specifika förutsättningarna som råder i glest befolkade områden. I andra delar av landet utvecklas bland annat vårdcentrum, som kan ses som en motsvarighet till sjukstugemodellen. En sjukstuga beskrivs ibland som ett minisjukhus, där man kan lägga in bland annat akut sjuka patienter. På avdelningarna vårdas flera typer av patienter samtidigt, vilket kräver en bred kompetens. Vanligtvis finns bland andra allmänläkare, barnmorskor och ambulanspersonal på plats. Det finns också tillgång till röntgen- och laboratorieutrustning. En annan viktig pusselbit utgörs av telemedicinsk teknik som gör det möjligt att konsultera experter som befinner på andra håll i landet och därmed behandla fler patientkategorier än vad som annars hade varit möjligt. Det omvända är också aktuellt, då vissa samhällsrum kan erbjuda kontakt med sjukstugans medarbetare via länk. Då bemanningssituationen i glest befolkade områden är ansträngd förekommer inte sällan också samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården. En del sjukstugor har till exempel byggts samman med äldreboenden.

WHO Europe har utsett södra Lappland och sjukstugemodellen till en demonstrationsplattform för avancerad primärvård i glesbygden. Upp till fyra studiebesök per år planeras av utländska myndigheter och sjukvårdsregioner som vill studera sammanhållen vård i glesbygdsregioner.<sup>130</sup> Om ett behov skulle uppstå på sikt, torde det därmed finnas goda förutsättningar att utvidga sjukstugemodellen till fler områden i landet.

---

<sup>130</sup> Informationen kommer från en region.

*Digitaliseringens möjligheter och begränsningar för jämlik vård*

Som visats ovan kan digitaliseringen vara av särskild vikt i glest befolkade områden vad gäller tillgång till vård och vårdens kontinuitet. Digitala vårdmöten och egenmonitorering utgör exempel på sådana lösningar. För att detta ska vara möjligt för alla krävs dock en adekvat utrustning av fiber och mobilnät. Att det fortfarande råder stora ojämlikheter på detta område beroende av bosättningsort konstateras i en rapport som utförts av Rise på uppdrag av Svenska Stadsnätsföreningen.<sup>131</sup>

Även om digitaliseringen gör det lättare att uppfylla kravet på jämlik vård i landsbygdskommuner är det främst i storstäder som digitala vårdtjänster används. Landsbygdskommuner kan också ha större utmaningar med att införa digitala arbetssätt. I vissa fall saknas, som redan nämnts, fiberuppkoppling och mobiltäckning. Det kan också finnas vissa utmaningar för mindre regioner och kommuner med att hitta personal med rätt kompetens.<sup>132</sup> Liknande synpunkter har också lämnats i de samtal som förts med huvudmännen och olika myndigheter inom ramen för detta arbete.

Även regeringen uppmärksammar att tillgången till elektroniska kommunikationstjänster är ojämnt fördelat över landet och satsar redan under 2023 1,3 miljarder kronor på stöd till bredbandsutbyggnad i hela landet. Detta utgör ett gott initiativ. Utbyggnaden behöver dock åtföljas av åtgärder som skapar större digital mognad och benägenhet hos huvudmän, patienter och vårdens medarbetare att, när så är möjligt, använda sig av digitala lösningar. Det är även viktigt att lagstiftningen på området hänger med och inte förhindrar användningen av medicintekniska produkter samtidigt som en säker informationsöverföring garanteras.

---

<sup>131</sup> Larsen C P et al "Ytterbyn 2030 – en scenarioanalys av framtidens uppkopplade samhälle och konsekvenser av utebliven fiberutbyggnad", RISE rapport, Stockholm, 2021.

<sup>132</sup> "Långt bort men nära", Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Rapport 2021:11, "Kompetensförsörjning inom primärvården", delredovisning, Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, S2021/06575.

## 5.4 LOL och LOF med tillhörande förordningar ska upphävas

**Promemorians förslag:** LOL och LOF ska upphävas genom lag om upphävande av LOL och lag om upphävande av LOF. Som en följd av detta ska även de tillhörande förordningarna, FOL och FOF, upphävas. LOL och LOF med tillhörande förordningar föreslås upphöra att gälla vid utgången av 2025, förutsatt att ett beslut om upphävande tas 2024.

Det ska vara möjligt för de privata utförare som i dag verkar med stöd av LOL och LOF att i god tid före ett upphävande avveckla eller ställa om sin verksamhet. LOL och LOF med tillhörande förordningar ska därför under en övergångsperiod fortfarande gälla för de läkare och fysioterapeuter som i dag verkar inom ramen för dessa lagar. För dem ska LOL och LOF fortfarande gälla till och med utgången av 2031. Det ska dock inte vara möjligt att ingå nya samverkansavtal under övergångsperioden. Möjligheten till ersättningsetablering är därför undantagen den under övergångsperioden fortsatta tillämpningen av lagstiftningarna. Ersättningsetableringar är således inte möjliga efter utgången av 2025 då LOL och LOF föreslås upphävas.

### Skälen för promemorians förslag

Systemet med nationella taxan har, i princip sedan reglernas ikraftträdande, varit föremål för kritik från olika håll. Flera utredningar har tillsatts genom åren för att komma till rätta med problematiken, men inte någon av dessa utredningar har lett till ändringar, eller en avveckling, av systemet. Några av dessa utredningar har fokuserat på att revidera de aktuella lagarna, medan andra har studerat alternativa lösningar, som ny lagstiftning.<sup>133</sup> En gemensam nämnare har dock varit en intention att i högre utsträckning än vad som är fallet i dag integrera de taxanslutna vårdgivarna i den offentligt finansierade vården. Detta syfte har även genomsyrat direktiven bakom, och lagförslagen i, denna promemoria. Förslaget att upphäva ersättningslagarna ska läsas ihop med promemorians övriga förslag, framför allt om ändringarna i den upphandlingsrättsliga lagstiftningen. Avsikten

<sup>133</sup> Se till exempel Ds 2018:31, respektive SOU 2020:19.



är att de aktörer som i dag verkar med stöd av LOL eller LOF i stället ska ges förutsättningar att verka inom ramen för bland annat LOU.

De samlade förslagen beaktar den kritik som framförts mot LOL och LOF men även de förslag på förbättringsområden som lämnats i hemställan från SKR, SLF och Fysioterapeuterna.<sup>134</sup> Intentionen är att avskaffa ett kritiserat system och samtidigt skapa incitament och möjligheter för både taxeanslutna vårdgivare och andra mindre vårdverksamheter att verka och integreras i den offentligt finansierade vården.

## Övergångsbestämmelser

Syftet med de samlade förslagen är att det ska finnas reella möjligheter för mindre privata utförare att bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvården. Av olika anledningar kommer dock inte alla som i dag verkar inom ramen för LOL och LOF att ansluta sig till andra offentligt finansierade system. En anledning är att en viss utfasning sannolikt kommer att äga rum i samband med ålderspensionering. En betydande andel av de taxeanslutna utförarna är över 60 år. Det gäller framför allt läkarna, men i viss mån också fysioterapeuterna.<sup>135</sup> Det kommer dock sannolikt även finnas andra anledningar än förestående ålderspensionering till att vissa taxeanslutna utförare inte kommer att ansluta sig till ett annat offentligt finansierat system.

Mot bakgrund av bestämmelserna om egendomsskydd behöver de vårdgivare som genom ett upphävande av LOL och LOF inte längre kommer vilja eller ha möjlighet att bedriva verksamhet med offentlig finansiering ges förutsättningar att i god tid före ett upphävande avveckla eller ställa om sin verksamhet. I sammanhanget bör de investeringar som aktörerna gjort i verksamheterna beaktas, även om det är svårt att fastslå en generell avskrivningstid. Vissa vårdgivare hyr till exempel rum och utrustning, medan andra kan ha investerat i bland annat egna lokaler.

Övergångsperiodens längd bör också skapa förutsättningar för huvudmännen att styra om och planera för att tillgodose de vårdbehov som kommer att uppstå när LOL och LOF avvecklas. Som redan nämnts, kommer det behövas insatser för att skapa förut-

---

<sup>134</sup> Se avsnitt 4.4 i denna promemoria.

<sup>135</sup> SOU 2020:19, s. 289.

sättningar för den integrering av de taxeanslutana vårdgivarna som parterna efterfrågar. Övergångsperioden kan användas för detta arbete.

Promemorians författare har i samband med framtagandet av lämpliga övergångsbestämmelser beaktat tidigare förslag på området, där en övergångsperiod på sju år föreslogs.<sup>136</sup> Samtal har också förts med parterna, vårdgivarna och huvudmännen. Mot bakgrund av vad som anförts ovan föreslås att LOL och LOF ska gälla under en övergångsperiod om sju år, efter att beslut om upphävande fattats, för de utförare som i dag är verksamma inom ramen för dessa lagar. Givet att ett beslut om upphävande fattas under hösten 2024, föreslås att lagarna ska gälla för de vårdgivare som redan verkar inom deras ramar fram till utgången av 2031. Några nya samverkansavtal ska dock inte kunna ingås under övergångsperioden. Möjligheten till ersättningsetablering föreslås därför upphöra i samband med att lagstiftningarna upphävs, det vill säga vid utgången av 2025.

---

<sup>136</sup> SOU 2020:19.

## 6 Konsekvenser av promemorians förslag och bedömningar

Enligt promemorians direktiv ska de förslag som lämnas syfta till att integrera taxeanslutna vårdgivare i den offentligt finansierade primärvården och i övrig öppenvård. Förslagen ska även skapa förutsättningar för att det hårt kritiserade systemet med ersättningslagarna ska kunna avvecklas. Vidare ska förslagen stimulera till etablering av vårdverksamheter i glest befolkade områden och bidra till en jämlik tillgång till vård över hela landet.

LOL och LOF har varit föremål för återkommande utredningar, som dock inte har lett till några större förändringar. Lagarna kritiserar av snart sagt alla aktörer, inklusive huvudmännen och de taxeanslutna vårdgivarna. Det har även ifrågasatts om systemet med samverkansavtal som löper på livstid är förenligt med EU-rätten. Som beskrivits i promemorians tidigare avsnitt saknas i dag i många fall reella möjligheter för mindre företag – framför allt enmans- och fåmansbolag – att delta och tilldelas kontrakt i offentliga upphandlingar eller att verka som leverantörer i ett vårdval. Detta beror primärt på högt ställda krav i fråga om uppdragens omfattning och företagens ekonomiska kapacitet. Samtidigt finns ett intresse hos olika vårdprofessioner att driva företag. Det innebär dock inte att det alltid finns ett intresse att driva en vårdcentral. Tvärtom sägs många personer vara intresserade av att bedriva verksamhet i mindre skala och med stora inslag av flexibilitet.

I dag råder det på många håll i landet stora kompetensbrister inom hälso- och sjukvården och mest akut är läget i glest befolkade områden. Det har i flera utredningar på området konstaterats att det är viktigt att vi, mot bakgrund av denna utveckling, tar tillvara all befintlig kompetens. Detta kan bland annat ske genom att tillmötes-

gå vårdprofessionernas önskemål om att förutsättningarna för att bedriva småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet bör förbättras.

## 6.1 Nollalternativ

Så som illustrerats i föregående kapitel, är varken huvudmännen eller vårdgivarna nöjda med de så kallade ersättningslagarna. Regionerna anser att systemet förhindrar deras möjligheter att fullt ut planera för invånarnas vårdbehov samt att, vid behov, säga upp ett avtal. Systemet anses vidare vara onödigt kostnadsdrivande och komplicerat. Under 2022 betalade regionerna ut 2 501 302 000 kr i ersättning enligt LOL och LOF. I de samtal som förts inom ramen för denna promemoria har huvudmännen också framfört att kostnaderna för att administrera ersättningslagarna är betydande. Det rör sig dels om utbetalning av ersättning, uppföljning och fördjupade granskningar av ersatta besök, dels om det som vissa regioner refererar till som ”mäkleriet”. Det senare syftar på annonsering och försäljning av etableringar (så kallad ersättningsetablering), där regionerna ansvarar för överlåtelsen av rätten att uppbära offentlig ersättning men där även andra, rent civilrättsliga, frågor ofta uppkommer. Det senare är fallet när en annons även innehåller uppgifter om lokaler, utrustning och annat som kan ingå i överlåtelsen. Dessa transaktioner beskrivs av regionerna som mycket tids- och kostnadskrävande, även i de fall där det endast finns ett fåtal taxanslutana vårdgivare. Förfarandet med ersättningsetableringar är inte heller optimalt utformat för de privata utförarnas del, då det kan innehålla, för den enskilde, otydliga gränsdragningar mellan offentligt- och civilrättsliga inslag och, åtminstone tre, olika parter – regionen, säljaren och köparen.

Som närmare utvecklats i avsnitt 4.3 i denna promemoria är kritiken mot LOL och LOF omfattande. Samtliga aktörer som promemorians författare varit i kontakt med uttrycker att det finns ett stort behov av reformer och ett slutgiltigt ställningstagande från statens sida – inte minst i ljuset av ett flera utredningar på området genomförts men ingen förändring skett. Professionsföreträdarna menar att detta har skapat en stor osäkerhet bland deras medlemmar, som leder till att fler och fler överväger att avveckla sina verksamheter.

Att, efter ännu en utredning, inte genomföra några förändringar på området trots att detta av alla parter anses vara påkallat skulle ytterligare spä på denna osäkerhet och det allmänna missnöjet med de aktuella lagstiftningarna. Det skulle också fortsatt förhindra en större integrering av de taxeanslutna vårdgivarna i den offentligt finansierade primärvården och övrig öppenvård. Vidare skulle huvudmännen fortsatt sakna fullödig autonomi att planera vården och därmed inte fullt ut kunna ta det ansvar som tillfaller dem enligt gällande rätt.

## 6.2 Alternativa lösningar

Om LOL och LOF med tillhörande förordningar upphävs utan några andra ändringar på området blir det upp till regionerna att garantera möjligheter för de aktörer som i dag verkar inom ramen för dessa lagar att integreras i de offentligt finansierade systemen. Detta kan bland annat göras genom att tillhandahålla ett valfrihets-system eller genom offentlig upphandling.

Av regionernas remissvar på betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem att döma, torde flera regioner inte vara intresserade av ett obligatorium att skapa smala vårdval för fysioterapi eller psykiatri.<sup>137</sup> Promemorians författare bedömer, bland annat mot bakgrund av dessa remissvar, att det inte är tillräckligt att endast rekommendera regionerna att genomföra åtgärder som ska underlätta för mindre företag att verka inom de offentligt finansierade systemen. Ett förslag som går ut på rekommendationer skulle i och för sig innebära att det inte gjordes något intrång i det kommunala självstyret men det skulle inte, i samma utsträckning som promemorians förslag, säkerställa fortsatta möjligheter för mindre vårdverksamheter att verka med offentlig finansiering.

Ett av promemorians direktiv är att dagens taxeanslutna vårdgivare samt andra småskaliga vårdverksamheter ska kunna integreras i offentligt finansierad primärvård och övrig öppenvård. En viktig slutsats som promemorians författare har dragit inom ramen för detta arbete är att det är angeläget att värna om denna möjlighet. Det är gynnsamt med en mångfald av företag inom vården, inte bara ur

---

<sup>137</sup> SOU 2020:19.

konkurrenshänseende utan även ur ett kompetensförsörjningsperspektiv. Genom att också skapa förutsättningar för mindre företag att verka inom hälso- och sjukvården möjliggörs för ett tillvaratagande av alla kompetenser – något som är nödvändigt om vi ska kunna möta de kompetensutmaningar som beskrivits i promemorians föregående avsnitt. Det bedöms därmed att det inte är tillräckligt att avskaffa LOL och LOF och endast rekommendera huvudmännen att genomföra åtgärder som underlättar för mindre vårdföretag att kunna ansluta sig till övriga offentligt finansierade system.<sup>138</sup> I promemorian lämnas därför förslag om vissa förtydliganden och tillägg i LOU och LUK.

Ett alternativ hade varit att föreslå liknande ändringar i LOV. I dag är det bara obligatoriskt för regionerna att inrätta ett vårdval för primärvården. Endast ett fåtal regioner har vårdval för fysioterapi och psykiatri. En fysioterapeut kan med nuvarande reglering varken gå in i ett övergripande vårdval inom primärvården som ensam leverantör eller tillsammans med andra fysioterapeuter. En sådan lösning skulle inte uppfylla kraven för ett fullständigt primärvårdsuppdrag. En fysioterapeut är alltså, för anslutning till den offentliga finansieringen, beroende av att det finns en vårdinrättning som är villig att köpa in hans eller hennes tjänster. På samma sätt är det på de flesta håll i landet inte möjligt för en eller flera psykiatriker att gå samman och leverera primärvårdsuppdraget i sin helhet, utan för det krävs även andra kompetenser. Mot bakgrund av vad som anförts ovan skulle en reglering om mindre företags möjligheter att verka inom ramen för LOV på de håll i landet där det saknas vårdval i exempelvis fysioterapi eller psykiatri riskera att bli tandlös i förhållande till dessa professioner.

Visserligen kan regionerna välja att inte upphandla vård, alltså att överhuvudtaget inte använda LOU och därmed även de bestämmelser som föreslås i promemorian. När de väl väljer att upphandla vård kommer de dock behöva följa dessa bestämmelser. Bestämmelserna gäller då för alla mindre vårdgivare (mikroföretag och små företag), oavsett profession. Liknande bestämmelser i LOV skulle inte få någon verkan i de fall där det saknas ett lämpligt vårdval och vissa professioner skulle alltså ställas utanför. För att sådana bestämmelser ska få genomslag för alla mindre vårdföretag behöver de kompletteras med en reglering som gör det obligatoriskt för regionerna

---

<sup>138</sup> Samma bedömning har också gjorts i SOU 2020:19.

att inrätta fler vårdval. Det skulle innebära att vissa regioner fick styra om sina upplägg från ett brett, till flera smala, vårdval, vilket skulle medföra ett betydande intrång i det kommunala självstyret.

I promemorians direktiv ingår att beakta de remissvar som inkom på betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem, där ett av två alternativa förslag gick ut på att införa obligatoriska vårdval inom psykiatri och fysioterapi.<sup>139</sup> Alla regioner var starkt kritiska till detta förslag, då det ansågs innebära ett påtagligt ingrepp i det kommunala självstyret. Som nämnts tidigare krävs för att en bestämmelse ska få genomslag bland annat att berörda aktörer har en vilja att följa bestämmelsen i fråga. Regionernas inställning till fler obligatoriska vårdval behöver därför beaktas.

I sammanhanget kan även en intressant parallell dras till de kommentarer som gjordes i samband med införandet av ökade möjligheter att reservera deltagandet i upphandlingar och valfrihetssystem till ideella organisationer. I LOV gjordes ett undantag för valfrihetssystem inom primärvården efter motioner i riksdagen. Finansutskottet ansåg att möjligheten att reservera rätten att delta i ett valfrihetssystem inom primärvården riskerade att leda till att regioner kunde komma att exkludera redan etablerade och väl fungerande vårdvalsalternativ.<sup>140</sup> Det finns en risk för detta även i fall där regionerna skulle tvingas ändra sina valfrihetssystem till förmån för fler smala vårdval. Det är slutligen också viktigt att framhålla att regionerna redan har en möjlighet att inrätta vårdvalssystem inom andra områden än primärvård, om sådana behov skulle uppstå. Mot bakgrund av vad som anförts ovan görs bedömningen att några ändringar i LOV angående mindre företag inte bör göras, utan att fokus i stället bör läggas på ändringar i 19 kap. LOU och 15 kap. LUK.

### 6.3 Ekonomiska konsekvenser för samhället

Promemorians samlade förslag innebär att regionerna får bättre förutsättningar att planera vården och att tillhandahålla vård i glesbefolkade områden. När LOL och LOF avvecklas kommer resurser

---

<sup>139</sup> SOU 2020:19.

<sup>140</sup> Bet. 2021/22:FiU28, s. 19 f.

frigöras som i stället kan läggas på att optimera övriga offentligt finansierade system. Syftet med de ändringar och tillägg som föreslås i de upphandlingsrättsliga lagarna är att skapa bättre villkor för småföretagande inom vården och därmed också ta tillvara all befintlig kompetens. Tanken är att möjligheten att bedriva vårdföretag i både stor och liten skala kommer att leda till vinster inom kompetensförsörjningsområdet. Fler vårdföretag skapar onekligen fler vårdtillfällen, vilket kan bidra till bättre tillgång till vård såväl som större kontinuitet för patienterna.

De ekonomiska konsekvenserna torde inte förändras i någon nämnvärd utsträckning om vården utförs av ett litet företag i stället för ett större. Det kan dock finnas vissa, främst initiala kostnader, när mindre vårdföretag ges bättre möjligheter att verka i större utsträckning än i dag. Dessa företag kan till exempel behöva hjälp med vissa administrativa uppgifter, digitala system och så vidare, i större utsträckning än stora bolag. Det är möjligt att detta indirekt kommer att leda till en kostnad på samhällsnivå. Promemorians författare är dock av uppfattningen att vinsterna i form av ökad tillgänglighet och kontinuitet överväger eventuella nackdelar i form av kostnader.

Vad gäller statsbidraget till vissa vårdgivare i glest befolkade områden kommer de ekonomiska effekterna på samhällsnivå sannolikt att bli små. Det kommer att handla om få etableringar på avgränsat antal platser. Trots att omfattningen blir begränsad kan förslaget ändå få stor betydelse i de områden där det råder en bristande tillgång till vård. Hälsan och även livskvaliteten för invånare i dessa områden kan förväntas öka om det finns bättre tillgång till vård. Tanken är vidare att utökade möjligheter att få tillgång till vård i glest befolkade områden på sikt kommer att göra dessa områden mer attraktiva att bo och arbeta i. Genom förslaget kommer staten de facto att ta större ansvar för ett jämlikt tillhandahållande av vård över hela landet i enlighet med målsättningen i hälso- och sjukvårdslagstiftningen.



## 6.4 Konsekvenser för regionerna och kommunerna

### 6.4.1 Konsekvenser för det kommunala självstyret

I promemorian föreslås att de upphandlande myndigheterna ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta bedöms inte innebära någon ändring av materiell rätt, utan ett förtydligande. Därmed påverkas inte heller det kommunala självstyret (då huvudmännen redan har en sådan skyldighet).

För att förslaget om skyldigheten att beakta ovannämnda intresse ska få genomslag krävs att myndigheterna arbetar strategiskt med dessa frågor. Riktlinjer på området kan underlätta för myndigheterna i detta arbete.<sup>141</sup> Skyldigheten att ta fram riktlinjer gäller redan för direktupphandlingar, och även inom ramen för dessa kan småföretagens perspektiv beaktas. Krav på ytterligare riktlinjer kommer dock innebära en viss, initial, administrativ börda för de upphandlande myndigheterna. Kravet kommer i viss mån även att påverka regionernas och kommunernas möjligheter att bestämma hur de ska bedriva sin verksamhet. Förslaget om föreskriftsrätt för Konkurrensverket kommer att leda till statlig tillsyn över nya delar av de kommunala och regionala verksamheterna, låt vara att myndigheten redan har tillsyn över alla upphandlingsmyndigheter. En proportionalitetsbedömning behöver därmed ske. Syftet med en sådan bedömning är att säkerställa att den reglering som föreslås inte inskränker den kommunala självstyrelsen i större utsträckning än vad som är nödvändigt med hänsyn tagen till de ändamål som har föranlett den. Kan målet med den tilltänkta regleringen uppnås på ett för det kommunala självbestämmandet mindre ingripande sätt än det som föreslås bör en sådan lösning väljas.

Syftet med de föreslagna bestämmelserna är dels att värna om konkurrensmöjligheterna genom att underlätta för fler företag (även en- och fåmansbolag) att delta i och tilldelas kontrakt i offentliga upphandlingar, dels att, genom att tillvarata all befintlig kompetens på området, skapa förutsättningar för en bättre tillgång till vård i hela landet. Föreskrifter på området konkretiserar lagens krav och borgar för transparens och likvärdighet, två värden av stor relevans inom det aktuella området.

---

<sup>141</sup> Se bland annat de bedömningar som gjorts i fråga om riktlinjer för direktupphandlingar i prop. 2013/14:133.

Som redan nämnts finns vissa verktyg i befintlig lagstiftning som kan användas för att underlätta för mindre företag att delta i offentliga upphandlingar. Dessa verktyg nyttjas dock endast i liten utsträckning. Den huvudsakliga anledningen till det tycks inte vara att reglerna är dåligt kända eller svåra att förstå. Det är därmed inte tillräckligt att enbart förbättra informationen till vårdföretagen och de upphandlande myndigheterna för att uppnå det önskade ändamålet. Sådana insatser görs för övrigt redan av Upphandlingsmyndigheten, utan att det resulterat i fler vårdetableringar över landet.

Inom ramen för denna promemoria föreslås även att ersättningslagarna LOL och LOF ska upphävas. Flertalet av de taxeanslutna vårdgivarna är verksamma i mindre företag. Det ska även efter ersättningslagarnas upphävande vara möjligt för dessa företag att bedriva verksamhet. I sammanhanget är det även viktigt att notera att det nuvarande taxeyesystemet innebär ett mycket större ingrepp i det kommunala självstyret än de lagförslag som läggs fram inom ramen för denna promemoria. Jämfört med ett nollalternativ, respektive ett alternativ där ändringar görs på vårdvalsnivå, bedöms alltså promemorians förslag som mindre ingripande. Detsamma gäller för övrigt i fråga om parternas förslag, vilket också framgår av den respons som regionerna lämnat på det förslaget.

Mot bakgrund av vad som anförts ovan görs bedömningen att vissa mekanismer behövs för att intresset om mindre vårdföretags möjligheter att delta i offentliga upphandlingar ska få genomslag. Nyttan med riktlinjer på det aktuella området väger därför tyngre än ett eventuellt intrång i det kommunala självstyret. Vad gäller frågan om föreskriftsrätt för Konkurrensverket är det främsta argumentet att det rör sig om hälso- och sjukvård – ett område där det råder ett starkt nationellt intresse av likvärdighet, vilket för med sig ett större behov av ett mer detaljerat regelverk. Bedömningen är således att de föreslagna bestämmelserna är proportionerliga och att det saknas mindre ingripande sätt att uppnå de avsedda ändamålen. Det bedöms att promemorians övriga förslag inte har någon påverkan på det kommunala självstyret.

## 6.4.2 Ekonomiska konsekvenser

Det föreslås att de upphandlande myndigheterna ska ta fram riktlinjer för hur intresset om mindre företags deltagande i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster ska beaktas. Vidare föreslås en skyldighet för de upphandlande myndigheterna att dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att verka för att detta intresse beaktas och, i förekommande fall, hur skyldigheten har uppfyllts i upphandlingen. Skyldigheten att beakta mindre vårdföretags möjligheter att delta i offentliga upphandlingar följer redan av gällande rätt. Däremot utgör skyldigheterna att ta fram riktlinjer och att dokumentera hur intresset har beaktats nya åtaganden för upphandlande myndigheter.

När kostnader eller intäkter för kommuner eller regioner påverkas av statlig reglering kan det bli aktuellt att tillämpa den kommunala finansieringsprincipen. Finansieringsprincipen innebär att inga nya obligatoriska uppgifter från staten får införas utan medföljande finansiering till kommuner och regioner. Promemorians förslag kan uppfattas gälla generellt, då de riktar sig till upphandlande myndigheter och enheter. Samtidigt är det i realiteten endast regioner och kommuner som upphandlar hälso- och sjukvårdstjänster. Det bedöms därmed att finansieringsprincipen aktiveras i fråga om skyldigheten att ta fram riktlinjer samt för dokumentationsskyldigheten.<sup>142</sup> Utgångspunkten är därmed att detta ska hanteras genom en höjning av de generella statsbidragen.

I fråga om riktlinjer rör det sig om en initial engångskostnad. Det bör också beaktas att stöd kommer att finnas i form av Konkurrensverkets föreskrifter och vägledning. För regionerna bedöms arbetet med riktlinjerna kräva motsvarande en heltidstjänst under ett års tid. Enligt SKR uppskattas den totala kostnaden till 1 miljon kronor per region. För kommunerna som hanterar en mindre andel hälso- och sjukvård görs bedömningen att det handlar om 25 procent av regionernas kostnad, det vill säga 250 000 kronor.

Vad gäller dokumentationsskyldigheten är det svårare att ange en exakt kostnad, framför allt då vi inte på förhand känner till i hur hög utsträckning som regionerna och kommunerna kommer att använda sig av LOU (eller LUK) för anskaffning av hälso- och sjukvårdstjänster.

---

<sup>142</sup> Denna bedömning har gjorts i samråd med kommunenheten på Finansdepartementet.

I lagrådsremissen En skyldighet att beakta vissa samhällsintressen vid offentlig upphandling föreslogs en skyldighet för upphandlande myndigheter och enheter att vid upphandlingar beakta vissa samhällsintressen.<sup>143</sup> Vidare föreslogs även ett krav på riktlinjer och ett dokumentationskrav. Regeringen bedömde, i fråga om kostnader för administration och kompetensutveckling för upphandlande myndigheter, att dessa kostnader främst kunde uppstå i ett inledande skede och att de sedan skulle rymmas inom befintliga anslag. Bedömningen gjordes bland annat mot bakgrund av att en myndighet skulle ta fram vägledning på området. Vägledning och, dessutom, forskrifter föreslås även i denna promemoria. Det är viktigt att notera att förslagen i ovannämnda lagrådsremiss gällde alla upphandlingar, både direktivstyrda och icke-direktivstyrda. Kostnaderna ansågs ändå rymmas inom befintliga anslag. I jämförelse gäller promemorians förslag endast för icke-direktivstyrda upphandlingar, som per 2022 års statistik stod för 44,5 procent av alla upphandlingar. Tillämpningsområdet avgränsas ytterligare av de aktuella CPV-koderna. Vidare rör det sig om enbart ett i stället för flera samhällsintressen som ska beaktas. Mot denna bakgrund kan hävdas att den administrativa kostnaden i förevarande fall torde bli försumbar.

Även i samband med införandet av kravet på riktlinjer för direktupphandlingar bedömdes att detta, på kort sikt, endast skulle påverka kostnaderna marginellt. Vid införandet av obligatoriskt vårdval i primärvården, som alltså enbart gällde regionerna, gjorde regeringen bedömningen att obligatoriska vårdval inte medförde direkta konsekvenser för regionernas ekonomi. Regionerna ansågs inte ha ålagts ett ansvar att tillhandahålla något mer eller annat än tidigare. En vårdvalsmodell bedömdes således inte öka regionernas kostnader för vården i sig, då det resursutrymme som skulle avsättas till vården även i fortsättningen skulle vara föremål för ett politiskt ställningstagande i varje enskild region.<sup>144</sup> Även i betänkandet God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem konstaterades att ett förslag om införande av fler obligatoriska vårdval endast skulle skapa en initial kostnad för regionerna men inte leda till att finansieringsprincipen aktiverades.

---

<sup>143</sup> Lagrådsremiss En skyldighet att beakta vissa samhällsintressen vid offentlig upphandling, 16 juli 2022.

<sup>144</sup> Prop. 2008/09:74, s. 48.

I sammanhanget bör även noteras att regionerna kommer att bli av med ett åtagande när LOL och LOF upphävs. Kostnaden för administrationen av dessa lagar kommer också att utgå. Även om det är omöjligt att fastställa exakta vinster eller förluster när också andra faktorer, som exempelvis vårdbehov, spelar in pekar mycket på att en betydande frigöring av såväl personella som ekonomiska resurser kommer att äga rum när ersättningslagarna upphävs.

## **6.5 Konsekvenser för staten**

### **6.5.1 Kostnader med anledning av regionernas och kommunernas skyldigheter att ta fram riktlinjer om hur intresset om mindre företags deltagande i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster ska beaktas**

Regionernas och kommunernas kostnad för de nya uppgifterna, såsom den framgår av föregående avsnitt, ska täckas genom en höjning av det generella statsbidraget i UO25. Ett alternativ är att göra en engångsutbetalning utanför UO25.

Många gånger får föreslagna regeländringar genomslag först efter några år och så kan det vara även i det här fallet. Upphävandet av LOL och LOF kommer att få genomslag först när övergångsperioden har löpt ut, låt vara att ambitionen är att så många som möjligt ska välja att lämna systemet innan denna period till förmån för andra anslutningsformer. När övergångsperioden löper ut kommer sannolikt stora personella och ekonomiska resurser att frigöras hos regionerna. De förslag som lämnas i denna promemoria och de kostnader som dessa förslag aktualiserar bör därför ses i ljuset av denna omständighet. Förslagen torde därmed ge de totalt sett lägsta kostnaderna för berörda aktörer och samtidigt i minsta möjliga utsträckning belasta samhällsekonomin och statsfinanserna.

### **6.5.2 Kostnader för att ta fram föreskrifter samt att utöva tillsyn på området**

Det behöver finnas mekanismer för att intresset avseende mindre företags deltagande i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster

de facto ska beaktas. Det bedöms därför att skyldigheten för de upphandlande myndigheterna att ha riktlinjer på området ska vara föremål för tillsyn. För en meningsfull tillsyn är det inte tillräckligt att enbart kontrollera att riktlinjer är på plats utan riktlinjernas innehåll ska också kunna granskas. För att veta vilka krav som ställs måste det finnas ett tydligt regelverk. Olika lösningar för hur detta regelverk kan se ut har övervägts och bedömningen är att den lämpligaste lösningen är att låta en myndighet ta fram föreskrifter på området.

Uppbyggnaden av ett nytt tillsynsområde medför vissa initiala kostnader för Konkurrensverket, bland annat för att ta fram föreskrifter och vägledning, anpassa myndighetens IT-system, införa rutiner och på annat sätt förbereda myndigheten för den nya uppgiften. Efter en preliminär avstämning med Konkurrensverket uppskattas denna kostnad till 1 055 255 kronor. Myndigheten uppskattar vidare att själva tillsynsuppdraget skulle kosta motsvarande en heltidstjänst, det vill säga 1 117 000 kronor per år.

### **6.5.3 Kostnader för förordningen om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse**

En statlig myndighet föreslås få i uppdrag att administrera, pröva, betala ut och följa upp bidraget för vissa vårdgivare i glest befolkade områden. Myndigheten ska också bemyndigas att meddela föreskrifter om beräkningen av bidraget och om verkställigheten av förordningen. I myndighetens uppdrag ska även ingå att ge en samlad ekonomisk redovisning av bidraget av föregående års bidragsbeslut, redovisa bidragets användning och effekter samt ge en prognos för det kommande bidragsåret. Förslaget innebär att regeringen bör ge det här uppdraget till Socialstyrelsen.

Det är svårt att uppskatta hur många vårdgivare som kommer att ansöka om bidraget. Även tidsåtgången för myndighetens handläggning och uppföljning av bidraget är svår att bedöma. Det kan vidare antas att uppbyggnaden av systemet medför vissa initiala kostnader för myndigheten, bland annat för att ta fram föreskrifter, anpassa myndighetens IT-system, införa rutiner och på annat sätt förbereda myndigheten för den nya uppgiften. Dessa kostnader uppskattas till en miljon kronor. Då Socialstyrelsen redan har erfarenhet av att

hantera bidragsfrågor görs bedömningen att den löpande administrationen, uppföljningen av och rapporteringen kring bidraget ska kunna hanteras inom myndighetens ordinarie budget. Det föreslås att förordningen ska utvärderas efter en period om tre år. Om utvärderingen visar att förordningen lett till att fler vårdverksamheter etablerats i glesbygden kan den permanentas. Kostnaden för en sådan utvärdering uppskattas till en miljon kronor.

Kostnaden för själva bidraget, alltså vad som per år kommer att utgå till vårdgivare, är svår att uppskatta. För att få en uppfattning har TLV:s utbetalningar av det så kallade glesbygdssbidraget till apoteken studerats. Prognosen från TLV för 2024 är, i likhet med andra år, 20 miljoner kronor. Det samlade bidraget som betalats ut har dock varit betydligt lägre än vad som prognostiserats (som mest har 12,4 miljoner kronor utbetalts jämfört med prognosen på 20 miljoner). Om de senaste fem åren (2017-2021) beaktas blir medelbeloppet 10,9 miljoner kronor.

Det är svårt att ange en exakt siffra då det på förhand inte går att uttala sig om hur många som kommer att ansöka om och beviljas bidraget. Då antalet berörda sökande sannolikt kommer att vara mindre än vad fallet är för apoteken görs en årlig prognos på 10 miljoner kronor per år under de tre åren som förordningen föreslås att gälla. Kostnaderna föreslås finansieras med medel från utgiftsområde 9, anslag 1:6.

I budgetpropositionen för 2023 konstateras att befolkningens behov av en tillgänglig och nära vård ska tillgodoses oavsett boställningsort och att vården vidare ska präglas av ökad kontinuitet och delaktighet för patienterna. Regeringen föreslår därför 300 miljoner kronor 2023 och beräknar 300 miljoner kronor 2024 respektive 2025 för detta ändamål. Bedömningen är att förordningen kan knytas till det här anslaget.<sup>145</sup> Då förordningen inte kommer att kunna börja tillämpas förrän 2025 föreslås vidare att medel också avsätts för åren 2026 och 2027 motsvarande kostnaden för bidraget. Om bidraget permanentas kommer medel behöva avsättas för detta ändamål.

---

<sup>145</sup> Prop. 2022/23:1 Utgiftsområde 9.

## 6.6 Konsekvenser för en jämlik vård

Vården i dag är inte jämnt fördelad över landet. Framför allt i glest befolkade områden finns det sannolikt vårdbehov som inte möts. Förslaget om ett statsbidrag till vissa vårdgivare i glest befolkade områden skapar ekonomiska incitament för vårdgivare att etablera verksamhet i dessa områden. Som det framgår av promemorians tidigare avsnitt är det dock inte tillräckligt att endast fokusera på ekonomiska incitament. Förslaget om statsbidraget ska därför läsas ihop med promemorias bedömningar om vad som behöver göras för att tillgodose vårdbehovet i glest befolkade områden. Även promemorians förslag om ändringar och tillägg i 19 kap. LOU och 15 kap. LUK möjliggör en mer jämlik vård över hela landet. En viktig slutsats som dras av promemorians författare är att en mångfald av företag inom vården leder till vinster på kompetensförsörjningsområdet genom att all kompetens, inklusive de personer som önskar att bedriva vårdföretag i liten skala, tas tillvara. Genom att fler ges tillfälle att verka inom hälso- och sjukvården ökar också möjligheterna för att fler invånare ska ges tillgång till en god och nära vård inom en rimlig tid.

## 6.7 Konsekvenser för patienter

I promemorian görs bedömningen att en större mångfald av vårdföretag inom hälso- och sjukvården, inklusive fåmansbolag, bidrar till en ökad kompetensförsörjning, genom att all kompetens verkligen tas till vara. Inom de olika vårdprofessionerna finns ett intresse av att verka som privat aktör inom hälso- och sjukvården, men inte nödvändigtvis i stor skala. Inte alla som är intresserade av att driva ett vårdföretag har möjlighet eller intresse att göra det inom ramen för en vårdcentral. Enligt professionsföreträdarna önskar många av deras medlemmar också en större flexibilitet än vad som är möjligt i dag. Ett exempel som lyfts fram är att det saknas tillräckliga möjligheter för mindre vårdgivare att ta emot studenter för handledning eller att ägna sig åt forskning. Promemorians samlade förslag och bedömningar syftar till att förbättra villkoren för de mindre företagen. Genom att göra det lättare att driva vårdföretag och integreras i de offentligt finansierade systemen skapas också fler vårdtillfällen. Detta leder till en bättre upplevelse av vården med ökad



tillgänglighet, kontinuitet och närhet. Dessa faktorer leder i sin tur till bättre medicinska resultat. Promemorians förslag och bedömningar som avser glest befolkade områden torde också bidra till att målet om jämlik vård över hela landet uppfylls i högre grad än vad som är fallet i dag, vilket är av stor betydelse för patienter.

## **6.8 Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens professioner**

När LOL och LOF upphävs kommer de som nu verkar med stöd av dessa lagar behöva söka anställning eller anpassa sin verksamhet för att ha möjlighet att ansluta sig till offentligt finansierad vård på andra sätt. Ett annat alternativ är att erbjuda helt privat finansierad vård. Under 2022 var 572 läkare och 1 321 fysioterapeuter anslutna genom LOL och LOF. Flera av dessa utförare kommer kunna fortsätta bedriva sin verksamhet genom anslutning till LOU och LOV, om verksamheten anpassas till aktuella uppdrag. Promemorians förslag gör det också enklare att som liten aktör delta och tilldelas kontrakt i offentliga upphandlingar.

Risken för att det i samband med ersättningslagarnas upphävande skulle uppstå redundans på arbetsmarknaden avseende vissa specialisttjänster bedöms som liten, då det över lag råder stor brist på medarbetare i hälso- och sjukvården. Många läkare, och i lägre utsträckning, fysioterapeuter verksamma inom LOL och LOF står även inför en stundande ålderspensionering. En naturlig utfasning kommer därmed också att äga rum. När LOL och LOF avvecklas kommer de vårdtillfällen som dessa läkare och fysioterapeuter nu erbjuder försvinna. Regionen kommer därmed behöva täcka upp behovet med nyanställningar eller genom exempelvis upphandling.

Promemorians förslag i fråga om glest befolkade områden kommer skapa ökade incitament för vårdgivare att etablera verksamheter i dessa områden. Förslaget gäller för alla vårdgivare, oavsett profession, det vill säga alla som bedriver hälso- och sjukvård i enlighet med 2 kap. 1 § HSL. Vårdinrättningar i glest befolkade områden är ofta underbemannade. Nya etableringar kommer innebära att fler kan dela på arbetsbelastningen, vilket kan leda till betydande förbättringar av arbetsmiljön.

## 6.9 Konsekvenser för sysselsättningen

Hälso- och sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet dras i dag med en omfattande kompetensförsörjningsproblematik. Promemorians samlade förslag leder till att befintliga kompetenser bättre kan tas tillvara. De bedömningar som görs i fråga om för kompetensförsörjningen centrala områden, som fortbildning och möjligheter till forskning för vårdens medarbetare, leder till en ökad attraktivitet hos aktuella verksamheter och därmed även ökade möjligheter att attrahera och behålla arbetskraft. Förbättringar i arbetsmiljön kan också leda till att fler väljer att arbeta på heltid, det vill säga till en ökad sysselsättningsgrad.

De samlade förslagen har även potential att leda till en större flexibilitet på arbetsmarknaden. Förslaget om statsbidraget kan till exempel underlätta för vårdgivare att kombinera verksamheten med en anställning (fysisk eller digital), forskning och andra uppdrag. I dag hindrar heltidskravet i LOL och LOF oftast den här typen av lösningar. Flexibiliteten kan vara särskilt viktig i glest befolkade områden, där ett svagare patientunderlag medför att vårdgivaren behöver dryga ut kassan med exempelvis arbete på distans eller en halvtidstjänst i kommunens eller regionens verksamhet. Förslaget skulle också öka utbudet av arbetskraft för kommunala och regionala verksamheter. Flexibla tjänstgöringsformer kan också få positiva synergieffekter för samverkan mellan olika vårdgivare, inte minst mellan de offentliga och privata aktörerna. De samlade förslagen kan på sikt också leda till ökad attraktivitet för att verka och bo i glest befolkade områden, vilket torde ha positiva effekter på sysselsättningen.

## 6.10 Konsekvenser för företagen

Olika företag kommer att påverkas av promemorians samlade förslag på olika sätt. Förslaget om avvecklingen av LOL och LOF kommer givetvis påverka de vårdgivare som i dag bedriver verksamhet med stöd av dessa lagar. När lagarna upphävs kommer möjligheten för enskilda som verkar på taxan att sälja sin etablering, så kallad ersättningsetablering, försvinna. Däremot kommer det fortsatt vara möjligt att, i förekommande fall, sälja lokaler, utrustning och vissa immateriella värden. Ett upphävande kommer dock inne-

bära en viss inskränkning i näringsfriheten, då möjligheterna att välja finansieringsform begränsas. Samtidigt är inskränkningen gjord för att uppnå viktiga samhällsintressen och bedöms som proportionerlig.

Ersättningslagarnas förenlighet med EU-rätten har genom åren ifrågasatts av olika aktörer. Ett avskaffande av systemet skulle troligen leda till ett mer rättvist företagande med konkurrens på lika villkor. LOL och LOF kritiserar även av andra anledningar än bristande förenlighet med EU-rätten och kritiken kommer såväl från huvudmännen som de taxanslutna utförarna.<sup>146</sup> Ett förslag om upphävande torde därmed ha brett stöd och får också anses vara påkallat från allmän synpunkt. Samtidigt syftar promemorians övriga förslag till att taxanslutna utförare men även andra mindre, redan verk samma och potentiella, vårdgivare ska kunna integreras i den offentligt finansierade primärvården och övrig öppen vård.

Även om det inte kan antas att alla aktörer som i dag är verk samma inom ramen för LOL och LOF kommer att använda sig av de möjligheter som promemorians förslag kommer att skapa, leder de föreslagna reglerna ändå till att förutsättningarna för egenföretagande i liten skala behålls. Förslagen har utformats med mindre företag (det vill säga mikroföretag och små företag) i åtanke. Syftet med förslagen är att de ska underlätta för dessa företags deltagande i offentliga upphandlingar och även förbättra företagens möjligheter att tilldelas och utföra offentliga kontrakt. I dag ställs i offentliga upphandlingar ofta mycket höga krav i fråga om allt från företagens ekonomiska kapacitet till antal anställda och uppdragets omfattning. Dessa krav medför att det främst är stora företag som tilldelas kontrakt. Promemorians förslag möjliggör småföretagande inom vården genom att ta hänsyn till mindre företags förutsättningar att anslutas till offentligt finansierade system genom LOU. Samtidigt påverkar inte förslagen stora företag på ett negativt sätt, då även dessa har möjlighet att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster. Det handlar således om att utjämna spelplanen och inte att gynna mindre företag på bekostnad av andra. Det finns för övrigt i praktiken inte en konkurrenssituation, då stora vårdföretag som i dag är anslutna genom LOV och, i viss mån, LOU uppfyller andra behov. Som exempel kan nämnas att det kan vara aktuellt att tilldela ett kontrakt avseende en viss specialitet, som gynekologi, till ett

---

<sup>146</sup> En utförlig beskrivning av kritiken finns i avsnitt 4.3 i promemorian.

mindre företag, samtidigt som ett större företag kan framstå som en lämpligare leverantör när driften av ett helt sjukhus upphandlas. Kontraktsföremålets betydelse och de grundläggande EU-rättsliga principerna kommer att säkerställa att den föreslagna regleringen inte leder till att större företag missgynnas.

Då det inte föreslås någon ny anslutningsform i form av en ny lag med inslag av statlig finansiering kommer det inte heller uppstå någon konkurrensproblematik för de företag som redan verkar genom LOU och LOV. Det skulle annars kunna bli fallet om regionerna med anledning av statlig medfinansiering skulle känna sig lockade att använda en ny anslutningsform på bekostnad av övriga system och om den nya formen, som till exempel i SKR:s, SLF:s och Fysioterapeuternas förslag, endast var öppen för vissa företag.

Förslaget om ett statsbidrag till vissa vårdgivare i glest befolkade områden vänder sig endast till privata utförare. Syftet är att öka antalet vårdetableringar på landsbygden och därmed säkerställa jämlik tillgång till vård. Införandet av denna finansieringsform möjliggör ett ökat företagande inom vården i glest befolkade områden. Stödet kommer knytas till aktuella vårdmottagningar, varför såväl stora som mindre företag kommer att kunna ansöka om det. Som beskrivits i föregående avsnitt i promemorian finns det i dag en vilja att arbeta och etablera sig utanför storstadsområdena, samtidigt som förutsättningarna för detta dessvärre ofta saknas. Statsbidraget syftar, tillsammans med promemorians bedömningar, till att skapa dessa förutsättningar. De etableringar som kommer att kunna drivas vidare eller uppstå med anledning av bidraget kommer i sin tur få positiva synergieffekter på företagandet i glest befolkade områden och därmed höja dessa områdens attraktivitet och förmåga att locka och behålla invånare och medarbetare.

## 6.11 Konsekvenser för EU-rätten

Vid utformningen av förslagen i LOU och LUK samt förordningen om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdstjänster av allmänt ekonomiskt intresse har tillämplig EU-lagstiftning beaktats. Förslagen bedöms förenliga med EU-rätten. En utförlig analys av förordningen i ljuset av EU-rätten återfinns i

avsnitt 5.2.3 i denna promemoria. I det följande redogörs för de upphandlingsrättsliga förslagets förenlighet med EU-rätten.

### **6.11.1 Förhållandet till LOU-direktivet och LUK-direktivet**

LOU-direktivet och LUK-direktivet anger ramarna för hur regioner och andra upphandlande myndigheter kan gå till väga när de vill anskaffa varor eller tjänster. Direktiven har implementerats i svensk rätt genom LOU och LUK. Hälso- och sjukvårdstjänster är sådana tjänster som faller in under kap. 19 respektive kap. 15 i dessa direktiv. De redovisas med CPV-koder i bilagor till respektive lag. Som beskrivits faller hälso- och sjukvårdstjänster utanför det direktivstyrda området och endast ett fåtal regler i direktiven samt de grundläggande EU-rättsliga principerna, gäller för dessa tjänster. Medlemsländerna har därmed fått relativt stora friheter att utforma anskaffningen av dessa tjänster efter eget skön. De tillägg och ändringar som föreslås i kap. 19 i LOU och 15 kap. LUK anses förenliga med EU-rätten på följande grunder. Bestämmelsen om att upphandlande myndigheter ska beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster utgör ett förtydligande av gällande rätt. Det finns vidare ingenting som hindrar att medlemsländerna beslutar om riktlinjer för hur vissa intressen ska beaktas, såsom har skett för direktupphandlingar. Riktlinjer kan ses som en mekanism för att säkerställa att intresset de facto beaktas. Då en överprövning inte kan ske med anledning av att en upphandlande myndighet saknar riktlinjer borde det finnas andra sätt att kontrollera att myndigheterna uppfyller aktuella krav. Därför föreslås också att Konkurrensverket, som redan utövar tillsyn över de upphandlingsrättsliga lagarna, ska kunna utöva tillsyn på området och vid behov förelägga upphandlande myndigheter att besluta om riktlinjer. Lagförslagen påverkar inte samhandeln och snedvrider inte konkurrensen. Tvärtom leder de till att fler privata utförare kan få en reell chans att delta i och tilldelas kontrakt i offentliga upphandlingar, vilket torde ha positiva effekter på konkurrensen.

Det föreslås även att Konkurrensverket ska ha rätt att utfärda föreskrifter om vad som krävs för att uppfylla skyldigheten att ha riktlinjer på området. Det kan diskuteras om föreskrifter verkligen

behövs, i synnerhet som det finns en risk att dessa kan bidra till att göra ett regelverk som av många redan uppfattas som svåröverskådligt än mer komplicerat. En av intentionerna med exempelvis LOU-direktivet är att skapa effektiva processer som leder till ett klokt användande av statens resurser. Promemorians författare är dock av uppfattningen att nyttan med föreskrifterna kommer att uppväga eventuella effektivitetsförluster. För det första är det viktigt att de upphandlande myndigheterna förstår hur skyldigheten om riktlinjerna i fråga ska tolkas. Baserat på de samtal som förts med huvudmännen inom ramen för detta arbete dras slutsatsen att det inte alltid är klart för de upphandlande myndigheterna och mindre leverantörer vilka möjligheter som finns i gällande rätt för att underlätta mindre företags deltagande i upphandlingar. Det verkar ibland finnas en påtaglig rädsla för att göra fel och bryta mot lagen, vilket leder till att man inte till fullo utforskar och går vidare med vissa initiativ. Som ett exempel kan nämnas möjligheten att som flera leverantörer tillsammans ta sig an ett offentligt kontrakt, utan att först behöva bilda ett gemensamt bolag. Promemorians bedömning är att det finns ett värde i att, i föreskriftsform, ange ramarna för vad som krävs och vad som är tillåtet. Föreskrifterna kommer även att åtföljas av vägledningsunderlag och informationsinsatser, där frågor som avtalens längd, tilldelningskriterier och annat som kan ha relevans för småskaligt företagande inom hälso- och sjukvården kan beröras. Flera av de huvudmän som promemorians författare har varit i kontakt med uppger att vägledning speciellt framtagen för hälso- och sjukvårdssektorn saknas och det skulle underlätta om det fanns. För det andra, finns det på hälso- och sjukvårdsområdet ett starkt nationellt intresse av likvärdighet. Även denna omständighet talar för ett mer detaljerat regelverk.

Som redan nämnts finns ett stort utrymme för medlemsstaterna att utforma anskaffningen av hälso- och sjukvårdstjänster på det sätt som de finner lämpligt. Detta hänger ihop med att medlemsstaterna inte har överlåtit kompetens till EU på detta område. Samtidigt har vissa EU-rättsliga principer och rättigheter en överordnad betydelse, vilket gör det svårt att dra skarpa gränser – även när det rör sig om allmännyttiga tjänster. Bedömningen är dock att de förslag som görs i promemorian utgör mekanismer för att upprätthålla ett redan gällande intresse, det vill säga att underlätta för mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar. Förslagen strider inte heller

mot de grundläggande EU-rättsliga principerna. De hotar inte att snedvrída konkurrensen på marknaden eller att påverka samhandeln utan kan, tvärtom, bidra till en förbättrad konkurrens på området. Förslagen anses därmed förenliga med EU-rätten.

## 6.12 Konsekvenser för integritetsskyddet

Då promemorians förslag avseende statsbidrag till vissa vårdgivare i glest befolkade områden innebär att personuppgifter kommer behandlas behöver en integritetsanalys genomföras. Socialstyrelsen kommer behöva behandla personuppgifter för att kunna administrera, betala ut och följa upp användningen av stödet samt för att uppfylla EU:s regler om statsstöd. Följande integritetsanalys har utförts med stöd av Integritetsskyddsmyndighetens, nedan förkortad IMY, vägledning på området.<sup>147</sup>

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG, förkortad dataskyddsförordningen, är tillämplig när personuppgifter behandlas. Som personuppgift räknas varje upplysning som avser en identifierad eller identifierbar fysisk person som är i livet. Avgörande är om den personuppgiftsansvarige eller någon annan kan knyta den aktuella uppgiften, ensamt eller i kombination med andra uppgifter, till en individ – den registrerade. Socialstyrelsen kommer att behandla uppgifter om bland annat enskilda affärs- och driftsförhållanden, namn, kontaktuppgifter och personnummer. Den sistnämnda uppgiften utgör en så kallad skyddsvärd uppgift. Personnummer kommer exempelvis behövas i de fall där vårdgivaren saknar ett organisationsnummer. Det bedöms dock att några känsliga personuppgifter inte kommer att behandlas.

Behandling av skyddsvärda uppgifter, som personnummer, anses, medföra integritetsrisker. Att personuppgifter omfattas av sekretess eller tystnadsplikt som syftar till att skydda enskildas personliga eller ekonomiska förhållanden talar, enligt IMY, också för att det finns

---

<sup>147</sup> ”Vägledning för integritetsanalys i lagstiftningsarbete”, IMY, diarienummer: IMY-2022-10835.

särskilda integritetsrisker. Samtidigt medför sekretessen att det finns ett skydd för uppgifterna.

För att bedöma integritetsriskerna måste uppgifternas karaktär bedömas tillsammans med andra faktorer, till exempel i vilket sammanhang som uppgifterna behandlas, för vilket ändamål och vilka som kan få åtkomst till uppgifterna. Antalet personer som omfattas av personuppgiftsbehandlingen är en av de faktorer som påverkar bedömningen av integritetsriskerna. Det är svårt att på förhand avgöra hur många vårdgivare som kommer ansöka om bidraget, men mycket talar för att det, åtminstone till en början, kommer att bli fråga om ett begränsat antal personer. Det kommer vidare röra sig om ett fåtal uppgifter, som gäller de registrerades yrkesliv. Vanligtvis anses integritetsrisken vara lägre när det rör sig om uppgifter som gäller yrkesliv och inte den registrerade som privatperson. De registrerade kommer också att ha ett stort inflytande över behandlingarna, då dessa kommer att ske på deras initiativ när de ansöker om bidraget. Personuppgiftsbehandling som sker på den registrerades initiativ efter att denne har fått information om behandlingen innebär, enligt IMY, normalt ett mindre integritetsintrång.

En grundläggande princip är att personuppgifter endast får samlas in för särskilda, uttryckligt angivna och berättigade ändamål och att de inte senare får behandlas på ett sätt som är oförenligt med dessa ändamål. I registerförfattningar, det vill säga författningar som innehåller särskild reglering om framför allt myndigheters personuppgiftsbehandling, finns det ofta en reglering av tillåtna ändamål för behandlingen av personuppgifter. För de behandlingar som kommer att aktualiseras i fråga om stödordningen finns bestämmelser om registerföring i 12 a § lagen (2013:388) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler och i förordningen (2016:605) om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler. Varken syftet med eller effekten av de aktuella behandlingarna kommer innebära någon kartläggning eller övervakning av den enskilde. Spridningsrisken bedöms, vidare, som liten, då uppgifterna om enskild affärs- och driftsförhållanden kommer att omfattas av sekretess.

När ett förslag medför en ny eller utökad behandling av personuppgifter bör det kartläggas vilka av de villkor för laglighet som anges i artikel 6.1 i dataskyddsförordningen som kan utgöra stöd för



behandlingen. Socialstyrelsen kommer behandla uppgifterna för att uppfylla en rättslig förpliktelse enligt EU-rätten samt för att kunna utföra sitt uppdrag enligt stödordningen (allmänt intresse). När det gäller rättslig förpliktelse (artikel 6.1 c) och uppgift av allmänt intresse och myndighetsutövning (artikel 6.1 e) krävs kompletterande reglering i unionsrätten eller nationell rätt enligt artikel 6.3 i dataskyddsförordningen.

Det bedöms att det finns stöd för ovanbeskriva behandlingar i befintlig dataskyddsreglering, den föreslagna regleringen samt lagen om tillämpning av Europeiska unionens statsstödsregler med tillhörande förordning. En nödvändighets- och proportionalitetsanalys av förslagen visar att det finns ett behov av att personuppgifter behandlas och att de registrerade dessutom har ett intresse av att så sker. För att bidrag ska kunna betalas ut måste det ske i enlighet med EU:s regler om statsstöd. De personuppgifter som kommer att behandlas och de behandlingar som kommer att ske är nödvändiga för att uppfylla dessa krav och, i förlängningen, för att bidrag ska kunna betalas ut. Intrånget i de registrerades integritet bedöms som litet, dels för att det rör sig om relativt få uppgifter, en mindre personkrets samt en behandling som sker på initiativ av de registrerade, dels för att skyddsåtgärder finns i form av bland annat sekretessbestämmelser. Personuppgiftsbehandlingen, eller snarare behovet därav, står därmed i rimlig proportion till intrånget i den personliga integriteten. Det bedöms att det saknas alternativa sätt att uppnå ändamålet som innebär mindre integritetsrisker. Kraven i artikel 6.3. i dataskyddsförordningen är därmed uppfyllda.

### **6.13 Övriga konsekvenser**

Promemorians författare bedömer att förslagen inte har några konsekvenser för miljön, för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen eller för det brottsförebyggande arbetet.



## 7 Ikraftträdande

**Promemorians förslag:** Ändringarna i LOU och LUK samt i upphandlingsförordningen föreslås träda i kraft den 1 maj 2025.

Äldre bestämmelser ska fortfarande gälla för upphandlingar som påbörjats före författningsändringarnas ikraftträdande.

Förordningen om statsbidrag till vissa vårdgivare som utför hälso- och sjukvårdsverksamhet av allmänt ekonomiskt intresse föreslås träda i kraft den 1 april 2025.

Ändringen i bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) föreslås träda i kraft den 1 januari 2025.

**Skälen för promemorians förslag:** Tidpunkten för införandet av de nya bestämmelserna i LOU och LUK behöver inte sammanfalla med upphävandet av LOL och LOF eller med att dessa lagar ska sluta tillämpas för de aktörer som i dag verkar inom deras ramar, dvs. vid utgången av övergångsperioden. Tvärtom är det av stor vikt att skapa goda förutsättningar för småskaligt företagande så fort som möjligt och på så sätt förmå taxeanslutna vårdgivare att redan under övergångsperioden ansluta sig till andra former av offentlig finansiering, som LOU. Samtidigt ska regionerna ges tillräckligt med tid för att förbereda sig på denna omställning och för att ta fram riktlinjer på området. Även Konkurrensverket ska ges tid för att ta fram föreskrifter och i övrigt förbereda sig på det nya tillsynsuppdraget. Föreskrifterna kommer även behöva åtföljas av en vägledning och vissa informationsinsatser, vilket också kräver tid. Med hänsyn härtill föreslås att ovanstående författningsförslag ska träda i kraft den 1 maj 2025.

Det bedöms vidare att det inte krävs några särskilda övergångsbestämmelser. Däremot behöver det tydliggöras vad som ska gälla för upphandlingar som redan påbörjats när ändringarna träder i

kraft. Syftet med förslagen är att så många taxeanslutna vårdgivare som möjligt, redan under den övergångsperiod som LOL och LOF kommer att gälla, ska välja att avveckla sina verksamheter till förmån för anslutning via LOU. Samtidigt kan det inte krävas att de upphandlande myndigheterna ska ha riktlinjer på plats redan innan de aktuella bestämmelsernas ikraftträdande, låt vara att Konkurrensverket ska meddela föreskrifter och bistå med vägledning på området i god tid före ikraftträdandet. Det kommer inte heller vara möjligt för tillsynsmyndigheten att förelägga en upphandlande myndighet att besluta om sådana riktlinjer innan de aktuella lagförslagen trätt i kraft. Det är därmed rimligt att upphandlingar som påbörjats före ikraftträdandet inte ska omfattas av de nya bestämmelserna.

I fråga om statsbidraget till vissa vårdgivare kommer Socialstyrelsen eller den myndighet som regeringen bestämmer behöva tid för att ta fram föreskrifter som ska komplettera förordningen samt i övrigt förbereda sig på det nya uppdraget. Det föreslås därmed att förordningen ska träda i kraft den 1 april 2025. Socialstyrelsen kan dock komma att handlägga vissa uppgifter rörande enskildas affärs- och driftförhållanden före stödordningens ikraftträdande. Ändringen i bilagan till offentlighets- och sekretessförordningen om sekretessbestämmelser för dessa uppgifter föreslås därmed träda i kraft den 1 januari 2025.

## 8 Författningskommentar

### Förslaget till lag om ändring i lagen (2016:1145) om offentlig upphandling<sup>148</sup>

#### 19 kap.

*3 a § En upphandlande myndighet ska beakta mindre företags möjligheter att delta i en upphandling av tjänster som avses i bilaga 2 och som omfattar CPV-koderna från 85000000-9 till 85323000-9.*

*Myndigheten ska besluta om riktlinjer för hur detta intresse ska beaktas.*

Paragrafen är ny. *Första stycket* anger att upphandlande myndigheter har en skyldighet att beakta mindre företags möjligheter att delta i upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster. Detta utgör ett förtydligande av gällande rätt. Med mindre företag avses mikroföretag och småföretag i EU-kommissionens mening. Det innebär att företag med upp till färre än 50 anställda och en årsomsättning eller balansomslutning som inte överstiger tio miljoner euro kommer att omfattas av definitionen. De tjänster som kan komma i fråga avser hälso- och sjukvård och avgränsas med hjälp av aktuella CPV-koder. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

*Andra stycket* slår fast upphandlande myndigheters skyldighet att besluta om riktlinjer för hur intresset i första stycket ska beaktas. Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

*3 b § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om riktlinjerna i 3 a §.*

Paragrafen är ny och saknar motsvarighet i gällande rätt. Den innehåller en möjlighet för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela föreskrifter om vad kravet på upp-

---

<sup>148</sup> Dessa kommentarer gäller även i fråga om motsvarande ändringar i lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner.

handlande myndigheter i fråga om riktlinjer för intresset att beakta mindre företags deltagande i offentliga upphandlingar av hälso- och sjukvårdstjänster innebär. Syftet med föreskriftsrätten är att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ska kunna materiellt fylla ut och förtydliga lagstiftningen. Promemorians förslag är att regeringen i upphandlingsförordningen (2016:1162) bemyndigar Konkurrensverket att meddela dessa föreskrifter, se författningsförslaget i avsnitt 2.5. Promemorians förslag utvecklas i avsnitt 5.1.

**22 §** En upphandlande myndighet ska dokumentera genomförandet av en upphandling. Dokumentationen ska vara tillräcklig för att myndigheten ska kunna motivera sina beslut under upphandlingens samtliga skeden.

*Myndigheten ska för varje upphandling även dokumentera sina överväganden i fråga om skyldigheten att beakta intresset enligt 3 a § och, i förekommande fall, hur skyldigheten har fullgjorts i upphandlingen.*

Vid upphandling av en tjänst av sådant slag som anges i bilaga 2 ska en upphandlande myndighet dokumentera upphandlingen med tillämpning av 12 kap. 15 och 16 §§ om individuella rapporter.

Skyldigheten att dokumentera ska fullgöras senast 30 dagar efter att myndigheten har ingått avtal eller fattat beslut om att avbryta upphandlingen.

*Andra stycket är nytt och saknar motsvarighet i gällande rätt. Det innebär att myndigheten för varje upphandling ska dokumentera hur intresset i 3 a § har beaktats och, i förekommande fall, fullgjorts. Den upphandlande myndigheten kan till exempel dokumentera hur marknaden, utbudet av lämpliga leverantörer, kontraktsföremålet och så vidare har påverkat myndighetens bedömning. Promemorians överväganden finns i avsnitt 5.1.*

## **21 kap.**

**1 §** Den myndighet som regeringen bestämmer ska utöva tillsyn över att denna lag och de föreskrifter som meddelats med stöd av 19 kap. 3 b § följs.

Paragrafens lydelse har ändrats. Ändringen ger utökade tillsynsmöjligheter för Konkurrensverket.

**4 §** Tillsynsmyndigheten får förelägga en upphandlande myndighet eller den som tillsynsmyndigheten bedömer vara en upphandlande myndighet att besluta om riktlinjer för direktupphandling enligt 19 a kap. 15 § samt om

*hur intresset om mindre företags deltagande i upphandlingar av vissa tjänster enligt 19 kap. 3 a § ska beaktas.*

Ett sådant föreläggande får förenas med vite.

*Tillsynsmyndigheten får även förelägga en upphandlande myndighet som inte fullgör sina skyldigheter enligt de föreskrifter som meddelats med stöd av 19 kap. 3 b § att fullgöra dem.*

Ändringarna ger tillsynsmyndigheten rätt att förelägga en upphandlande myndighet att besluta om riktlinjer enligt 19 kap. 3 a § samt att fullgöra de skyldigheter som följer av de föreskrifter som meddelats med stöd av 19 kap. 3 b §. Promemorians överväganden finns i avsnitt 5.1.





# Referenser

## Lagar

Regeringsformen (1974:151)

Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning

Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

Lagen (2008:962) om valfrihetssystem

Patientsäkerhetslagen (2010:659)

Patientlagen (2014:821)

Lagen (2016:1145) om offentlig upphandling

Lagen (2016:1147) om upphandling av koncessioner

Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Kommunallagen (2017:725)

## Förordningar

Förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi

Förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning

Offentlighets- och sekretessförordningen (2009:642)

Förordningen (2013:80) om bidrag till öppenvårdsapoteksservice av allmänt ekonomiskt intresse

Förordningen (2015:527) med instruktion för Upphandlingsmyndigheten

Upphandlingsförordningen (2016:1162)

## **Europarådet**

Den europeiska konventionen av den 4 november 1950 angående skydd för de mänskliga rättigheterna och de grundläggande friheterna

## **Europeiska unionen**

Fördraget om Europeiska unionens funktionssätt

Europeiska unionens stadga om de grundläggande rättigheterna

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning)

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/23/EU av den 26 februari 2014 om tilldelning av koncessioner

Europaparlamentets och rådets direktiv 2014/24/EU av den 26 februari 2014 om offentlig upphandling och om upphävande av direktiv 2004/18/EG

EU-kommissionens förordning (EU) nr 360/2012 av den 25 april 2012 om tillämpningen av artiklarna 107 och 108 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på stöd av mindre betydelse som beviljas företag som tillhandahåller tjänster av allmänt ekonomiskt intresse

EU-kommissionens beslut av den 20 december 2011 om tillämpningen av artikel 106.2 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt på statligt stöd i form av ersättning för allmännyttiga tjänster som beviljas vissa företag som fått i uppdrag att tillhandahålla tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (2012/21/EU)

EU-kommissionens rekommendation av den 6 maj 2003 om definitionen av mikroföretag samt små och medelstora företag (2003/361/EG)

EU-kommissionens tillkännagivande om begreppet statligt stöd som avses i artikel 107.1 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt, (2016/ 261/01)

Commission Decision in case N 543/2001 – Ireland – Capital allowances for hospitals, OJ C 154, 28.6.2002, p. 4  
[http://ec.europa.eu/competition/elojade/isef/case\\_details.cfm?proc\\_code=3\\_N543\\_2001](http://ec.europa.eu/competition/elojade/isef/case_details.cfm?proc_code=3_N543_2001)

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=LEGISSUM%3An26026>

## Offentligt tryck

Prop. 1981/82:97

Prop. 2008/09:29

Prop. 2008/09:64

Prop. 2008/09:74

Prop. 2009/10:80

Prop. 2013/14:133

Prop. 2015/16:195

Prop. 2016/17:43

Prop. 2020/21:60

Prop. 2021/22:5

Prop. 2021/22:120

Prop. 2021/22:135

Prop. 2022/23:1

SOU 2018:39

SOU 2018:55

SOU 2019:42

SOU 2020:19

SOU 2020:79

Ds 2018:31

Ds 2022:5

Bet. 2021/22:FiU28

Lagrådsremiss, En skyldighet att beakta vissa samhällsintressen vid offentlig upphandling, 16 juli 2022

### Övrigt från regeringen

<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2023/03/regeringen-ser-over-den-nationella-upphandlingsstrategin/>

**Praxis, mm.***Europadomstolen*

Europadomstolen, Guide on Article 1 of Protocol No. 1 to the European Convention on Human Rights, Protection of Property, uppdaterad den 31 december 2021

*Högsta förvaltningsdomstolen*

HFD 2016 ref. 49

HFD 2018 ref. 41

HFD 2018 ref. 60

HFD 2020 ref. 15

*EU-domstolen*

Dom av den 2 juli 1974 i mål nr 173/73, Italienska republiken mot EU-kommissionen

Dom av den 21 december 2016 i mål nr C-202/15, AGET Iraklis

Dom av den 5 april 2017 i mål nr C-298/15, Borta

Dom av den 12 september 2000 i mål nr C-184/98, Pavlov m.fl.

Dom av den 23 juli 2003 i mål nr C-280/00, Altmark Trans och Regierungspräsidium Magdeburg mot Nahverkehrsgesellschaft Altmark

Dom av den 14 juli 2022 i mål nr C-436-20, Asociación Estatal de Entidades de Servicios de Atención a Domicilio (ASADE) mot Consejería de Igualdad y Políticas Inclusivas

## Övrigt

”Partsgemensamt förslag om nationellt system för småskalig hälso- och sjukvårdsverksamhet”, SKR, SLF och Fysioterapeuterna

## Litteratur, rapporter, mm.

Anell A, ”Vården är värd en bättre styrning”, Forskningsrapport, SNS, 2020

Ek Ch et al, ”Patients’ Experiences of Re-visiting Specialist Doctors via Remote Treatment: A Qualitative Study”. Texten lämnades in till JMIR *Human Factors* den 30 september 2022 och revidering efter kommentarer pågår. En ”preprint” går dock att läsa här: <https://preprints.jmir.org/preprint/43125>

“Analysis of the SMEs’ Participation in Public Procurement and the Measures to Support it “– 697/PP/GRO/IMA/18/1131/10226, Final Report, European Commission, 2019

Eurostat, Population density, 2019

Hedman M et al, “Clinical Profile of Rural Community Hospital Inpatients in Sweden – A Register Study”, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, vol. 39, 2021

Henriksson L, ”Rättsutredning av TLV:s uppdrag att följa upp och utvärdera statsbidrag till apotek i glesbygden”, Dnr 1971/2015, 2015

Hettne J, Nyberg L, ”EU:s statsstödspolitik och det kommunala självstyret”, *Statsvetenskaplig tidskrift*, årgång 120, 2018

International Health Policy Survey (IHP), ”Vården ur primärvårds-läkarnas perspektiv”, 2022

Johansson G et al, ”Arbetsmiljön i primärvården – Intervjuer med läkare och sjuksköterskor”, Centrum för arbets- och miljömedicin, Stockholm, 2019

Jutterdal S, ”Patientsäkerheten äventyras av pressad primärvård”, Göteborgs-Posten, 22 oktober 2019

Konkurrensverket, ”Uppföljning av vårdval i primärvården. Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar”, Rapport 2010:3

Konkurrensverket, ”Competition and Litigation in Swedish Public Procurement”, Uppdragsforskningsrapport 2020:1

Kumar S, Clancy B, “Retention of Physicians and Surgeons in Rural Areas – What Works?”, *Journal of Public Health*, 2020

Kristdemokraterna, Liberalerna och Moderaterna, Region Sörmland, ”Patienten i centrum – inte väntrum. Ett löfte om framtidens hälso- och sjukvård”, Budget för 2019 med plan för 2020-2021

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Långt bort men nära”, Rapport 2021:11

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, ”Ordnat för omställning? Rapport 2023:2

Nationella vårdkompetensrådet, ”Pandemin och kompetensförsörjningen, del 2. Rekommendationer och bedömningar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning”, 2022

Nordregio, “In-depth Accessibility Study, Annex to Digital Health Care and Social Care – Regional development impacts in the Nordic countries, Nordregio Report 2020:16

Näverlo S et al, ”Patient Perceptions of a Virtual Health Room Installation in Rural Sweden”, *Rural and Remote Health*, 16:3823, 2016

Ojalvo D, ”Etisk stress får inte göra läkare sjuka”, Läkartidningen, 2022-06-07

Pedersen K, Olsson E, ”De viktigaste nyheterna i de nya upphandlingslagarna”, Ny Juridik, 1:17, 2016

Saco, ”Lönar sig högre utbildning?”, Livslönerapport 2020

Sveriges Kommuner och Regioner, ”PM Läkartillgång i primärvården”, 2022

Sveriges Kommuner och Regioner, ”Ekonomirapporten december 2022. Om kommunernas och regionernas ekonomi”

Sveriges Kommuner och Regioner, ”Fortsatt ökade kostnader för hyrpersonal i vården”, 2022,

<https://skr.se/skr/tjanster/pressrum/nyheter/nyhetsarkiv/fortsattokadekostnaderforhyrpersonalivarden.66941.html>

Sveriges Kommuner och Regioner, ”Privata läkare och fysioterapeuter i öppen vård som verkar enligt lag om läkarvårdsersättning respektive lag om ersättning för fysioterapi 2022”, <https://skr.se/download/18.3ecbf48018722d640067a9bd/1680701426098/Privata-lakare-och-fysioterapeuter-som-verkar-enligt%20lag-om-ersattning-2022.pdf>

Socialstyrelsen, ”Uppdrag om läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapi”, Socialstyrelsen, 2018

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, ”Kompetensförsörjning inom primärvården”, delredovisning, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården S2021/06575

Socialstyrelsen, ”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”, 2021, Artikelnummer 2021-5-7364

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet, ”Kompetensförsörjning inom primärvården”, slutrapport, Uppdrag om kompetensförsörjning inom primärvården, S2021/06575



Statskontoret, "Offentlig direktupphandling. En utvärdering av 2014 års regeländringar", 2022:6

Sveriges läkarförbund, "Fortbildningsenkät 2020. Fortbildning hos Sveriges läkarförbunds medlemmar"

Sveriges läkarförbund, "Arbetsmiljö. Delrapport 5: Primärvårdsenkäten", december 2021

Sveriges läkarförbund och Sveriges Yngre Läkares Förening, "Forskande läkares villkor", 2022

Strasser R, Neusy A-J, *Bulletin of the World Health Organization*, 2010 1 Oct: 88(10)

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, "Glesbygdsbidrag", <https://www.tlv.se/apotek/glesbygdsbidrag.html>

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, "Redovisning av uppdrag att följa upp och utvärdera statsbidrag till apotek i glesbygd", Regeringsuppdrag (S2013/9047/SAM), 2015

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, "Redovisning av uppdrag att se över förordning om bidrag till öppenvårdsapoteksservice – med förslag till ändringar av gräns för försäljning av receptförskrivna läkemedel och krav på öppethållande", Regeringsuppdrag (S2020/04362/FS), 2020

Upphandlingsmyndigheten och Konkurrensverket, "Statistik om offentlig upphandling 2020"

Upphandlingsmyndigheten, "Underlätta för små och medelstora företag att lämna anbud"

Upphandlingsmyndigheten, "Vårt uppdrag"

Tillväxtanalys, "Bättre statistik för en bättre regional- och landsbygds politik"

Världshälsoorganisationen, "Rehabilitation", [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation)

Wehlander C, "När medför en offentlig finansiering en skyldighet att följa LOU – Studie med särskilt fokus på EU-begreppen SGEI och NSGI", Uppdragsforskningsrapport 2018:5, Konkurrensverket

# Departementsserien 2023

---

## Kronologisk förteckning

---

1. Ändringar i regelverket om överlämnande enligt en europeisk och nordisk arresteringsorder. Ju.
2. Näringsförbud till följd av förbud att bedriva näringsverksamhet som har meddelats i en annan stat. KN.
3. Statens ansvar för det svenska flygplatssystemet. För tillgänglighet och beredskap. LI.
4. Frågor om val till Sametinget. Ku.
5. Natura 2000-tillstånd vid ansökan om bearbetningskoncession enligt minerallagen. KN.
6. Genomförande av det nya blåkortsdirektivet. Ju.
7. Tilläggsprotokoll 16 till Europakonventionen – en möjlighet för de högsta domstolarna att begära rådgivande yttrande från Europadomstolen. Ju.
8. Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och en starkare life science-sektor. KN.
9. En säkrare tillgång till vattenreningskemikalier. LI.
10. En registerlag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. S.
11. Skjutvapen och explosiva varor – skärpta straff för de allvarligare brotten. Ju.
12. Kontrollstation 2023. Fö.
13. En registerlag för Inspektionen för socialförsäkringen. S.
14. En översyn av vissa frågor om offentliga biträden. Ju.
15. Fler verktyg i socialtjänsternas arbete för att förebygga brott och stärka skyddet för barn. S.
16. Avtal med Finland om polissamarbete i gränsområdet. Ju.
17. Vistelseförbud på allmän plats och vissa andra platser. Ju.
18. Stärkt hyresrättsligt skydd för våldsutsatta kvinnor. Ju.
19. Allvarstid. Försvarsberedningens säkerhetspolitiska rapport 2023. Fö.
20. Utökade befogenheter på särskilda ungdomshem och LVM-hem. S.
21. En modern lagstiftning för Kriminalvårdens personuppgiftsbehandling. Ju.
22. Sveriges tillträde till vissa Natoavtal. Fö.
23. Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd. S.

# Departementsserien 2023

---

## Systematisk förteckning

---

### Försvarsdepartementet

- Kontrollstation 2023. [12]
- Allvarstid. Försvarsberedningens säkerhetspolitiska rapport 2023. [19]
- Sveriges tillträde till vissa Natoavtal. [22]

### Justitiedepartementet

- Ändringar i regelverket om överlämnande enligt en europeisk och nordisk arresteringsorder. [1]
- Genomförande av det nya blåkortsdirektivet. [6]
- Tilläggsprotokoll 16 till Europakonventionen – en möjlighet för de högsta domstolarna att begära rådgivande yttrande från Europadomstolen. [7]
- Skjutvapen och explosiva varor – skärpta straff för de allvarigare brotten. [11]
- En översyn av vissa frågor om offentliga biträden. [14]
- Avtal med Finland om polissamarbete i gränsområdet. [16]
- Vistelseförbud på allmän plats och vissa andra platser. [17]
- Stärkt hyresrättsligt skydd för våldsutsatta kvinnor. [18]
- En modern lagstiftning för Kriminalvårdens personuppgiftsbehandling. [21]

### Klimat- och näringslivsdepartementet

- Näringsförbud till följd av förbud att bedriva näringsverksamhet som har meddelats i en annan stat. [2]
- Natura 2000-tillstånd vid ansökan om bearbetningskoncession enligt minerallagen. [5]

- Förslag på åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar – för en bättre välfärd och en starkare life science-sektor. [8]

### Kulturdepartementet

- Frågor om val till Sametinget. [4]

### Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

- Statens ansvar för det svenska flygplatssystemet. För tillgänglighet och beredskap. [3]
- En säkrare tillgång till vattenreningskemikalier. [9]

### Socialdepartementet

- En registerlag för Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [10]
- En registerlag för Inspektionen för socialförsäkringen. [13]
- Fler verktyg i socialtjänsternas arbete för att förebygga brott och stärka skyddet för barn. [15]
- Utökade befogenheter på särskilda ungdomshem och LVM-hem. [20]
- Uppdrag att möjliggöra bättre tillgång till hälso- och sjukvård i hela landet genom främjande av etablering i glesbygd. [23]