

Handläggare:
Anders Olsson

Yttrande över betänkande Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84)

Ärendet

Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet. Betänkandet är det fjärde och sista delbetänkandet från Utredningen om patients rätt.

Utredningen föreslår att det införs ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att överlämna förvaltningens yttrande över betänkande Regler för etablering av vårdgivare (SOU 2009:84)

att omedelbart justera beslutet.

Sammanfattning av utredningens förslag

Syften

Avsikten med utredningens förslag är att tillvarata entreprenörskap och nytänkande. En utveckling ska härigenom stimuleras med ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården. Utredningen vill se en ökad integration där olika vårdgivare - oavsett driftsform - verkar i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem. Syftet är att åstadkomma en styrning mot vårdens mål och resultat samt premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Ersättningssystem ska utvecklas som stimulerar hälsofrämjande arbetssätt och nytänkande i vården. Förslaget syftar även till att öka mångfalden av vårdgivare och öka möjligheterna för fler småföretag att etablera sig.

Förslag till författningsförändringar

Utredningen föreslår att det från den 1 januari år 2011 införs en ny lag, lag om vårdgivaretableringar, (LOVE). De två nuvarande lagarna, lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL) respektive lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS) avvecklas i samband med att LOVE börjar gälla.

Förslag på utformning av en ny modell

Utredningen föreslår att en ny myndighet inrättas med uppgift att fastställa och utveckla ramarna för etablering. Myndigheten ska dels identifiera de verksamhetsområden där fri etablering kan införas, dels fastställa de lägsta ersättningsnivåer som kan komma i fråga. Möjlighet till fri etablering ska initialt ges för de områden som i dag verkar inom ramen för LOL och LOS. Gradvis ska enligt utredningen genom myndighetens försorg även andra områden och andra kompetenser infogas.

Vidare föreslår utredningen att den nya myndigheten ska ta emot anmälningar från vårdgivare som önskar etablera sig. Myndigheten ska granska att vårdgivaren har den kompetens som behövs för att utföra uppdraget. Om så är fallet lämnar myndigheten tillstånd och gör en registrering av vårdgivaren. Vårdgivaren gör därefter en anmälan till det landsting där de önskar öppna en verksamhet.

Enligt utredningen kan landstingen i förväg ställa villkor på vårdgivarna för att de ska få bedriva verksamhet med landstingets finansiering. Dessa villkor regleras i ett etableringsavtal. Grundläggande krav som anges ska vara lika för all verksamhet inom landstinget och relevanta för den verksamhet som ska bedrivas. För olika verksamhetsområden anger utredningen att specifika krav ska kunna ställas inom områden som tillgänglighet, anslutning till gemensam kommunikationsplattform, följsamhet till läkemedelsrekommendationer, deltagande i kvalitetsarbete, upprätthållande av miljökrav och regler för hur medverkan i utbildning och FoU sker. Det kan också enligt utredningen vara nödvändigt att reglera sådant som deltagande i jourverksamhet och andra aktiviteter som följer av att man ingår i den offentligt finansierade verksamheten.

Om landstinget infört vårdval inom ett vårdområde kan landstinget hänvisa den som ansöker om etablering att istället verka inom vårdvalet.

Etablering ska kunna ske båda av enskild näringsidkare och juridisk person.

Förvaltningens synpunkter

Förvaltningens övergripande synpunkter

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning ställer sig positiv till målen med utredningens förslag; en förstärkt ställning för patienterna, möjlighet till utveckling och innovationer inom den öppna vården samt en ökad mångfald av vårdgivare. Utredningen lägger stor vikt vid att vården ska ske i sammanhängande processer, med bättre samverkan mellan vårdgivare, vilket förvaltningen tycker är bra.

Förvaltningen saknar däremot konkreta förslag från utredningen på utformning av de verktyg och styrmedel som krävs för att målen ska nås. En viktig faktor är ersättningsmodellerna, som också bör ge möjligheter till en god kostnadskontroll. Då styrmedlen inte är utvecklade finns det en risk att effekterna av utredningens förslag blir motsatta mot vad som avses. De problem som nuvarande taxestystem har med fragmentisering av vården, problem för landstingen att planera vården och brister i kostnadskontrollen kommer om styrmedlen saknas enligt förvaltningens uppfattning att kvarstå.

Förvaltningen menar att de mål utredningen har kan nås på andra sätt än dem utredningen föreslår, utan att öka den nationella styrningen av vården och förändra förutsättningarna för landstingen att självständigt ta sitt ansvar att planera och prioritera vården. I Stockholms läns landsting (SLL) bedrivs 30 procent av vården av privata vårdgivare, inom primärvården är den privata andelen 57 procent. Landstingen har i form av vårdval enligt LOV och upphandlingar enligt LOU verktyg att ytterligare öka mångfalden av vårdgivare. Ett arbete pågår inom SLL för att se om det går att beställa vård på nya sätt för att stärka vårdsambanden.

Förvaltningen delar utredningens förslag om förbättrade möjligheter för landstingen att kräva in uppgifter och registrering från de vårdgivare landstingen finansierar, inklusive de som är anslutna via nationella taxan.

Utredningens förslag behöver enligt förvaltningens uppfattning mer genomgående analyser av konsekvenser för patienter, vårdsamband, kostnader och vårdorganisation. Det bör prövas om den nationella samordningen kan ske på annat sätt än att en ny myndighet inrättas.

Förvaltningen förutsätter att de förslag som staten lägger sker i enlighet med finansieringsprincipen så att landstingens ökade kostnader för vården kompenseras.

Mångfald inom sjukvården i Stockholms län

SLL har under perioder medvetet verkat för att öka mångfalden av vårdgivare. Detta har skett genom upphandlingar, vårdval och försäljning av vårdenheter. Det innebär att under 2009 uppgick kostnaderna för den vård som utförts av privata vårdgivare till 30 procent av de totala sjukvårdskostnaderna.

Tabell 1: Sjukgymnaster och läkare verksamma enligt LOS och LOL inom SLL vid årsskiftet 2009/2010

	<i>LOS</i>	<i>LOL</i>
Antal verksamma på taxan, enligt LOS och LOL	525	432
Antal verksamma på vårdavtal	268	357
Varav med rätt att återgå till att verka på taxan, enligt LOS och LOL	198	157
Kostnad	553 mkr	1 263 mkr

Landstinget har valt att försöka sluta vårdval med många av dem som verkat enligt taxan, varför den totala kostnad för denna verksamhet uppgår till 1 816 mkr. Den i utredningen redovisade siffran för SLL på 940 mkr omfattar bara en mindre del av totala kostnaden för denna vård.

SLL har infört vårdval inom 15 vårdområden. Sju av dessa områden återfinns inom primärvården, men vårdval finns också inom öppen somatisk specialistvård, diagnostik och förlossningsvård. Beslut har fattats att införa vårdval inom ytterligare delar av den somatiska specialistvården.

De vägar SLL valt för att öka mångfalden av vårdgivare ger möjligheter till att utveckla vården och öka patienternas påverkan på vården enligt utredningens syfte. Samtidigt har landstinget möjlighet att påverka vårdens innehåll, struktur och lokalisering.

Etableringsfrihet

Med en fri etablering för vårdgivare till den offentliga finansieringen ska nya vårdgivare kunna etablera sig. Här igenom skapas möjligheter för patienterna att bättre påverka sin vård, köerna minskar, kontinuiteten förbättras och företagsamheten utvecklas.

I Vårdval Stockholm har i primärvården nya etableringar skett inom geografiska områden där vården tidigare inte varit lika väl utbyggd som i andra områden. Nya vårdgivare har genom ett kreativt arbete utvecklat vården, främst med en bättre tillgänglighet som resultat. Förutsättningarna med 1,5 miljoner individer som årligen besöker primärvården spelar sannolikt, liksom ersättningsmodellens utformning, roll för denna utveckling. Det är dock inte säkert att samma utveckling sker om etableringsfrihet införs för annan legitimerad personal. Erfarenheterna från tidigare fria etableringar via taxesytemet visar på en koncentration av vårdgivare i centrala Stockholm. Det som fungerat som avsett inom primärvården i Vårdval Stockholm behöver inte nödvändigtvis fungera inom andra vårdområden och utanför storstadsområdena.

Köer

När Vårdval Stockholm infördes ökade antalet besök och tillgängligheten inom de vårdområden som omfattas. Då vårdproduktionen ökat när vårdval införts har köerna inom logopedi, kataraktoperationer och höft- och knäledsoperationer minskat. Två av tre besök på husläkarmottagningarna sker idag samma dag som de bokas. Detta är sannolikt en följd av en kombination av de ersättningsmodeller landstinget infört och en fri etablering.

Konsekvenser för annan sjukvård

Utredningens förslag kommer att få konsekvenser för annan sjukvård. Ett dilemma är att utredningen inte i tillräcklig grad belyser alla möjligheter och problem som kan uppstå.

Bland möjligheterna ses fler besök i öppenvården och färre i den sjukhusanslutna öppenvården. Detta ligger i linje med landstingets strävan att flytta besök från sjukhusen till öppenvården. Om utvecklingen av styrmedel lyckas kan det också bli en bättre samverkan mellan vårdgivarna kring den enskilda patienten.

Förslaget kommer med en fri etablering leda till att mer vård sker i den öppna vården. Landstingens möjligheter att ta sitt ansvar för planering och prioriteringar av hälso- och sjukvård kan enligt förvaltningens förslag ytterligare kompliceras jämfört med dagens taxesytem.

I Stockholm pågår planering för ett nytt högspecialiserat sjukhus, Nya Karolinska sjukhuset, (NKS). Detta kan leda till en förändrad struktur av sjukvården i Stockholm. Utredningens förslag kommer att påverka strukturen på all sjukvård i länet. Det vore olyckligt om det skulle leda till att SLL's handlingsfrihet begränsas i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård.

Utredningens förslag kommer att leda till fler etableringar där sjukgymnaster, läkare och annan vårdpersonal lämnar anställningar inom landstingens organisation för att istället arbeta i egen regi eller som anställda i ett vårdbolag. En mer grundläggande analys än den utredningen visar av vad detta kan få för konsekvenser för både patienter, prioriteringar och ekonomi behövs. Konsekvenser behöver också analyseras för sjukhusens jourverksamhet, FoUU verksamhet, kompetensförsörjning för högspecialiserad vård, samverkan samt vårdkedjor inom sjukhuset och mellan sjukhus, liksom möjligheterna till utbildning av vårdstuderande och läkare.

En fri etablering av vårdgivare i öppenvård ger möjlighet för enskilda yrkesverksamma och mindre vårdbolag att etablera sig. Med utredningens förslag kommer också privata akutsjukhus att kunna bedriva öppenvård inom alla specialiteter de önskar. Landstingens möjlighet att styra utbudet på sjukhusen kommer därför att försvåras. Landstingen kan naturligtvis som ägare hindra de egna sjukhusen att fritt driva öppenvård inom andra specialiteter än dem landstingen planerar för. Konkurrenssituationen mellan landstingsdrivna och privat drivna sjukhus kommer på ett olyckligt sätt att förändras genom förslagen.

Sannolikt kommer förutsättningarna för nya vårdgivare att etablera sig att variera mellan olika landsting. Erfarenheterna från nuvarande taxeytem pekar på väsentligt fler etableringar i storstäderna än i andra områden. Stockholms län har tillsammans med regionerna i Skåne och Västra Götaland har ca 52 procent av Sveriges befolkning, men där finns idag ca 77 procent av alla läkare verksamma enligt LOL och 64 procent av alla sjukgymnaster verksamma enligt LOS. En ytterligare ökning av antalet etableringar i dessa landsting kan komma att öka antalet patienter från andra landsting som söker vård där. Vad detta får för effekter har inte analyserats.

Fragmentisering

Utredningen menar att deras förslag ska leda till en minskad fragmentisering av vården, vilket förvaltningen finner önskvärt. Om det verkligen ska bli så behöver dock utvecklingen av nya styrmodeller och ersättningsmodeller vara mycket framgångsrik, annars bedömer förvaltningen att det finns en risk att utvecklingen går i motsatt riktning. Erfarenheterna är blandade inom SLL av hur nuvarande system med taxetablerade vårdgivare fungerar ur detta perspektiv. Det finns vårdgivare som arbetar för en ökad samverkan, men det finns också vårdgivare där landstinget ser att detta inte fungerar lika väl.

En utveckling sker på många håll i landet för att styra vården utifrån vårdflöden, processer och målgrupper, istället för efter vårdens disciplin. Inom SLL sker ett sådant arbete i utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård.

Kompetensutveckling

Erfarenhet visar att när vården bedrivs i större organisationer stimuleras en kompetensutveckling i samarbetet kollegor emellan. Förvaltningen anser att landstingen inom förslagets bör ram ha möjlighet att ersätta vårdgivare extra om de exempelvis ingår i större mottagningar med kollegor inom samma kompetens eller med andra kompetenser, för att stimulera en ökad kompetensutveckling.

Sjukhusen har idag en viktig roll i utbildningen av läkare och vårdpersonal. När vård flyttas från sjukhusen till öppenvård behöver öppenvården åläggas att tillhandahålla utbildningsplatser för både läkare och annan vårdpersonal. Landstingen bör ges möjlighet att reglera detta i etableringsavtalen.

Ersättningsmodeller

På flera håll pågår en utveckling av lämpliga ersättningsprinciper för hälso- och sjukvården. Betänkandet lyfter fram behovet av ersättningsmodeller som stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess. Ersättningar ska även stödja olika former av innovationer, liksom att i någon mån ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården på basis av erhållna resultat.

Utredningen tar upp och vill stödja en angelägen utveckling av hur vården ersätts. Erfarenheten från SLL är dock att denna utveckling är mångfacetterad. Det finns idag endast mindre områden där vådsamband ersätts, eller där vården ersätts för resultat. En orsak är att det idag saknas beskrivningssystem för samverkan och resultat. Sådana behöver utvecklas innan nya ersättningsmodeller kan införas. SLL strävar efter att endast använda nationella beskrivningssystem för vården. Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla nya beskrivningssystem där samverkan, vårdprocesser och resultat kan mätas innan ett nytt system införs. Bedömning är att detta är ett flerårigt arbete och att det idag är för tidigt att utveckla vårdssystem som bygger på detta. På samma sätt behöver vårdens informationssystem utvecklas för att möjliggöra den önskade utvecklingen.

Enligt förslaget ska den nya statliga myndigheten fastställa miniminivåer på ersättningarna. Utredningen redovisar inte konsekvenserna av en nationell minimiersättning, inte heller alternativ där landstingen själva kan sätta ersättningsnivåerna fritt. Landstingen kan enligt utredningen besluta att ge en högre ersättning. Samma ersättningsnivå ska enligt förslaget gälla i hela landstinget. En nationell miniminivå bör enligt förvaltningens uppfattning inte sättas högre än att den ger en skälig ersättning i de mest attraktiva områdena i landet, en ersättning som kan vara väsentligt lägre än vad som behövs i andra områden. Om miniminivå sätts högre riskeras en överetablering av vårdgivare i de mest attraktiva områdena. Intresset för vårdgivare att etablera sig i olika delar av landet och i olika delar av landstinget varierar. Erfarenheterna från tidigare etablering av sjukgymnaster och läkare i Stockholms län visar på en kraftig överrepresentation av etableringar i de centrala delarna av Stockholm. Detta medför onödigt höga kostnader för SLL. Landstingen bör själva ha möjlighet att differentiera ersättningen på olika sätt för att ha uppnå den styrning varje landsting önskar.

Kostnadsansvaret för förskrivna läkemedel och hjälpmedel samt för medicinsk service kan variera mellan landstingen. För landstingens del är det viktigt att kunna hantera detta kostnadsansvar på ett enhetligt sätt, men på vilket sätt bör inte regleras av en statlig myndighet. Det bör därför vara upp till landstingen att i etableringsavtalen fastställa vilket kostnadsansvar vårdgivarna ska ha.

Erfarenheterna visar att den öppenvård som bedrivs på universitetssjukhusen blir dyrare än den som bedrivs på andra sjukhus. På samma sätt blir öppenvård som bedrivs av andra sjukhusen dyrare än den som sker utanför sjukhusen. Detta beror på att det vid behandling av vissa patienter ställs större krav på utrustning, erfarenhet – inte minst för mer sällan förekommande diagnoser och åtgärder – forskning och utbildning samt vård samband på vården inom sjukhusen. Om mer vård förs ut från sjukhusen kommer kostnadsskillnaderna att öka, då andelen komplicerade fall på sjukhusen ökar ytterligare.

Avgränsningar och preciseringar av uppdraget

Landstingen bör ges möjlighet att i etableringsavtalen komplettera och reglera det uppdrag vårdgivarna ska ha inom alla för uppdraget relevanta delar, inklusive vårdtjänsten. Denna möjlighet bör inte begränsas till de exempel som finns i utredningen. För att kunna ta ansvaret att planera och prioritera vården bör varje landsting utifrån sina förutsättningar kunna göra gränsdragningar i uppdraget mot annan vård, inklusive primärvård och annan vård som ingår i vårdval. Landstingen behöver även ges möjlighet att ställa krav på hur vårdgivarna ska arbeta med förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Utredningen lyfter fram betydelsen av en god uppföljning av vården. Landstingen behöver få möjlighet till full insyn i den vård landstingen betalar. Bristerna i uppföljning i nuvarande taxesytem får inte upprepas i ett förändrat system. Landstingen bör i etableringsavtalen fritt kunna reglera hur uppföljningen ska ske och ha möjlighet att vidta sanktioner mot vårdgivare som inte lämnar de underlag landstinget behöver för sin uppföljning.

Kostnadskontroll

Tabell 2: Förändring av volymer och kostnader inom några vårdvalsområden under år 2009, källa SLL årsredovisning 2009.

Område	Antal besök/operationer	Kostnadsökning
Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård, läkarbesök	+ 6 %	105 mkr, + 3 %
Fotsjukvård	+ 13 %	7 mkr, + 20 %
Logopedi	+ 30 %	24 mkr, + 38 %
Kataraktoperationer	+ 45 %	31 mkr
Höft- och knäledsoperationer	+35 %	85 mkr

Erfarenheterna från Vårdval Stockholm är att kostnadskontroll kan upprätthållas för de vårdvalsområden där en del av ersättningen är knuten till listning eller inskrivning i verksamheten. Erfarenheterna från områden där det inte är möjligt visar på stora kostnadsökningar. För katarakt- samt höft- och knäledsoperationerna där vårdval funnits under ett år kan kostnadsökningarna bero på att tidigare köer minskat kraftigt under detta år. Den stora utmaningen är att hitta en ersättningsmodell som både stimulerar innovationer och utveckling av vården och ger en god kostnadskontroll. Förvaltningen efterlyser en mer utförlig konsekvensanalys av kostnadskonsekvenserna av utredningens förslag.

Genomförandeplanen

Utredningen föreslår att den nya lagen ska gälla från den 1 januari 2011. Införandetidpunkten bör enligt förvaltningen vara sådan att landstingen har goda möjligheter att planera för en förändring, som kommer att få konsekvenser på sjukvården under lång tid. Landstingen behöver kunna ta ställning till om man vill gå in i den nya modellen eller om man istället vill utveckla och inför vårdval inom flera områden.

En dellösning där nuvarande etableringar enligt LOL och LOS ersätts med LOVE, men med oförändrad utformning bör inte ske förrän det finns en plattform för hur den nya modellen ska se ut i helhet och detalj.

Om utredningens förslag genomförs ställer landstinget sig tveksamt till att en ny myndighet behöver inrättas. Frågor om ersättningsnivåer bör i första hand landstingen själva kunna avgöra. Det bör prövas om övriga uppgifter kan utföras av befintliga myndigheter istället.

Ekonomiska konsekvenser

En ny fri etablering för sjukgymnaster och läkare kommer sannolikt att leda till omfattande nyetableringar i Stockholms län. En ökad tillgång på vård leder erfarenhetsmässigt till en ökad konsumtion. Köer kortas och flera patienter med prioriterade behov får vård. Genom glidningar av vilka patienter som får vård får också patienter med lägre prioriterade behov vård. Detta leder till en ökad sjukvårdsvolym och ökade kostnader.

Erfarenhetsmässigt har det varit mycket svårt att flytta vård från sjukhusen till den öppna vården och sänka kostnaderna på sjukhusen i motsvarande utsträckning som kostnaderna i öppenvården ökar.

En erfarenhet vid andra förändringar av vården är att en ökning av den öppna vården även leder till en ökad slutenvård. Fler fall som bedöms behöva slutenvård hittas då fler kommer till den öppna vården. Även detta kommer att öka kostnaderna för vården.

I betänkandet föreslås att på sikt ska flera legitimerade grupper av sjukvårdspersonal kunna anslutas till systemet. Grupper som idag endast i begränsad omfattning utför vård som finansieras av landstingen. Till exempel skulle audionomer, dietister, kiropraktiker, logopedier, naprapater, psykologer, psykoterapeuter och sjuksköterskor kunna anslutas till systemet. Det är svårt att uppskatta vad en fullständig offentlig finansiering av dessa grupper innebär i ekonomisk belastning på landstinget. Gissningsvis rör det sig om betydande belopp.

Sammantaget kan utredningens förslag leda till omfattande kostnadsökningar som kan påverka landstingens prioriteringar av annan vård. Förvaltningen utgår från att en finansieringsprincip där staten står för merkostnader som nya statliga beslut leder till i den kommunala verksamheten tillämpas.

Konsekvenser för patientsäkerhet

Utredningens förslag syftar till att skapa bättre sammanhållna vårdprocesser, vilka ökar patientsäkerheten. Som påtalas i detta yttrande finns dock en fara att förslaget istället leder till motsatt resultat. Om så blir fallet finns en risk för försämrad patientsäkerhet.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

Bedömning är att förslaget kan komma att påverka jämlikheten i vården.

Utredningens förslag för hur den nya etableringsplattformen ska styra mot vårdens mål och resultat samt premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Det föreslagna systemet ska ge förutsättningar för innovationskraft och en större mångfald av aktörer. Förslaget bör i detta avseende kunna leda till fler kvinnligt drivna vårdföretag, vilket i så fall stärker jämställdheten.

En huvuduppgift för utredningen har varit att stärka patientens ställning genom att hälso- och sjukvårdens organisation relateras till de övergripande mål och principer som gäller för hälso- och sjukvården idag, samtidigt som en ny målbild formuleras där patientfokus, mångfald och innovation står som en viktig referenspunkt.

Utredningen lyfter fram att kön, etnicitet, socioekonomi samt regional tillhörighet påverkar vilken vård individer får. Flera tydliga belägg visar att kvalitet och tillgång till vård hänger samman med dessa indelningsgrunder, vilket betyder att hälso- och sjukvården inte alltid lever upp till målet om en god vård på lika villkor.

En ökad mångfald av aktörer leder till ökad valmöjlighet för patienter. Det kommer att ställa högre krav på landstingen att tillhandahålla information så att alla patienter kan göra informerade val. Det ställer också fortsatta krav på landstingen att vården kontinuerligt granskas ur detta perspektiv.

Förvaltningen anser också, i likhet med utredningens slutsats, att verktygen för att följa upp både processer och resultat i vården behöver utvecklas. Särskilt stort behov finns inom området jämlik vård. Samtidigt behöver den patientfokuserade vården bedrivas effektivt eftersom kunskapsutvecklingen inom detta område fortfarande är i sin linda.

Med en fri etablering minskar enligt förvaltningens uppfattning landstingets möjligheter att påverka var vården utförs och vilken vård som utförs. Erfarenheterna från nuvarande etableringar av sjukgymnaster och läkare visar en stark koncentration av vårdgivare i Stockholms innerstad. Förslaget kan därför leda till en sämre tillgång till vård i andra områden. Landstingen bör därför inte förhindras att själva fatta beslut om att differentiera ersättningen för att påverka vårdstruktur och styra vården utifrån landstingens egna beslut om planering och prioritering av vården.

Miljökonsekvenser

Förslaget bedöms inte ha någon påverkan på miljön.

Sammantaget

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning ställer sig positiv till målen med utredningens förslag; en förstärkt ställning för patienterna, möjlighet till utveckling och innovationer inom den öppna vården samt en ökad mångfald av vårdgivare. Förvaltningen saknar däremot konkreta förslag från utredningen på utformning av de verktyg och styrmedel som krävs för att målen ska nås.

Catarina Andersson Forsman

Catharina Barkman

Sammanfattning

Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård

Utredningens förslag är att införa ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. Detta system ska finnas vid sidan av de offentliga upphandlingsformer som redan finns och bygger på ett samspel mellan landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och en nationell plattform. Avsikten med anslutningsformen är att tillvarata entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården. Förslagen är vidare utformade så att de ger bättre förutsättningar för en ökad integration så att olika vårdgivare oavsett driftsform verkar i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Den specialiserade öppenvården utanför primärvården är en central del av hälso- och sjukvården. Etablering av läkare och sjukgymnaster på den så kallade nationella taxan har funnits i sin nuvarande form sedan 1994 och regleras genom *lagen (1993:1651) om läkarvård ersättning (LOL)* respektive *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)*. Det finns flera skäl till varför dessa regler för etablering inom specialiserad öppenvård inte har gett tillräckliga förutsättningar för att denna del av sjukvården ska kunna utvecklas på ett för helheten önskvärt sätt. Utredningen har bland annat kunnat konstatera att patienter i flera avseenden har en alltför svag ställning, att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet samt att det finns flera tendenser till fragmentering. Vi har vidare observerat att det finns en bristande tillit mellan olika viktiga parter inom just denna del av hälso- och sjukvården. Det finns även mycket som tyder på att det finns en stor orealiserad innovationspotential rörande arbetssätt och organiser-

ing. Nuvarande principer för etablering enligt LOL och LOS har, till sist, inte visat sig fungera för att stimulera nyetablering och har även ifrågasatts utifrån rättsliga utgångspunkter.

Utredningens förslag i korthet

Utredningen föreslår en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården. Det föreslagna systemet bygger på en ny lag om vårdgivaretablering, (LOVE). En myndighet föreslås fastställa och utveckla ramarna för etablering. Detta innebär att identifiera inom vilka verksamhetsområden som etablering kan ske enligt den nya lagen liksom de lägsta ersättningsnivåer som kan komma i fråga.

Etableringsplattformen gäller initialt de områden som i dag verkar inom ramen för LOL och LOS. Dessa två lagar föreslås också upphöra när det nya systemet införs. Gradvis ska emellertid genom myndighetens försorg även andra områden och andra kompetenser infogas i etableringsplattformen. Utredningen ser framför sig en utveckling där myndigheten gradvis expanderar etableringsplattformen och samtidigt genomför en översyn av de områden som redan initialt kommit att ingå.

Utformningen av etableringsplattformen bör sikta på att åstadkomma en styrning mot vårdens mål och resultat samt premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Utredningen anser att en inriktning bör vara att skapa ersättningssystem som är hälsofrämjande och stimulerar nytänkande.

Etablering av en privat vårdgivare förutsätter att det rör ett verksamhetsområde som är identifierat i ovan nämnda nationella etableringsplattform. En enskild etablering enligt det föreslagna systemet är reglerad och sker i två steg. I det första steget ska den vårdgivare som vill etablera sig med offentlig finansiering erhålla tillstånd och genomföra en registrering. Detta sker hos tillsynsmyndigheten. Där bedöms om vårdgivaren har adekvat medicinsk och annan kompetens för att bedriva den aktuella verksamheten.

I det andra steget ansöker vårdgivaren om godkännande i det landsting där verksamheten ska bedrivas. Det är således vårdgivaren som tar initiativet till att formulera en avsiktsförklaring för etablering. Vårdgivaren ska i ansökan ange syfte och mål med etableringen, samt på vilket sätt verksamheten kommer att bedrivas inom det landsting där etablering sökes. Om inte särskilda omständigheter föreligger ska

landstinget godkänna etableringen och upprätta etableringsavtal. Ett sådant avtal gäller tills vidare. I etableringsavtalet ska landstinget ange på vilka villkor och grunder vårdgivarersättning ska utgå. I samband med att etableringsavtal upprättas får landsting vidare ange de olika andra villkor som ska uppfyllas för att få bedriva verksamhet med offentlig finansiering inom landstinget. De krav som anges ska vara lika för all verksamhet inom landstingsområdet och relevanta för den specifika verksamhet som avses bedrivas enligt etableringsavtalet.

Det föreslagna systemet med regler för vårdgivaretablering är konstruerat för att stimulera nya verksamhetsidéer som kan bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Däri skiljer sig systemet från redan existerande upphandlingsformer där landstingen har en större del av formuleringsinitiativet. På så sätt utgör det föreslagna systemet ett komplement som ger förutsättningar för innovationskraft och att en större mångfald utvecklas. Samtidigt är förfarandet utformat så att det möjliggör en kvalitets- och kostnadskontroll samt ger stöd för en i flera andra avseenden viktig samverkan och integration mellan de olika aktörer som verkar inom landstingens hälso- och sjukvårdssystem.

Den föreslagna ordningen där en nationell myndighet är ansvarig för en kontinuerlig översyn av etableringsplattformen för den öppna specialiserade vården har också en potential att bidra till en större flexibilitet i hälso- och sjukvårdens organisering. Det gäller inte minst de kontinuerligt förändrade förutsättningarna för vilka verksamheter som lämpligast bedrivs inom slutenvård, specialiserad öppenvård respektive primärvård.

Det föreslagna systemet innebär en förstärkning av såväl det nationella som regionala inflytandet över etableringen inom den specialiserade öppenvården jämfört med den ordning som har LOL och LOS som grund. Samtidigt kan det föreslagna systemet bättre stimulera en utveckling där entreprenörskap i större utsträckning kan utnyttjas för att utveckla patientfokus och en bredare mångfald av vårdgivare inom den öppna specialiserade vården.

Utgångspunkter och bakgrund till utredningens förslag

En målbild av hälso- och sjukvårdens framtida organisering i Sverige

Två grundförutsättningar präglar utredningens uppdrag. Den ena är huvuduppgiften att stärka patientens ställning. Den andra är förutsättningen att utredningens förslag ska ligga inom ramen för nuvarande gemensamma finansiering och att rådande ansvarsförhållanden ska bestå. Detta innebär att landstingens dominerande roll ska kvarstå som de som i huvudsak har att planera, organisera och finansiera den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningens uppdrag kan sammanfattas som att diskutera frågor om *hur* hälso- och sjukvården ska organiseras och då huvudsakligen inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Vi anser att de förslag till förändringar som utredningen har i uppdrag att lämna bör relateras till en övergripande målbild om vad som bör känneteckna den svenska hälso- och sjukvårdens organisering. En sådan målbild över *organiseringen* måste givetvis vara tydligt förankrad i de övergripande mål och principer som gäller för hälso- och sjukvården. Dessa kan i korthet sammanfattas som att hälso- och sjukvården ska ge en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Ambitionen med målbilden är också att den ska vara så pass allmänt hållen att den inte i sig är ett uttryck för att inskränka landstingens och kommunernas rätt att själva utforma sin verksamhet. Utredningen har utifrån dessa utgångspunkter valt att formulera följande målbild rörande hälso- och sjukvårdens organisering:

Hälso- och sjukvården bör organiseras som ett integrerat och gemensamt finansierat system, präglat av patientfokus, mångfald och innovationskraft.

Denna målbild har utgjort en viktig referenspunkt för olika konkreta förslag som beaktats inom ramen för utredningens arbete. En mer utförlig beskrivning av utredningens målbild finns i kapitel 2 jämte en problembeskrivning.

Hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering

Hälso- och sjukvårdens organisering är komplex. Landstingen har ett stort övergripande ansvar, och det är i många avseenden lämpligt att se det som att Sverige har ett hälso- och sjukvårdssystem för varje landsting. Till detta ska emellertid läggas att det finns en betydande samverkan mellan landstingen samt att det finns flera nationella stödstrukturer för sådant som kunskapsstyrning, godkännande av läkemedel m.m.

De olika delarna i ett hälso- och sjukvårdssystem beskrivs ofta med begrepp som slutenvård, öppenvård, primärvård och hemsjukvård. Med *slutenvård* avses sådan vård som ges till en patient som är inskriven på en vårdenhets eller som vårdas eller observeras på en in-tagningsavdelning. Med *öppenvård* avses den hälso- och sjukvård som ges på öppenvårdsmottagningar i primärvård och närsjukvård, liksom den vård som ges på sjukhusens öppna mottagningar. *Primärvård* är en del av den öppna vården och ska utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp svara för befolkningens behov av grundläggande behandling, omvårdnad, m.m. som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den del som utredningen i detta betänkande särskilt har att beakta är den öppenvård som inte är primärvård.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården uppgick 2007 till knappt 278 miljarder kronor. Kostnaderna för den öppna specialiserade vården utanför primärvården är omkring 50 miljarder kronor. Det finns tydliga tecken på förskjutningar i omfattningen av hälso- och sjukvårdens olika delar. Sålunda har exempelvis antalet vårdplatser i slutenvården under senare år minskat, liksom den genomsnittliga vårdtiden i slutenvården. Antalet besök i primärvård har å andra sidan ökat, medan antalet besök i den specialiserade öppenvården har minskat. Här kan särskilt noteras att det är ett gradvis minskande antal läkare och sjukgymnaster som verkar inom ramen för LOL respektive LOS.

En utförligare översikt över hälso- och sjukvårdssystemet återfinns i kapitel 3. Där lämnas också en särskild redogörelse över utvecklingen för det system av läkare och sjukgymnaster som verkat med samverkansavtal. Kapitlet innehåller också en genomgång av de viktiga regleringar som finns av betydelse för organiseringen av olika utförare inom den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller exempelvis regler för etablering av vård-

avtal och samverkansavtal men också de regler som finns för sådant som remisser, tillsyn och uppföljning.

Patientens ställning i öppenvården

Frågan om patientens ställning är oerhört komplex. För det första är det viktigt att komma ihåg att begreppet patient sällan kan fungera som en beteckning på en enhetlig grupp individer med samma förutsättningar och behov. Därför blir frågan om hur patientens ställning kan stärkas i den öppna hälso- och sjukvården flerdimensionell. Till detta ska läggas att patienter befinner sig i en lång rad olika situationer som var och en har sina särskilda implikationer för patientens ställning.

Utredningen har på basis av detta gjort en inventering av områden där patientens ställning är svag och för vart och ett problematiserat frågan om patientens ställning. Bland de områden som berörts kan nämnas begränsade valmöjligheter, samordningen i komplexa vårdprocesser, implikationer av patientens kunskapsunderläge och brister i bemötande. Samtidigt som dessa områden skiljer sig åt, och betydelsen kan variera för olika patienter, kan vi konstatera att patientens ställning är svagare inför och under en vårdprocess än därefter. Det finns med andra ord flera mekanismer som i efterhand kan fånga upp problem relaterade till en svag patientställning när de väl uppstått.

En viktig aspekt rörande patientens ställning i hälso- och sjukvården rör sådant som att kön, etnicitet, samt socioekonomisk och regional tillhörighet till synes påverkar vilken vård individer får. Det finns flera tydliga belägg för att kvalitet och tillgång till hälso- och sjukvården systematiskt samvarierar med sådana indelningsgrunder. Vi kan således konstatera att hälso- och sjukvården i dag inte lever upp till målet om en god vård på lika villkor.

En utförligare diskussion kring patientens ställning finns i kapitel 4. Där redovisar utredningen sina slutsatser på detta område. De innefattar bland annat den betydelse som utvecklingen av ett mer mångfaldigt och integrerat system kan ha för att bidra till att stärka patientens ställning.

Etableringsregler och ersättningsprinciper

Den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården innefattar en lång rad verksamheter och organisationer. Det föreligger en betydande skillnad mellan verksamhet i privat och offentlig regi avseende hur en ny verksamhet kan etableras inom den gemensamt finansierade vården. När det gäller ersättningsprinciper är distinktionen mellan offentlig och privat drift mer komplicerad eftersom även verksamhet bedriven i ett landstings egen regi i många fall kan styras enligt liknande principer som om den drevs i privat regi. Det kanske tydligaste exemplet här rör primärvården där vårdval har eller håller på att införas med samma ersättningsprinciper för olika enheter oavsett deras driftsform.

En viktig aspekt av den ekonomiska styrningen är de gränsdragningar som den skapar. Ett utmärkande drag hos hälso- och sjukvårdsverksamhet är att vårdprocessen för en patient många gånger inbegriper insatser från flera olika instanser. Det faktum att det föreligger många ömsesidiga beroenden mellan olika verksamheter ställer således stora krav på samordning. Samtidigt riktar många ersättningsprinciper, såsom ersättning per utförd åtgärd eller budgettilldelning, uppmärksamheten mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Den ekonomiska styrningen bidrar med andra ord till att göra gränserna skarpare vilket kan leda till så kallade stuprörseffekter. Dessa underminerar i sin tur samordningen som ofta är så viktig för patienterna. Denna typ av problematik är också generell, och är lika giltig oavsett i vilken driftsform olika berörda verksamheter bedrivs.

På flera håll pågår ett viktigt utvecklingsarbete kring lämpliga ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården. Olika ersättningsprinciper har skiftande styrkor och svagheter och det är en lång rad effekter av ersättningssystem som behöver beaktas. Det handlar dels om sådana som traditionellt uppmärksammas, såsom vilka möjligheter till kostnadskontroll som finns, huruvida principerna är konkurrensneutrala, samt i vilken mån de stimulerar utvecklingen av effektivare arbetsmetoder. Det handlar också om mer nyligen uppmärksammade aspekter, såsom i vilken mån de stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess eller i vilken mån de stödjer olika former av innovationer. Detsamma gäller också det tilltagande intresset att i någon mån ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården på basis av erhållna resultat.

Utredningen kan därvidlag konstatera att det är orimligt att anta att ett fåtal etableringsregler och ersättningsprinciper är lämpliga för alla olika typer av verksamheter inom hälso- och sjukvården. Det finns snarare ett stort behov av att anpassa ekonomiska styrmedel efter olika typer av verksamheter för att på så sätt stimulera en utveckling som balanserar olika önskade och oönskade effekter.

En mer utförlig diskussion om ersättningsprinciper och etableringsregler redovisas i kapitel 5. Där presenteras även de centrala regler som finns för etablering av privata vårdgivare. Utredningen konstaterar i det sammanhanget att regelverkens ramar inte helt stämmer överens med gränserna för vad som är mer respektive mindre lämpliga system ur andra aspekter. Det är exempelvis rättsligt möjligt att konstruera etablerings- och ersättningsystem som ändå är klart olämpliga ur ett systemperspektiv avseende exempelvis kostnadskontroll och effektivitet. Det är, omvänt, möjligt att identifiera ordningar som har många attraktiva egenskaper ur ett systemperspektiv, men som inte är möjliga att realisera på grund av gällande regelverk.

Granskning och kunskapsstyrning

Frågor rörande olika former av granskning, styrning och utvecklingsstöd är centrala för att utveckla hälso- och sjukvårdens organisering i riktning mot den målbild som utredningen tagit fram. Adekvat granskning, styrning och utvecklingsstöd är särskilt centrala för att kunna förverkliga en organisering som förenar integration och mångfald, vilket i sin tur är viktiga komponenter för systemets utvecklingskraft och patientfokus. De ökade reella valmöjligheterna som följer av en ökad mångfald ställer också särskilda krav på att det finns en mångfacetterad granskning av vårdens verksamhet och resultat ur flera perspektiv.

En ökad möjlighet för vårdgivare att etablera sig med offentlig finansiering kräver att de granskas och att granskningen sker utifrån samma kriterier och på lika villkor för alla vårdgivare oavsett driftsform. Syftet med granskningen är att säkerställa för staten och huvudmännen både att patienterna får god vård och att den gemensamma finansieringen används i linje med hälso- och sjukvårdens mål. För att patienten ska kunna göra ett informerat val av vårdgivare krävs dessutom att dessa har granskats ur olika aspekter så att det är säkerställt att samtliga etablerade vårdgivare lever upp till

grundläggande krav. Vidare bör viktig och relevant information rörande olika vårdgivare vara lätt tillgänglig för medborgare, patienter och närstående.

Resultatet av granskningen ger också underlag för staten och huvudmännen att styra sjukvården och är även ett verktyg för vårdgivarna att använda i det egna förbättringsarbetet. Öppna jämförelser av verksamhet, resultat och kvalitet gör också att vårdgivaren får en möjlighet att jämföra sig med andra aktörer.

I kapitel 6 lämnas en utförlig redogörelse över vilka olika system som i dag finns inom detta breda område. Därtill presenteras pågående initiativ på området, liksom utredningens iakttagelser rörande utvecklingsbehoven på detta område.

Några alternativa vägar som övervägts

Utredningen har utarbetat tre alternativ med utgångspunkt i utredningens direktiv och den redovisade målbilden för hälso- och sjukvårdens organisering. När alternativen formulerats har utredningen utgått från att olika organisatoriska lösningar inte har någon entydig och på förhand fastställbar bästa form. Snarare har vi vinnlagt oss om att visa på alternativ som successivt kan kompletteras och utvecklas utifrån de nödvändiga erfarenheter och uppföljningar som kommer göras.

Diskussionen kring de tre alternativen har vidare tagit intryck av de brister som föreligger i nuvarande ordning. Flera av dessa har redan berörts. Särskild vikt läggs därvidlag vid att nuvarande konstruktion relaterad till samverkansavtal har visat sig statisk och konserverande och att nuvarande organisering förefaller orsaka en bristande tillit och integration mellan olika aktörer. Vi kan vidare konstatera att avsaknaden av uppföljbara data och endast undantagsvis genomförda medicinska utvärderingar eller revisioner har bidragit till att lämna fältet öppet för många typer av spekulationer. Mot denna bakgrund är det svårt för utredningen och andra att exempelvis bedöma om resursförbrukning i relation till uppnådda resultat är rimlig och till avsedd nytta.

Ett första alternativ är reviderade nationella etableringsregler för öppenvård. Ett nationellt system av etableringsregler ersätter LOL och LOS. Det nya systemet kan delvis kompensera för de brister som finns i landstingens möjligheter att förutse och deras förmåga att planera för medborgarnas enskilda vårdbehov. Förutsatt att

vårdproducenter lättare kan ansluta till den offentliga finansieringen kan det reviderade systemet vidga möjligheterna för patienter att välja vårdproducent inom den öppna vården. I ett sådant system ska villkoren för etablering vara nationella, men med utrymme för särskilda regionala villkor. Till skillnad från i dag ska ingen särskild koppling till enskild yrkesutövare göras. Alla som uppfyller de kompetenskrav som krävs för att bedriva verksamhet får, efter särskild nationell registrering, rätt att verka inom taxan.

Ett andra alternativ vilar på ett förtydligat regionalt ansvar. En grundtanke i detta alternativ är att landstingens planeringsansvar även innebär att landstingen själva fullt ut ska svara för innehåll och omfattning av hur man samverkar med privata vårdgivare. Ett sådant synsätt leder till att det borde vara landstingen själva som bestämmer på vilket sätt och i vilken omfattning de ansluter vårdgivare till den offentliga finansieringen. Alternativet innebär en avveckling av systemet kopplat till LOL och LOS. De verktyg som finns till förfogande är reglerat genom *lagen om offentlig upphandling* (LOU) och *lagen om vårdvals-system* (LOV). Upphandlingen av vårdgivare kan organiseras inom ett landsting, eller konstrueras som en samverkan mellan flera landsting. Den bör även vara möjlig att utforma som ett nationellt omfattande system genom samverkan mellan alla landsting.

Ett tredje alternativ är utvecklingen av en ny nationell ersättningsmodell som ersätter systemet kopplat till LOL och LOS. En grundtanke i detta alternativ är att nationella initiativ kan påskynda en utveckling av den öppna vården genom ersättningskonstruktioner som fungerar som incitament till förändring och leder till vårdprocesser som utgår från patientens behov och fokus. Det kan gälla sådana områden som organiserar vård för exempelvis patienter med kroniska sjukdomar och med behov av stöd från flera vårdgivare som representerar olika kompetens- och yrkesområden. Eller för vårdprocesser som sträcker sig över huvudmannagränser. Alternativet innefattar någon form av nationell auktorisation av vårdgivare samt att en myndighet svarar för utvecklingen av etablerings- och ersättningsprinciper.

En utförligare beskrivning av de tre alternativen som utarbetats presenteras i kapitel 7. Kapitlet avslutas med en sammanhållen diskussion där de tre alternativen jämförs utifrån ett antal centrala dimensioner.

Det förslag som utredningen valt att förorda presenteras utförligt i kapitel 8 och har beskrivits i inledningen av denna sammanfattning.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens föreslagna etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården syftar till att öka mångfald, integration och patientfokus inom denna del av hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att statens kostnader för etableringsplattformen kan uppgå till omkring 20 miljoner kronor per år. Utöver dessa nya kostnader kan nya kostnader tillkomma för Socialstyrelsen respektive Konkurrensverket. Dessa bedöms emellertid som inte särskilt omfattande.

Den totala omfattningen av den verksamhet som initialt berörs av utredningens förslag motsvarar en kostnad om cirka 10 miljarder kronor. I dag utförs cirka 75 procent av denna volym i landstingens egen regi eller genom upphandlade entreprenader snarare än genom privata vårdgivare som verkar inom ramen för LOL eller LOS. Vad avser landstingens kostnader kommer utredningens förslag sannolikt att leda till förskjutningar i vilka volymer som sker inom ramen för landstingens egen regi respektive hos privata vårdgivare. Utredningens förslag kan vidare även medföra förändringar i de volymer som utförs inom de berörda områdena.

Det är väl känt att ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem är av stor samhällsekonomisk betydelse. Utredningens förslag är avsedda att på några viktiga punkter utveckla hälso- och sjukvårdens organisering. Det är omöjligt att uppskatta de samhällsekonomiska konsekvenserna av dessa förändringar. Det finns emellertid flera tecken som tyder på att förslagen kan ge flera positiva bidrag.

Utredningens förslag understryker den kommunala självstyrelsen i termer av landstingens ansvar för att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Samtidigt innebär förslaget en inskränkning i självstyrelsen eftersom det innefattar en skyldighet för samtliga landsting att pröva privata vårdgivare som önskar etablera sig och verka inom ramen för den etableringsplattform som fastställs av myndighet. I utredningens förslag ges däremot landstingen flera medel för att utforma etableringsvillkoren samt att i vissa fall neka möjligheten till etablering. Med andra ord består landstingens handlingsfrihet inom ramarna för det förslag som

utredningen lägger fram. Vidare medför förslaget inget hinder för en dialog mellan landsting och privata vårdgivare i syfte att gemensamt se över behovet och förutsättningarna för en etablering i det aktuella landstinget.

Utredningen gör bedömningen att en ökad mångfald kan stimulera en positiv utveckling där olika behov uppmärksammas och tillgodoses i större utsträckning än i dag. Det talar för att utredningens förslag kan främja utvecklingen av en mer jämlik vård. Förslaget kommer vidare kunna öka andelen kvinnliga vårdföretagare eftersom det kan ses som ett komplement till upphandlingar av vårdtjänster som är mer osäkert i ett långsiktigt perspektiv.

Utredningens bedömningar av förslagets konsekvenser redovisas i kapitel 9.