

För alla

läkare

Policy för

mångfald av vårdgivare

under hela
karriären



**Sveriges
läkarförbund**

Den medicinska professionens organisation

Läkarförbundet anser att alla invånare i Sverige ska omfattas av den offentligt finansierade vården. Denna ska kunna utföras av många olika vårdgivare, såväl offentligt drivna som privata företag, stiftelser och idéburna organisationer.

En mångfald av olika vårdgivare främjar patientfokus, stärker patienternas valmöjligheter och ökar vårdens kontinuitet och tillgänglighet. I vården skapar det innovationskraft för nya arbetssätt och organisering, fler arbetsgivare med olika inriktning och arbetssätt, samt möjligheter för bland andra läkare att driva verksamhet i egen, mer småskalig regi.

När många olika arbetsgivare konkurrerar om arbetskraften behöver de göra det genom att erbjuda en god arbetsmiljö. På så vis främjas såväl medarbetarnas hälsa och trivsel som kvaliteten i verksamheten. Större utbud av arbetsgivare ger vårdprofessioner alternativa karriärvägar, nya möjligheter till professionell utveckling och adekvat lönesättning. Det ger också läkare möjligheten att verka som egna företagare. Ökade möjligheter för entreprenörskap för små vårdgivare bidrar till både nytänkande och förbättrad kontinuitet.

Antagen av förbundsstyrelsen 2026-03-24

Läkarförbundet verkar för

1. Goda villkor och stabilitet

Uppdrag och ersättningsmodeller ska utformas så att små och medelstora, professionsdrivna vårdgivare får goda möjligheter att etablera sig.

Regelverken ska vara stabila över tid. Stabila system är en förutsättning för att våga investera i egen verksamhet. Det skapar förutsägbarhet för dem som bedriver egen verksamhet i vården, är anställda inom vården och för patienterna.

Läkarförbundet välkomnar nationella grunduppdrag, både inom primärvård och öppen specialiserad vård, som ger möjlighet till regional anpassning.

2. Ersättningsmodeller som styr mot kvalitet

Ersättningen ska övergripande styra mot kvalitet. Utformningen av regelverken måste ske i nära dialog mellan uppdragsgivare och företrädare för läkarprofessionen. De administrativa bördorna behöver minimeras.

Det ska vara balans mellan ersättning och uppdrag. Ersättningen ska täcka alla tjänster och åtaganden som följer av uppdraget, inklusive utbildningsansvar och fortbildning. Även rapporteringsskyldighet i olika system i administrations- eller uppföljningssyfte tar resurser i anspråk.

Årliga prisuppräknningar är en viktig åtgärd för att stärka förutsättningarna för att privata och regiondrivna vårdenheter ska kunna driva en långsiktigt hållbar vård, både ekonomiska och kvalitetsmässigt för patienten.

3. Fler små, läkarägda och läkarledda vårdcentraler

Små läkarägda och -ledda vårdcentraler uppskattas av både patienter och medarbetare. De har i regel en högre läkartäthet än både offentliga och andra privata enheter som ingår i en större koncern. De kommer också bättre ut i Nationell patientenkät (NPE). De gör primärvården mer attraktiv att arbeta inom och bidrar till att säkra kompetensförsörjningen.

Små läkarägda och -ledda vårdcentraler borgar för hög kontinuitet och personligt ansvarstagande för listade patienter. Den som är med och äger och driver sin vårdcentral har större incitament att arbeta länge på samma plats, vilket möjliggör långvarig kontinuitet mellan läkare och patient, en viktig kvalitetsindikator för god primärvård.

Ersättningsmodellerna behöver styra mot kontinuitet, vara stabila över tid, kompensera för vårdtyngd och overheadkostnader som IT, ledning, kvalitetsarbete och administration. Tillgänglighetskraven och omfattningen av uppdraget måste också vara möjliga att uppfylla för en mindre vårdgivare.

4. Utveckling av valfrihetssystem inom vården

Läkarförbundet är i grunden positivt till valfrihetssystem enligt LOV. Möjligheten för patienter att välja vårdgivare och för olika aktörer att etablera sig har bidragit till mångfald, innovation och fler vårdcentraler. Valfrihetssystemen behöver dock utvecklas för att bättre uppfylla sitt syfte.

Valfrihetssystemen har i alltför stor utsträckning kommit att domineras av stora vårdkoncerner. För att säkerställa både mångfald och kontinuitet behöver små, professionsdrivna vårdgivares villkor beaktas tydligare i utformningen av förfrågningsunderlag och ersättningsystem.

I dag ansvarar regionerna för utformningen, men Läkarförbundet ser gärna mer likvärdiga nationella krav och ersättningsprinciper – för långsiktiga planeringsförutsättningar och minskad detaljstyrning – med fortsatt utrymme för lokala anpassningar. Tydliga kvalitets- och bemanningskrav samt en aktiv och kvalitativ uppföljning är centrala.

Den fria etableringen har bidragit till fler mottagningar, men etableringar sker inte alltid där behoven är störst, vilket leder till fortsatt dålig tillgång till vård på vissa ställen. Samtidigt kan överetablering i vissa områden försämra kontinuiteten och skapa ekonomisk instabilitet, vilket försvårar långsiktig verksamhetsutveckling för seriösa aktörer. Vi har även sett exempel på oseriösa och kriminella verksamheter inom vårdvalssystemen.

För att komma till rätta med dessa problem bör:

- vårdverksamheter inom valfrihetssystemen vara tillståndspliktiga
- det ställas krav på att någon i ledande ställning innehar läkarlegitimation och/eller specialistbevis både vid start och vid överlåtelse
- ersättning och bemanningskrav kunna anpassas utifrån geografiska och demografiska förutsättningar
- det finnas möjlighet till geografisk etableringsbegränsning baserad på behovsbedömning

På så sätt kan valfrihetssystemen kombineras med en tydligare styrning mot kvalitet, kontinuitet och jämlik vård.

5. Utveckling av nationella taxan

Nationella taxan är ett viktigt verktyg för att stödja små, professionsledda verksamheter. Det systemet behöver dock utvecklas. Staten behöver säkra rättssäkerheten för utförarna samtidigt som man behöver säkerställa kvaliteten för patienterna genom ändamålsenlig kontroll och uppföljning.

Läkare verksamma inom nationella taxan är erfarna specialister inom sina respektive områden som kan erbjuda högkvalitativ vård till en låg kostnad. Vi önskar att systemet bättre tillvaratar dessa läkares kompetens och kapacitet, inklusive möjligheten att bidra med handledning och utbildningsplatser för ST-läkare.

Systemet bidrar till kontinuitet för patienterna, flexibilitet för vården och gör det möjligt för läkare att fortsätta arbeta kliniskt över tid – även när traditionella anställningsformer upplevs oattraktiva. Det är ett värdefullt komplement till regiondriven vård och stärker vårdens långsiktiga kapacitet.

6. Specialiserad vård utanför sjukhus, tillsammans med förbättrade möjligheter för delad arbetstid mellan olika vårdgivare

Öppen specialiserad vård som drivs utanför sjukhus ökar vårdens effektivitet och tillgänglighet. Dessa mottagningar kan bättre anpassa sin verksamhet efter patienternas behov och ligga närmare patienten. Det finns även bättre förutsättningar för hög kontinuitet i patientomhändertagandet. Det kan bidra till förbättrad samverkan med primärvården.

Läkare måste dock ges bättre möjligheter att kombinera tjänstgöring på sjukhus med arbete i fristående öppenvårdsenheter. Det är viktigt för att det ökar flexibiliteten vid arbetstoppar, för att ST-läkare ska få en bredd i sin utbildning, för kompetensutvecklingen och för att sjukhusens jourbörda då kan delas mellan fler läkare. Läkarförbundet vill därför förbättra möjligheterna för läkare att gå mellan sjukhusvård och öppenvård – oavsett driftform. För det krävs att läkare med kombinationstjänster erbjuds lösningar för en bra sjukförsäkring och tjänstepension.

7. Likvärdiga möjligheter till forskning och utbildning

Vårdvalssystemen ska utformas så att både volym och kvalitet i läkares specialiseringstjänstgöring säkerställs. Alla vårdgivare med offentlig finansiering ska ansvara för utbildning och fortbildning av läkare på anmodan av den offentliga huvudmannen. Krav på deltagande i utbildningsinsatser behöver inkluderas i avtal med privata vårdgivare och ges en skälig ersättning. Utbildningsuppdraget måste ske på lika villkor och med en gemensam tillsyn.

Möjlighet till forskning ska finnas för privata utförare på samma sätt som inom övrig vård. Privata vårdgivare får inte hindras att delta i forskning när kompetens för detta finns. Återigen är det viktigt att möjliggöra kombinationstjänster och lösa pensions- och sjukförsäkringsfrågan.

8. Motverkad välfärdsbrottslighet

Vi verkar för högre krav för etablering och uppköp av verksamheter, till exempel genom införande av tillståndsplikt. Vi anser också att det borde krävas medicinsk kompetens hos ägarna – exempelvis att någon av ägarna av en vårdcentral är specialist i allmänmedicin. Därefter krävs adekvat uppföljning och kontroll och möjlighet till sanktioner. För att underlätta en effektiv kontroll vill vi se ökad insyn i offentligt finansierad, privat verksamhet och förbättrade verktyg för granskande myndigheter. Fördjupade granskningarna måste dock vara riskbaserade för att minska välsköta verksamheters administrativa börda.

9. Privatdrivna sjukhus

Även sjukhus ska fortsatt kunna drivas av andra vårdgivare än regioner, men det är viktigt att beakta att privatbetalande försäkringspatienter inte tränger undan regionfinansierad vård. En mångfald av vårdgivare kan främja patientnöjdhet, innovationskraft och effektivitet, också när det kommer till akut- och närsjukhus. Det öppnar för en dynamisk utveckling med konkurrens och kan bidra till en större patientnöjdhet, bättre resursutnyttjande och en bättre arbetsmiljö för de anställda. Vi vill dock att staten granskar och, när det är motiverat, blockerar utländska investeringar i samhällsviktiga sektorer med påverkan på rikets säkerhet.

10. En sömlös vård

En patients information behöver följa med mellan vårdgivare – oavsett om det handlar om region, privat aktör eller kommunal omsorg. Det kräver att journalsystemen kan kommunicera med varandra – interoperabilitet. För att det krävs nationella krav, gemensamma standarder och lösningar som är praktiskt användbara i vårdens vardag.

Mindre vårdgivare måste få ekonomiskt stöd om anslutning till gemensamma system innebär merkostnader. Annars riskerar vi att skapa digitala klyftor som hotar både jämlik vård och patientsäkerhet.

Olika avtalsförhållanden

Det finns olika lagar och regler som gäller för läkare som driver privat vård med rätt till offentlig finansiering. Främst rör det sig om tre olika lagar som på olika sätt reglerar avtalsförhållanden mellan regionerna och de privata utförarna: lagen om valfrihetssystem (LOV), lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om offentlig upphandling (LOU). Nedan följer en närmare beskrivning av de olika avtalsförhållandena.

Vårdval enligt LOV

Vårdval enligt lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), är obligatoriskt inom den regionala primärvården sedan 2010. I specialiserad vård är det frivilligt för regionerna att erbjuda valfrihetssystem. I ett valfrihetssystem har varje invånare rätt att välja den vårdenhet som ska utföra vården bland de utförare som regionen godkänt och tecknat avtal med.

Införande av vårdval var en del av en reform för att öka utbudet av privata vårdgivare inom offentligt finansierad vård. Det obligatoriska vårdvalet inom primärvården innebär att regioner måste teckna avtal med privata vårdgivare som önskar bedriva primärvård, givet att de uppfyller de kvalitetskrav som respektive region fastställer.

En region kan reservera deltagandet i ett valfrihetssystem för idéburna organisationer sedan 2023. Detta gäller dock inte i fråga om det obligatoriska vårdvalet i primärvården.

Det råder fri etableringsrätt inom vårdval enligt LOV, vilket tenderar att leda till en överetablering på vissa platser och en brist på utförare i andra. Regionerna har dock möjlighet att dela in regionen geografiskt i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem, för att främja etablering i glesbygd eller socioekonomiskt utsatta områden exempelvis. Den möjligheten nyttjas i alltför låg utsträckning.

Mellan regioner finns det skillnader i vad som inräknas i vård- och hälsocentralernas uppdrag och vad som ligger i separata vårdval inom ramen för primärvården. Region Stockholm har smalast primärvårdsuppdrag, det vill säga lägst andel obligatoriska verksamheter i sitt vårdval primärvård. Det är också främst Region Stockholm som nyttjar vårdval inom specialiserad vård.

Att varje region utformar egna regler som de när som helst kan ändra försvårar för privata vårdgivare att etablera sig inom vårdval. Reglerna behöver vara överblickbara och inte kunna ändras lättvindigt av regionstyrelsen, utan då hellre av regionfullmäktige och i samråd med vårdgivare och fack, så att de blir lätta att förstå och så att åtagandet och dess långsiktiga effekter kan bedömas av små företag.

Konkurrenssnedvridningar måste undvikas, exempelvis omotiverade begränsningar i tjänsteutbudet för vårdvalsläkare, som ger olika verksamhetsförutsättningar för vårdenheter inom vårdvalssystemen och konkurrerande vårdenheter inom regionerna.

Nationella taxan enligt LOL

Nationella taxan är ett nationellt ersättningssystem för privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter som arbetar med offentlig finansiering, som har funnits sedan 90-talet. Systemet regleras i lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), för läkares del. Ersättningen regleras i förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning.

Sedan ett antal år tillbaka finns möjligheten för taxeanslutna läkare att, under vissa förutsättningar, sälja och då överlåta rätten till sin etablering till en ny utförare. Det kan liknas vid en upphandling och handläggs av regionen. Ytterst få privatpraktiserande har dock tillåtits ansluta sig till den nationella taxan sedan den fria etableringsrätten togs bort 1995. Idag är cirka 600 läkare anslutna till nationella taxan. De flesta arbetar antingen som egna småföretagare eller som anställda i Praktikertjänst AB.

Nationella taxan har inte utvecklats i takt med tidens krav, men en utvecklad och moderniserad LOL skulle kunna utgöra grunden i ett nationellt vårdval. Förbundet välkomnar ett nationellt grunduppdrag, med möjlighet till regional anpassning, i stället för dagens vårdvalssystem som resulterat i olika system i varje region.

Upphandling enligt LOU

All privat regionfinansierad hälso- och sjukvård som inte bedrivs i enlighet med LOV eller LOL är upphandlad i enlighet med lag (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU). Regioner upphandlar exempelvis medicinsk service, ambulanssjukvård och hjälpmedel, men även mer traditionellt utförd vård. Exempelvis är Capio St. Görans sjukhus i Stockholm upphandlat.

De avtal som tecknas när regionerna upphandlar vårdtjänster enligt LOU kallas vårdavtal. Ersättningen uppräknas i enlighet med vad som anges i varje avtal.

Upphandling enligt LOU är inte optimal för små vårdgivare. Större koncerner har lättare att delta i vad som är en komplicerad upphandlingsprocess. Ett annat problem med LOU är att den kan motverka kontinuitet med korta avtal. Det går att hantera inom gällande EU-rätt som gör undantag i de stränga reglerna för sjukvård, men i Sverige har man hittills valt att följa LOU till punkt och pricka även inom sjukvården.

Av ovan anledning är det bättre att utveckla LOV eller LOL och att utkräva en genomarbetad process i ett nationellt system mellan stat och region och vårdgivare i en löpande dialog. Dialogen ska syfta till att skapa förutsättningar för "best practice", framtidsutveckling, ersättningssystem som driver mot kvalitet och ett gemensamt ansvar.