Stockholm den september 2020

Förvaltningsrätten i Stockholm  
115 76 Stockholm  
forvaltningsrattenistockholm@dom.se

**ÖVERKLAGANDE**

**KLAGANDE**  
Förnamn, Efternamn, personnr  
Adress  
E-post  
Telefonnummer

**MOTPART**  
Region Stockholm, org nr 232100-0016  
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen  
Box 6909  
102 39 Stockholm

**ÖVERKLAGAT BESLUT**  
Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut den 25 augusti 2020, HSN 2020-046

**SAKEN**   
Laglighetsprövning enligt Kommunallag (2017:725)  
Inhibition / verkställighetsförbud

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**YRKANDEN**

Undertecknad överklagar ovanstående beslut vars protokoll anslogs den 26 augusti 2020 och yrkar,

1. att beslutet ska upphävas och
2. att domstolen ska meddela verkställighetsförbud (inhibition).

**GRUNDER**

Grunderna för talan är att beslutet strider mot lag, nämligen lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning – LOL och förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning ­– FOL (vissa delar strider även mot annan lagstiftning). Ett sådant beslut ska upphävas enligt 13 kap. 8 § p 4 kommunallag (2017:725) – KL

Förvaltningsrätten bör meddela inhibition för att förhindra en verkställighet då det är av stor betydelse att det överklagade beslutet inte länder till efterrättelse innan saken slutligt har prövats av domstolen.

**UTVECKLING AV GRUNDERNA**

Det överklagade beslutet innefattar nedanstående fyra punkter varav punkterna 2-4 är lagstridiga vilket medför att beslutet ska upphävas.

1. Remisskrav införs till läkarspecialiteterna hud- och könssjukdomar, kardiologi, medicinsk gastroenterologi och hepatologi, kirurgi samt öron- näs- och halssjukdomar.
2. Den kostnadsansvarsmodell för medicinsk service som tillämpas inom bland annat vårdval husläkarverksamhet med basal hemsjukvård införs för vårdgivare verksamma enligt LOL.
3. Gränsen för heltidsuppföljningar inom LOL och LOF fastställs tills vidare till 75 procent av heltid.
4. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att agera ombud för vårdgivare verksamma enligt LOL i rapporteringen till Socialstyrelsens Patientregister.

**1 Remisskrav**

Införande av remisskrav, punkt 1, bedöms rymmas inom lagstiftningen men är inkluderad i beslutet vars övriga delar strider mot lag och därför ska upphävas.

**2 Kostnader för medicinsk service**

Punkt 2 i det överklagade beslutet innefattar ett införande av kostnadsansvar för sådan medicinsk service som enligt LOL och FOL utgör så kallade ”fria nyttigheter”. Detta strider mot lag och förordning vilket förklaras i det följande.

Av 16 § FOL framgår att läkarvårdsersättningen utgör ersättning för samtliga åtgärder vid ett vårdtillfälle, inräknat läkemedelsförskrivning och *provtagning för klinisk laboratorieundersökning*.

Av andra stycket samma paragraf framgår vidare att läkarvårdsersättningen också innefattar betalning för de kliniska laboratorieundersökningar som anges i bilaga 2 till FOL, och provtagning för sådan undersökning. Om undersökningen eller provtagningen utförs av någon annan skall läkaren själv stå för kostnaden. I tredje stycket samma paragraf anges vidare att provtagningskostnaden för *andra* laboratorieundersökningar än de som anges i bilaga 2 bekostas av läkaren *om det inte är medicinskt motiverat att provtagning sker vid ett laboratorium som regionen har anvisat.*

Bilaga 2

Förteckning över kliniska laboratorieundersökningar enligt 16 §

Vid tillämpning av 16 § andra stycket skall betalning för nedan angivna laboratorieundersökningar innefattas i arvode för läkarbesök.

U-Bakterier (typ dis-slide eller kemisk metod) B-C-reaktivt protein (CRP) B-Glukos (semikvantitativ eller kvantitativ) B-Hemoglobin F-Hemoglobin U-Koriongonadotropin (U-HCG, kvalitativ) S-Mononukleosreaktion (kvalitativ) Pt-Streptokocker (direkttest) B, Ery-Sänkningsreaktion (B-SR) U-Testremsa (kval. analys av albumin, glukos, hemoglobin, leukocyter m.fl.)

Teckenförklaring

U-urin B-blod F-feces S-serum Pt-patient P-plasma Ery-erytrosyter Förordning (1996:1360).

För att läkare, verksamma enligt LOL, ska ha rätt att remittera patienter till medicinsk service som bekostas av regionen, ska provtagningen eller undersökningen vara medicinskt motiverad. Vidare måste den medicinska servicen alltid utföras vid ett laboratorium eller en enhet som är regionens egen verksamhet eller utföras av en vårdgivare som regionen har avtal med avseende de aktuella tjänsterna.

Ovanstående innebär att läkare med läkarvårdsersättning har så kallade fria nyttigheter under förutsättning av att det är medicinskt motiverad vård och att provtagningen sker antingen vid regionens laboratorium eller vid ett laboratorium som regionen har avtal med. Ett annat sätt att uttrycka saken är att läkare med läkarvårdsersättning inte har något kostnadsansvar för medicinsk service. Att besluta att införa ett kostnadsansvar för sådana ”fria nyttigheter” strider således mot lag och förordning, vilket innebär att beslutet ska upphävas.

Vidare finns en uppenbar risk för att kostnadsansvaret kan leda till att vissa undersökningar inte alls utförs. Beslutet kan på så sätt medföra allvarliga patientrisker. Det finns en tydlig redogörelse för dessa risker i analysen, Nuläge och riskanalys för ett förändrat kostnadsansvar för medicinsk service inom NSV:s avtalsområden, se bilaga 1. Dessutom nämns det (dock nedtonat) i det tjänsteutlåtande som utgjort beslutsunderlag för det aktuella beslutet, s. 6 under rubriken Riskbedömning.

Det är kostnadsansvaret som medför patientrisker och övervältringsproblem. I en aktuell utredning har man kommit fram till att fria nyttigheter leder till ökad *patientsäkerhet*, se slutbetänkande från utredningen Styrning för en mer jämlik vård, Digifysiskt vårdval – Tillgänglig primärvård baserad på behov och kontinuitet (SOU 2019:42). Utredningen uppmanar landstingen att i ökad utsträckning pröva om inte merparten av medicinsk service och läkemedel kan utgöra en så kallad fri nyttighet. Det är alltså utredningens uppfattning att det gynnar patientsäkerheten med fria nyttigheter.

Förutom att ett införande av kostnadsansvar strider mot lag och förordning och därför ska upphävas, innebär det alltså allvarliga patientrisker vilket gör att det bör inhiberas, se nedan.

**3. Heltidsverksamhet**

Enligt punkt 3 i det överlagade beslutet ska gränsen för heltidsuppföljningar tills vidare fastställas till 75 procent av heltid. Att detta strider mot lag framgår bl. a. av följande.

Det framgår av 8 § LOL att Läkarvårdsersättning lämnas endast till en läkare som senast ett år efter det att verksamheten påbörjades bedriver verksamhet enligt 7 § på heltid, om inte annat följer av andra stycket eller 10 §. En läkare anses som heltidsverksam om läkaren arbetar minst 35 timmar per vecka i genomsnitt eller har arbetat minst denna tid någon tolvmånadersperiod under de senaste två åren.

Av andra stycket samma paragraf anges att läkarvårdsersättning även lämnas till en läkare som till följd av sjukdom, ledighet för vård av barn, förestående ålderspensionering, vidareutbildning eller forskning inom yrkesområdet, politiskt eller fackligt uppdrag eller av annat liknande skäl inte bedriver verksamhet på heltid.

Det är svårt att förstå vad som avses med skrivningen ”75 procent av heltid” i punkt 3. Om det tolkas mot bakgrund av det tjänsteutlåtande som utgjort beslutsunderlag, HSN 2020-0845, bilaga 2, framgår att regionen avser att rikta sina kontrollresurser i form av heltidsuppföljningar till de fall LOL-läkarens debitering understiger 75 procent av det takbelopp som framgår av 5 § FOL (s 9 i detta tjänsteutlåtande). I detta sammanhang bör uppmärksamheten fästas vid skrivningen (s. 9) ”Regionen kan inte påverka lagstiftningens heltidsbegrepp, …” så långt är uttalandet korrekt men dessvärre fortsätter meningen med följande … ”som innebär att 100 procent av takbelopp 1 / ersättningstaket motsvarar heltidsverksamhet”. Det andra ledet uttrycker alltså en felaktig slutsats eller felaktig tolkning innebärande att beloppen i förordningen skulle vara mått på läkarens arbetstid. Förordningens belopp är inte framtagna i syfte att vara mått på heltid utan en rimlig årsinkomst. Förordningens belopp förhandlas mellan SKR och Läkarförbundet och avser endast ersättningsnivåer. Som framgått ovan avser lagstiftarens heltidskrav läkarens arbets*tid* inte läkarens inkomst. Variationen är stor huruvida dessa belopp avspeglar arbetstid per år för olika specialiseringar. Det som vid en ytlig granskning kan uppfattas som ett rättvist och lämpligt mått är inte det vid en djupare granskning.

Som framgått ovan är kravet på heltidsverksamhet i lagen uttryckt *i tid*, nämligen 35 *timmar per vecka* i genomsnitt. Det är läkarens arbetstid som avses. Det är felaktigt och strider mot lagstiftningen att ”göra om” detta till ett inkomstkrav vilket är innebörden av Regionens beslut. Om lagstiftarens avsikt hade varit att åsätta läkarna ett inkomstkrav så hade det kommit till uttryck i lagtexten, vilket inte har skett. Lagens krav är alltså inte avsett som ett inkomstkrav. Läkaren kan styrka sin arbetstid på annat sätt än genom debiteringar nämligen genom att visa exempelvis tidbok, patientjournaler och annat material. Eftersom beslutet strider mot lag även i denna del bör det upphävas också på denna grund.

**4 Hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag att agera ombud**

Det överklagade beslutet innehåller dessutom punkt 4, som anger att Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att agera ombud för vårdgivare verksamma enligt LOL. Det är alltså Hälso- och sjukvårdsnämnden som fattar ett ensidigt beslut att direktören ska vara ombud för LOL-läkarna. Eftersom rapporteringsskyldigheten till aktuella register åvilar den som utför vården dvs LOL-läkarna kan *endast LOL-läkarna* själva ge fullmakt eller i uppdrag åt någon att agera å deras vägnar. Nämndens beslut att uppdra åt direktören att utföra en skyldighet som åvilar någon annan dvs LOL-läkarna strider såväl mot lag som mot allmänna rättsliga principer. Detta förklaras utförligare i det följande.

I 26 § LOL finns en upplysning om att läkare med läkarvårdsersättningen även ska lämna uppgifter till hälsodataregister enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister. I enlighet med bestämmelserna i 1 § och 12 § i nämnda lag har Socialstyrelsen utfärdat förordningen (2001:707) om patientregister. Förordningen innehåller bl.a. bestämmelser om vilka personuppgifter som får behandlas och för vilket ändamål sådan behandling får ske. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter (SOSFS 2013:35) om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister. Enligt dessa regelverk är *den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården* som skyldig att lämna uppgifterna. En annan sak är att vissa LOL-läkare förmodligen skulle kunna tänka sig att uppdra åt förvaltningen att ombesörja denna typ av rapportering men det ska i så fall ske genom att den aktuelle vårdgivaren uttryckligen lämnar i uppdrag till förvaltningen att ombesörja detta för den aktuelle LOL-läkarens räkning.

Skyldigheten att rapportera har alltså den som bedriver vården vilket i detta sammanhang är LOL-läkaren, följaktligen är det endast denne som kan ge i uppdrag eller fullmakt till någon att agera ombud i detta syfte. Beslutet att Hälso- och sjukvårdsnämnden ensidigt utser hälso- och sjukvårdsdirektören till ombud strider såväl mot 2 kap. 10 § Lag (1915:218) om avtal och andra rättshandlingar på förmögenhetsrättens område ”avtalslagen”, fullmaktsläran och allmänna rättsprinciper. Beslutet strider därmed mot lag också i detta avseende och ska upphävas.

**Verkställighetsförbud / Inhibition**

Förvaltningsrätten bör meddela inhibition för att förhindra en verkställighet då det är av stor betydelse att det överklagade beslutet inte länder till efterrättelse innan saken slutligt prövats av domstolen. Anledningen är framförallt att det överklagade beslutet innebär risker avseende minskad tillgång till vård för invånarna (medlemmarna) och försvårade hälsotillstånd hos patienter.

Beslutet som strider mot lag medför betydande patientrisker. Eftersom beslutet avseende ökade kostnader för medicinsk service kan få till följd att provtagning inte utförs kan det innebära uppenbara patientrisker. Om patienter inte får den utredning och vård som de behöver kan det i sin tur leda till allvarliga hälsotillstånd. Eftersom sådana skador inte kan repareras i efterhand bör domstolen meddela verkställighetsförbud.

Beslutet innehåller flera delar som är lagstridiga vilket har förklarats ovan. Om Regionen börjar tillämpa beslutet innebär det omfattande nackdelar för verksamheter med läkarvårdsersättning. Nackdelarna består i läkarverksamheter motverkas och upphör i förtid. Kostnadseffektivitet är inte detsamma som att minska antalet privata utförare. Tvärtom är det i invånarnas (medlemmarnas) intresse att få mer vård för de skattemedel som Regionen förfogar över. Även om domstolen upphäver beslutet kan det bli svårt att reparera de skador som verksamheterna åsamkas. I vissa fall kan förmodligen Regionen återbetala medel som felaktigt tagits ut som kostnader för medicinsk service men i andra fall kan skadorna bli bestående, exempelvis om läkarverksamheten upphör i förtid.

Även om de berörda läkarnas ekonomiska skada kan repareras vid ett undanröjande av beslutet kan alltså beslutet få sådana negativa effekter för invånarnas tillgång till vård, framförallt medicinsk provtagning, att verkställighetsförbud bör meddelas.

**BEVISNING**

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens rapport, Nuläge och riskanalys inför ett förändrat kostnadsansvar för medicinsk service inom NSV:s avtalsområden, åberopas till styrkande av att beslutet bedöms medföra patientrisker, bilaga 1.

**ÖVRIGT**

Regionens tjänsteutlåtande, HSN 2020-0845, ges in f.k. men åberopas inte som bevisning, bilaga 2.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Undertecknad förbehåller sig rätten att komplettera talan med utvecklade av grunder och omständigheter vid senare tillfälle.

Dag som ovan,