

Datum
2026-01-22Vårt dnr
0201/2025Ert dnr
Fi2025/01857

Finansdepartementet

Goda möjligheter till ökat välstånd samt Fler möjligheter till ökat välstånd (SOU 2024:29 samt 2025:96)

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har enligt sin instruktion till uppgift att ur ett patient-, brukar-, och medborgarperspektiv följa upp och analysera verksamheter och förhållanden inom hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Vi begränsar våra synpunkter till de förslag som berör dessa sektorer, samt i några fall förslag som berör vårt arbete som myndighet. Det innebär att myndigheten avstår från att lämna synpunkter inom andra områden.

Vi avstår därför från att kommentera delbetänkandet, samt kapitlen 3–12 och 14 i slutbetänkandet. Vi lämnar några övergripande kommentarer på kapitel 15 med utgångspunkt i vårt arbete som myndighet. I övrigt lämnar vi synpunkter med utgångspunkt i våra analyser av hälso- och sjukvård, tandvård och omsorg. Vi lämnar några övergripande kommentarer om kapitel 16 och har tagit ställning till två av förslagen i kapitel 13, där vi instämmer i förslagen 13.3.3 och 13.3.4. Främst är remissvaret inriktat på kapitel 17, eftersom det tydligast berör våra sektorer. Vi instämmer i förslagen 17.3.1, 17.3.3 och 17.3.7 och motsätter oss förslagen 17.3.4 och 17.3.6.

Sammanfattning

Kommissionen har valt att på vissa områden presentera en inriktning, snarare än färdiga förslag. Vi kommenterar därför i första hand inriktningen på dessa förslag. Vi ser att kommissionen lyfter viktiga frågor inom de områden vi avgränsat oss till. I många fall delar vi kommissionens bedömningar om inriktning för att stärka produktiviteten på hälso- och sjukvårdsområdet. Vi ser att många förslag är värda att undersöka vidare och ger medskick kring vad som behöver utredas mer utförligt i det fortsatta arbetet.

Övergripande synpunkter

När det gäller hälso- och sjukvårdsområdet kan vi i många fall hålla med om den problembild som presenteras, och tycker att kommissionen lyfter angelägna utmaningar kopplade till produktiviteten inom sektorn. De förslag som presenteras är ofta inte tillräckligt utredda, vilket gör att vi i många fall inte kan ta ställning till dem. Det saknas konsekvensanalyser, och i vissa fall föreslår kommissionen att man tar bort något utan att ge förslag på vad som ska ersätta den nuvarande ordningen. Men förslagen pekar ofta i rätt riktning, och många är värda att arbeta vidare med.

Synpunkter på enskilda förslag och bedömningar

Vi har gjort en övergripande bedömning av kapitel 15 och 16, och lämnar här några övergripande kommentarer om kapitlen. Vi kommenterar också de två förslag i kapitel 13 som vi tagit ställning till. Däremot kommenterar vi förslagen i kapitel 17 mer utförligt.

13.3.3 Metoder för att kunna mäta produktivitsutvecklingen

Vi instämmer i förslaget om att SCB ges i uppdrag att ta fram och utveckla metoder och mått för kvalitetsjusterade produktionsvolymer. Vi har behov av den typen av mått i vissa av våra uppdrag.

Exempelvis har vi konstaterat att bristande data är en anledning till att det är svårt att skatta produktivitet och effektivitet inom hälso- och sjukvården (se *Regionernas ekonomi och effektivitet*, ESV rapport 2025:32 samt *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*, PM 2022:3 samt *Med örat mot marken*, Rapport 2019:2).

13.3.4 Statsbidragsportal och sektorsbidrag

Vi delar utredningens utgångspunkt att en ändamålsenlig samverkan mellan staten, regioner och kommuner är en viktig förutsättning för en fungerande flernivåstyrning (*I rätt riktning*, 2022:3).

Vi instämmer i förslaget om en portal för statsbidrag, som vi ser kan underlätta för kommuner och regioner.

Vi instämmer i förslaget om minskad användning av riktade statsbidrag. Både våra egna och andra myndigheters rapporter under det senaste decenniet pekar på behov av att minska den typen av styrning (I rätt riktning, 2022:3).

15 Offentlig upphandling

Vi lämnar synpunkter på kommissionens förslag kring offentlig upphandling utifrån vårt arbete som myndighet, som genomför upphandlingar. Vi ser positivt på kommissionens ansats att effektivisera den offentliga sektorns upphandlingar. Till den fortsatta utredningen och analysen vill vi skicka med att det är viktigt att även ta in de små myndigheternas perspektiv, som vi saknar här. Små myndigheter har i regel inte de organisatoriska eller ekonomiska resurser som behövs för att kunna genomföra och därmed tillgodogöra sig flera av de förslag som kommissionen har lämnat. Att utveckla och implementera nya arbetssätt utan att det påverkar övriga uppgifter negativt förutsätter att det finns resurser i form av medarbetare inriktade på utvecklingsarbete, till exempel internrevisorer och verksamhetsutvecklare. Många små myndigheter saknar sådana resurser. Det blir också särskilt viktigt i en liten organisation att utvecklingsarbetet inte orsakar mer administration som trycks nedåt i organisationen på det sätt kommissionen beskriver i kapitel 14, eftersom det inte alltid finns tillräckligt många medarbetare som kan omhänderta det nya sättet att arbeta och den administrativa bördan som det många gånger medför.

16 Konkurrens inom välfärdssektorn

Det är positivt att kommissionen lyfter problematiken kring kvasimarknader. Vi delar uppfattningen att välfärden inte är att betrakta som en vanlig marknad, utan kännetecknas av de problemområden och risker som förekommer på en kvasimarknad. Som vi har beskrivit i remissvar till SOU 2016:78 finns det på kvasimarknader bland annat informationsasymmetrier mellan olika aktörer vilket medför svårigheter att bedöma kvalitet för såväl finansärer som patienter och brukare. Utöver detta befinner sig patienter och brukare ofta i en utsatt situation där det är svårt och påfrestande att byta

utförare även om de skulle vilja. Det finns därför risk för opportunistiskt beteende hos oseriösa utförare, som kan prioritera ner kvalitetsaspekter som är svåra att följa upp.

Vi delar även bilden av att förutsättningarna för kvalitetskonkurrens brister, och att man därför bör ha begränsade förväntningar på vilka effekter som exempelvis vårdval kan ha på kvalitet och kostnadseffektivitet. Bland annat saknas det inom hälso- och sjukvården ofta en överkapacitet, vilket är en förutsättning för kvalitetskonkurrens ska kunna ske på ett effektivt sätt. Vi har även sett att flera grupper av patienter inte kan välja vårdcentral (*Veta för att välja*, 2024:3). Det kan bero på att det bara finns en vårdgivare inom rimligt avstånd, att patienten har nedsatt autonomi eller begränsad valfrihet av andra anledningar. Det kan därmed i många fall vara mycket svårt eller direkt omöjligt att införa konkurrensfrämjande mekanismer som får önskad effekt.

Vi ser positivt på att kommissionen lyfter komplexiteten kring dessa marknader, som en del i att om möjligt förbättra konkurrensen i offentlig sektor.

17.3.1 Stärkt primärvård med tillräcklig resurstilldelning

Vi instämmer i förslaget om att omställningen till en stärkt primärvård ska följas genom de mått som föreslås av utredningen om samordnad utveckling för god och nära vård, bland annat andelen utfärdade specialistbevis i allmänmedicin samt primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna.

Vi håller med om problembeskrivningen och uppfattar att kommissionen lyfter fram det som är mest centralt för att nå målen med omställningen till en god och nära vård, nämligen att stärka primärvårdens resurstilldelning och kompetensförsörjning. Det är därför viktigt att följa upp omställningen genom mått på primärvårdens andel av resurserna och kompetensförsörjning.

När det gäller uppföljning av omställningen och primärvårdens effektivitet vill vi också skicka med att det finns ett stort behov av data för att följa upp både den regionala och kommunala primärvårdens insatser och utfall. Det bör till exempel bli möjligt att skilja kommunernas utgifter för hälso- och sjukvård från kostnaderna för omsorg (*Omtag för omställning*, 2025:1).

17.3.2 Kravet på regionerna att tillämpa LOV tas bort

Vi kan varken instämma i eller motsätta oss förslaget eftersom det är otillräckligt utrett.

Vi håller i stort med om problembeskrivningen och har tidigare pekat på brister i förutsättningarna för kvalitetskonkurrens genom vårdval i primärvården (*Veta för att välja*, 2024:3). Vi har tidigare konstaterat att kunskapen om konsekvenserna av LOV är bristfällig, och att vi kan se både vissa positiva effekter och risker med att LOV tillämpas i primärvården (*Omtag för omställning*, 2025:1). Vi har exempelvis sett att LOV påverkar förutsättningarna för samverkan och hälsofrämjande arbete negativt.

Vi ser att det finns skäl att utreda ändamålsenligheten i kravet att tillämpa LOV, men att det utifrån kommissionens underlag inte går att ta ställning till om kravet att tillämpa LOV bör tas bort. Det saknas bland annat en analys av konsekvenserna av att ta bort kravet på regionerna att tillämpa LOV och en beskrivning av hur befolkningens möjlighet till valfrihet skulle påverkas. Patienters rätt att välja vårdgivare inom öppenvården

regleras i patientlagen, men de praktiska förutsättningarna skulle kunna påverkas om den fria etableringsrätten genom LOV försvinner. Regioner som med ett borttagande av kravet på att tillämpa LOV skulle överväga att sluta tillämpa LOV i primärvården kan förvisso själva bedöma konsekvenserna för den egna regionen, men det hade varit önskvärt med en analys av förväntade konsekvenser på nationell nivå av lagändringen.

17.3.3 Ersättningssystem och beskrivningssystem

Vi instämmer i förslaget om att Socialstyrelsen ska rikta stöd till vårdens huvudmän när de utformar sina ersättningssystem. Däremot vill vi lyfta att utredningen *Behovsstyrd vård* kommer att se över nationella principer för ersättning och avgifter, inklusive behovet av reglerade nivåer (Socialdepartementet 2025 Dir. 2025:94). Vi ser därför att man bör invänta resultatet av utredningen för att kunna utforma ett relevant stöd.

Vi instämmer i förslaget om att Socialstyrelsen ska se över hälso- och sjukvårdens beskrivningssystem och förändra dessa för att stimulera en överföring av vård till öppnare vårdformer på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Vi delar bilden att DRG-systemet behöver utredas och anpassas, för att inte undervärdera den vård som utförs i den öppna vården och för att bättre understödja omställningen till en god och nära vård (se även våra tidigare synpunkter i remissvaret till SOU 2020:19).

17.3.4 Remisskrav för akutvård på sjukhus

Vi motsätter oss förslaget. Vi ser positivt på att stärka primärvårdens akutuppdrag, men vår bild är att ett remisskrav till sjukhusens akutmottagningar inte bör vara aktuellt innan primärvården stärkts för att ha förutsättningar att klara av sitt utökade uppdrag. Det saknas också en fördjupad analys av på vilket sätt ett remisskrav för akutvård löser problemet samt vilka konsekvenser förslaget skulle få för patienter och hälso- och sjukvården.

En av orsakerna till belastningen på sjukhusens akutmottagningar är den bristande tillgängligheten i primärvården, som gör att patienter upplever sig tvingade att söka sig till akutmottagningarna. En stärkt primärvård kan alltså i sig förväntas minska trycket på sjukhusens akutmottagningar. Det är angeläget att öka primärvårdens andel av resurserna och förbättra tillgängligheten. Ett remisskrav skulle kunna styra i den riktningen. Trots den tid som gått sedan den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården först presenterade förslaget, har dock primärvården ännu inte fått de förutsättningar som krävs. Om remisskrav införs utan att primärvården har förutsättningar att möta uppdraget kan det förväntas leda till försämrad tillgänglighet för patienter och undanträngning av primärvårdens övriga uppgifter. Remisskrav för akutsjukvård på sjukhus bör därför inte införas i dagsläget. Om man vill införa remisskrav bör det i så fall ses som ett mål på längre sikt, när det är säkerställt att primärvården kan möta både sitt befintliga uppdrag och ett utökat akutuppdrag, och man behöver ha en genomtänkt strategi för att nå dit.

I *Effektiv vård* (SOU 2026:2) resonerade man om att belastningen på sjukhusens akutmottagningar förvärras av att patienter inte alltid har kunskap om hur vårdssystemet är uppbyggt eller inte har förtroende för primärvården. En förändrad ansvarsfördelning för brådskande hälso- och sjukvård får inte resultera i ökad otrygghet för patienter eller att patienter hamnar mellan stolarna. Oavsett hur man ska söka akut vård måste det vara

tydligt vart man som patient ska vända sig. Kunskapen om hur man tar sig fram i systemet är också ojämnt fördelad i befolkningen (*Omtag för omställning*, 2025:1, *Veta för att välja*, 2024:3). Det är därför viktigt att en konsekvensanalys inkluderar ett jämlikhetsperspektiv.

17.3.5 Kompetensförsörjning och vårdinfrastruktur

Vi kan varken instämma i eller motsätta oss förslagen eftersom det är otydligt vad de innebär i praktiken, men ser positivt på riktningen som kommissionen pekar ut.

Vi håller med om att det finns behov av mer övergripande och strategiskt perspektiv på kompetensförsörjning, nationell samordning och mer nationell behovsanalys till grund för fördelningen mellan specialiteter. Vi kan inte ta ställning till förslaget om att staten ska ta tydligare strategiskt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, eftersom det är generellt hållet och oklart vad det skulle innebära i praktiken. Men vi ser positivt på att behovet och formerna utreds brett i framtiden.

Vi ser också positivt på en utökad nationell samordning av vårdinfrastruktur. Förslaget om att staten bör bistå huvudmännen med samordning av vårdinfrastrukturplanering är dock generellt hållet och det är oklart vad det innebär i praktiken. Vi saknar en beskrivning av vad det innebär att staten bistår med samordning utan att ha rådighet över frågorna, och hur en sådan statlig samordning kan förväntas påverka regionernas planering jämfört med idag. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård (SOU 2021:71) har tidigare lämnat förslag på området och argumenterat för behovet av rättspåverkande regler, snarare än exempelvis uppdrag till myndigheter om att bistå med samordning.

17.3.6 Skyldigheten att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan tas bort

Vi motsätter oss förslaget i nuvarande form.

Vi delar problembilden som ligger till grund för förslaget (*Omtag för omställning*, 2025:1). Vi anser däremot att det saknas ett tydligt alternativ till ersättningssystemet och en konsekvensutredning kring alternativ. Inte heller under det hänvisade avsnitt 17.3.3 redogörs för ett tydligt alternativ, utan där förslås ett stöd för huvudmännen att utforma egna system. Detta riskerar att vid en avveckling av det nuvarande systemet skapa en situation där patienter i vissa delar av landet får sämre tillgång till digital vård, eftersom tillgången till digitala vårdbesök varierar i landet.

Det finns en rad olika alternativ till dagens ersättningssystem. Vi har tidigare diskuterat för- och nackdelar med några av dessa alternativ (*Besök via nätet*, 2022:1). En genomförlig utredning kring alternativ, konsekvensanalys och en övergång till ett nytt system behöver göras innan nuvarande system kan avvecklas. Vi välkomnar därför tilläggsdirektivet till utredningen *Behovsstyrd vård* om att se över nationella principer för ersättning och avgifter för att främja en behovsstyrd vård.

17.3.7 Bättre kontroll över den utförda hälso- och sjukvården

Vi instämmer i förslaget om att LOL och LOF upphävs.

17.3.8 Finansiering av förskrivningsläkemedel

Vi kan varken dela eller inte dela bedömningen om ett ökat statligt ansvar på läkemedelsområdet, eftersom vi bedömer att frågan är otillräckligt utredd.

En vidare utredning bör ha ett brett perspektiv och omfatta prissättning, finansiering, subvention, införande och uppföljning av läkemedel och analysera vilken roll staten respektive regionerna ska ha. Vi anser att det är viktigt att det utreds och lämnas förslag på hur ett långsiktigt hållbart system kan utformas som balanserar behovet av god och snabb tillgång till läkemedel i hela landet mot andra värden, till exempel kostnadseffektivitet och kostnadskontroll samt möjligheter för regionerna att planera och prioritera. En läkemedelsutredning bör även analysera hur ökade kostnader på läkemedelsområdet kan tränga undan finansiering av andra angelägna områden inom hälso- och sjukvården.

Vi ser dock att när de förväntade effekterna av de olika systemen är tydliggjorda så kommer en politisk avvägning behöva göras, där vissa av ovanstående principer premieras på bekostnad av andra. Finansieringen av förskrivningsläkemedel innebär prioriteringar mellan patienter, och det behöver vara transparent hur prioriteringarna görs.

17.3.9 Digitalisering

Vi håller med om kommissionens problembild om att det behövs en mer effektiv och enhetlig digital infrastruktur. Icke-ändamålsenliga och icke-kompatibla digitala system skapar ineffektivitet och försvårar både det löpande arbetet, utvecklingsarbete inom vården och uppföljning. Vården behöver smidiga digitala system med strukturerad information som kan överföras automatiskt mellan system. Patienter behöver också få tillgång till användarvänliga digitala lösningar som stödjer tillgänglighet och delaktighet.

17.3.10 Vikten av prevention

Vi kan varken instämma i eller motsätta oss förslaget i dess nuvarande form eftersom det är oklart vad förslaget innebär, men ser positivt på att man arbetar vidare med frågan.

Vi håller med om att förebyggande är ett viktigt område som behöver stärkas. Det finns även stor osäkerhet om hur träffsäkra olika hälsofrämjande insatser är, och därför finns behov av att bygga upp mer kunskap för att arbeta effektivt. Vi har också sett att förutsättningarna för regioner och kommuner att arbeta med förebyggande varierar stort idag (*Omtag för omställning*, 2025:1).

Vi delar problembilden att kostnader och vinster av förebyggande kommer i olika delar av samhället och vid olika tillfällen, vilket gör det svårt att prioritera området tillräckligt. Det är inte lämpligt att lägga hela ansvaret för prevention och hälsofrämjande på hälso- och sjukvården, utan arbetet behöver ske även i andra sektorer. Det är bra att kommissionen lyfter att primärvården har otillräckliga förutsättningar idag för att arbeta förebyggande. Med begränsade resurser behöver primärvården fokusera sitt förebyggande arbete på personer med stora behov (*Omtag för omställning*, 2025:1, *Förebygga för att överbrygga*, 2016:4).

Det är dock oklart vad förslaget om ett reformprogram innebär i sammanhanget, exempelvis vem reformprogrammet ska rikta sig till och hur förslaget förhåller sig till det

arbete Folkhälsomyndigheten redan gör när det gäller levnadsvanor och information till allmänheten. Det är även tydligt vad reformprogrammet ska uppnå. Kommissionen nämner både förbättrade levnadsvanor, egenvård i betydelsen att hantera enklare hälsotillstånd själv, samt hälsolitteracitet.

Vi ser positivt på att man arbetar vidare med frågan. Det är viktigt att man i det fortsatta arbetet har ett tydligt jämlikhetsperspektiv. Som kommissionen lyft tidigare i betänkandet är folkhälsan överlag god, men ojämlikt fördelad. Nyttan av förbättrade levnadsvanor och ökad hälsolitteracitet är störst bland dem med sämst förutsättningar, och arbetet behöver särskilt anpassas och riktas mot dessa personer (*Förebygga för att överbygga*, 2016:4).

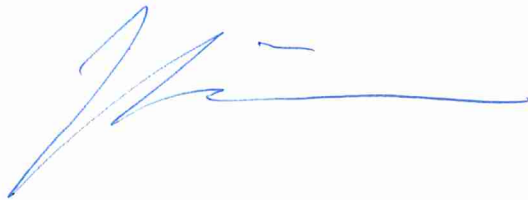
När det gäller egenvård är det också viktigt att ansvar för vård inte skjuts över på patienter eller närstående mot deras vilja. Vi har tidigare sett att nästan hälften av tillfrågade patienter vill ha mer hjälp kring egenvård från sjukvården än de får idag (*Omtag för omställning*, 2025:1).

17.3.11 Fasa ut lågvärdesvård

Vi kan varken instämma i eller motsätta oss förslaget. Vi delar kommissionens bild att det är angeläget att lågvärdesvård fasas ut och att arbetet som pågår med Kloka Kliniska Val är välbehövligt. Det är även positivt att Socialstyrelsen fått i uppdrag att stötta arbetet. Vi ser positivt på att det tas fram mer konkreta förslag framöver för att stödja utfasningen av lågvärdesvård och följa upp användningen av lågvärdesvård.

Beslut om detta yttrande har fattats av generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam. Analytikern Annasara Agfors har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analytikern Andreas Böhlin, analyschefen Hanna Larheden, chefsjuristen Catarina Eklundh Ahlgren, projektdirektören Åsa Ljungvall, utredaren Kajsa Hanspers och juristen Ulrika de la Iglesias deltagit.

Jean-Luc af Geijerstam (*beslutsfattare*)



Annasara Agfors
(*föredragande*)

