

2018-11-15

Gem 2018/0287

Till  
Socialdepartementet

## God och nära vård, en primärvårdsreform

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

### Sammanfattning

Läkarförbundets uppfattning är att betänkande innebär flera steg framåt mot en god och nära vård. Dock saknas fortfarande väsentliga inslag i en nationell primärvårdsreform.

Det saknas förslag om listning på en fast namngiven läkare. Det är vår uppfattning att det är en avgörande brist som avsevärt kommer att försvåra att uppnå en förbättrad tillgänglighet och kontinuitet i primärvården.

För att möjliggöra listning på fast läkare i primärvården och en nationell primärvårdsreform krävs det fler allmänläkare. Vi uppskattar betänkandets förslag i dessa avseenden men anser att mer behöver göras.

Vi saknar också resonemang om nationella finansieringsprinciper och vi efterlyser också en starkare uppföljning av en nationell primärvårdsreform än den som föreslås i betänkandet. Det är också vår uppfattning att primärvårdens grunduppdrag ska förordnas i lag.

### Våra viktigaste synpunkter

#### Listning på läkare – inte på vårdcentral

Delbetänkandet innebär ingen listning på namngiven läkare. Listning sker på utförare, d v s vårdcentral. Enligt betänkandets förslag ska invånarna kunna välja enskild läkare på vårdcentral men själva listningen sker s a s på själva huset, vårdcentralen.

Det innebär i det avseendet alltså ingen skillnad mot i dag, även om andra förslag i utredningen stärker rätten till fast läkare.

Utredningens angivna skäl för detta är följande: *"att det inte är ändamålsenligt att svensk primärvård utvecklas i motsatt riktning mot den utveckling som ses i våra nordiska grannländer. Betydelsen av fast läkarkontakt bör betonas och stärkas, samtidigt som möjligheten och förutsättningarna för en fortsatt nära samverkan med andra yrkesgrupper bevaras."*

Utredningen ställer i argumentationen listning på namngiven läkare i motsats till teamarbete.

Det är inte vår uppfattning. Tvärtom, ett tydliggörande av vem som har det yttersta medicinska ansvaret, underlättar och stärker teamarbetet. Kring den enskilde fasta läkaren byggs ett team upp av olika personal med de kompetenser som behövs för patienten. Det patientens behov som ska styra teamarbetet och inte tillfällig vårdideologi.

Utredningen för också resonemang om att listning på läkare innebär att ersättningen därmed, som i Danmark och Norge, är kopplad till den enskilde fasta läkaren. Utredningen hade dock kunnat nämna, vilket den inte gör, ersättningssystemet i den tidigare Husläkarlagen som ju i detta avseende visar att listning på namngiven läkare mycket väl går att förena med ett system där inte alla läkare har en egen verksamhet. Om detta nämns inget i betänkandet.

Vår uppfattning är att patienter som ej själva valt listning på en namngiven fast läkare (aktiv listning) ska tilldelas en sådan (passiv listning). Det är svårt att få till stånd en jämlik vård om endast en del av befolkningen har en fast läkarkontakt. Det är inte rimligt att endast de patienter som själva aktivt valt en fast läkare ska få kontinuitet i vården. Därför behövs också en passiv listning.

## **Ersättningsystemen**

Betänkandet förslår inga nationella finansieringsprinciper. Det som finns med är en uppmaning till landstingen att bättre samverka för att få mer enhetliga ersättningssystem för vårdvalen för primärvården. Det innebär att det inte blir någon förändring mot i dag. Sedan väljer utredningen att hänvisa frågan vidare till Stiernstedts utredning "Styrning för en mer jämlik vård."

Vår uppfattning är att vi fortfarande behöver en analys av ersättningsystemen och förslag på hur vi kan få ett nationellt mer enhetligt ersättningssystem.

Vi har sedan länge också påpekat att ersättningen ska vara möjlig att anpassas lokalt efter exempelvis demografiska skillnader och glesbygdens speciella förutsättningar. Det innebär i praktiken att uppdragen kan vara mindre i glesbygd och på landsbygd. Det underlättas om reformer genomförs som möjliggör för olika yrkesprofessioner att öppna och driva egen verksamhet och samarbeta i nätverk.

Vi anser att principerna för ersättningssystemen ska vara enkla, avspegla vårdtyngd, inte möjliga att manipulera och att systemen ska stimulera till hög kompetens samt ökad kontinuitet. Dessutom resurserna måste dimensioneras efter uppdraget samt följa kostnadsutvecklingen.

Vi efterlyser en analys och resonemang om nationella ersättningsprinciper i ljuset av den utveckling som vi just nu befinner oss i. Digitaliseringen av vården och patientens stärkta ställning och ökade valfrihet att söka vård oberoende av geografin aktualiserar behovet av en analys och översyn av ersättningsprinciperna. Vi följer därför arbetet med delar av detta i utredningen Styrning för en mer jämlik vård.

### **Listningstak**

Vi anser att ett listningstak behövs på enskild ansvarig läkare för att den nära vården ska kunna upprätthålla en patientsäker och kostnadseffektiv vård med kontinuitet i fokus. Ansvar för detta bör ligga på sjukvårdshuvudmannen.

För vården är den viktigaste principen att erbjuda patienterna kontinuitet. Listningen bygger således på kontinuitetsprincipen.

Kraven på en god tillgänglighet och kontinuitet, samt kravet att allmänläkares kompetens ska kunna upprätthållas och utvecklas, innebär att den verksamme läkarens verksamhet bör ha en sådan omfattning att uppdraget är läkarens huvudsakliga yrkesverksamhet.

Utan möjlighet att avgränsa uppdraget utifrån patienternas antal och behov riskerar kvaliteten i primärvården att sjunka. Vi vet att en konsekvens av nuvarande situation är att arbetsmiljön försämras till den grad att kollegor slutar.

Ett fast listningstak garanterar att enskilda läkare inte pressas att ta ansvar för en underdimensionerad primärvård, och därmed tar på sig en större lista än vad en hållbar arbetsbelastning egentligen medger. Ett fast övre tak underlättar också planering för kompetensförsörjning. Å andra sidan har olika läkare olika kapacitet, kringresurser och patientunderlag.

Exakt vilken den övre gränsen ska vara kan se olika ut. I Norge har ett listningstak varit och är en bärande faktor i modellen. Där har man landat på 2500 individer som ett övre tak. Det reella antalet listade personer per läkare är däremot avsevärt lägre. Ett tak i Sverige bör vara avsevärt lägre framförallt beroende på det bredare

uppdraget här. Taket bör anpassas efter demografi, geografi och socio-ekonomiska faktorer med mera.

Det behöver också finnas utrymme för den som på egen begäran vill och kan ha ett större antal listade individer än som stipuleras av taket. Det beslutet måste givetvis tas med hänsyn till patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Taket för listning måste därför också vara diversifierat. För läkare med vårdtunga patienter behöver exempelvis taket vara lägre än för läkare som har patienter listade hos sig som är yngre och friskare. Taket behöver också vara progressivt. För läkare som går ST-utbildningen i allmänmedicin behöver taket vara lägre än för specialister som är färdiga. Det är upp till sjukvårdshuvudmannen att utifrån kommande lagars förarbeten avgöra de exakta taken inom rimliga intervall.

För att stimulera och säkra en aktiv listning bör regeringen under en övergångsperiod sätta ökande mål för andelen patienter som är listade på läkare och inte på vårdcentral per år med mål 60% år 1, 70% år 2, 80% år tre, 90% år fyra och 100% täckning efter fem år.

Läkare ska endast kunna ha en lista, och ersättningen ska vara kopplad till patienterna på listan.

Det ska vara möjligt för huvudmannen att komplettera med tilläggsuppdrag för läkare med lista, som BVC, MVC eller hemsjukvård. Läkare ska också kunna kontrahera andra specialister eller yrkesgrupper som har egna avtal, som till exempel fysioterapeuter eller psykologer, för att kunna fullgöra hela primärvårdsuppdraget.

Det är alltså vår uppfattning att den enskilda verksamheten inom vårdvalet ska ha rätt att sluta avtal med huvudmannen om ett listningstak, om och när ett sådant behov föreligger, för att förhindra att kvaliteten blir lidande, patientsäkerheten försämras eller kontinuiteten blir sämre. Om inte huvudmannen kommer överens med vårdgivaren om åtgärder bör det finnas en lagstiftad skyldighet att anmäla till huvudmannen och socialstyrelsen/IVO om patientsäkerhet, tillgänglighet och kontinuitet enligt lag inte längre kan garanteras.

## **Färdplanen**

Vår uppfattning är att betänkandets förslag avseende styrning av reformens färdplan, med nationella samråd kring färdplanen med endast tre möten på 10 år, är undermåligt. Det krävs tätare möten och fler utvärderingar än detta.

Ett alternativ kan vara att tillsätta en parlamentarisk delegation för en nationell primärvårdsreform med uppgift att följa utvecklingen och effekterna av reformen som

under förslagsvis två mandatperioder rapporterar till regeringen och riksdagen om reformens implementering, utvärdering med mera.

### **Primärvårdens grunduppdrag**

Utredningens föreslår att Primärvårdens grunduppdrag ska regleras i förordning. Vi saknar tydligare skrivningar och förslag. Det räcker inte med att bara ha samråd 3 gånger fram till 2027 och sen diskutera om riktade statsbidrag är bra eller inte

Utredningen skriver vidare: *”En medicinsk bedömning och medicinsk behandling kan dessutom göras av flera legitimerade yrkesgrupper. Även för andra yrkesgrupper än läkare bör generalistkompetens eftersträvas för att inte skapa organisatoriska stuprör inom primärvården och inom en enskild vårdcentral.”* Vi saknar här en definition av vad som är en medicinsk bedömning.

Primärvårdens roll som första linjens sjukvård behöver befästas på starkast möjliga sätt. Lagstiftning faller sig avsevärt mer lämplig för det än förordning eftersom förordningar är lättare att ändra och inte har samma varaktiga karaktär som lagstiftning.

Vi anser att primärvårdens grunduppdragförtydligas i lagtext. Mot bakgrund av den blandade bild som trots allt finns om vad som är primärvårdens grunduppdrag skulle en närmare reglering av vilka kompetenser eller hälso- och sjukvårdstjänster som uppdraget kräver innebära ett välgörande förtydligande. Vår uppfattning är således att primärvårdens grunduppdrag ska förordnas i lag.

### **Kompetensförsörjningen**

Betänkandet behandlar utbildning, forskning, prevention och rehabilitering men saknar fördjupande skrivningar om kompetensutveckling, fortbildning, ersättningsnivåer eller faktiska pengar. En del av detta är aviserat till slutbetänkandet och vi kommer givetvis då att återkomma med kommentarer kring det.

Det finns mycket att göra för att stärka och säkra kompetensförsörjningen.

Läkarförbundet anser att det krävs ett tydligare nationellt ansvarstagande än i dag för sjukvårdens kompetensförsörjning. Socialstyrelsens arbete inom ramen för Nationellt Planeringsstöd (NPS) behöver utvecklas med bättre statistik om den befintliga läkartillgången och mer komplexa prognoser som tar hänsyn till inte bara läkartillgången utan även hur befolkningens behov kommer att förändras. Prognoserna bör även ta hänsyn till att det sker effektiviseringar i arbetssätt och ständigt tillkommer nya och bättre behandlingsmetoder. Socialstyrelsen måste också bättre belysa hur bristen på olika specialister i dag är fördelad geografiskt och orsakerna bakom.

I dag har ett sådant arbete påbörjats med det är vår bedömning att de resurser och den ambitionsnivå som arbetet har fått och har inte är tillräckliga för att skyndsamt kunna ta fram efterfrågade uppgifter och information.

Ansvaret för att säkerställa kompetensförsörjningen i vården ska även fortsatt vara huvudmännens men kravet på samordning bör öka. Staten måste kunna ålägga huvudmännen att samarbeta och sätta gemensamma nationella mål för att säkerställa att tillräckligt antal specialister utbildas för hela landet.

Läkarutbildningen måste vara planerad och dimensionerad efter de resultat som arbetet inom ramen för NPS leder till, med hänsyn till den långsiktiga planeringshorisont och de utökningar som redan gjorts när det gäller grundutbildningen. Mycket kan också vinnas på att tiden från examen till färdig specialistkompetens förkortas.

I dag är det långa väntetider både mellan grundutbildningen och AT liksom mellan AT och ST. För att minska den totala utbildningstiden krävs att staten och sjukvårdshuvudmännen tar ansvar för samordning avseende dimensioneringen kring hela utbildningskedjan. Landstingen bör exempelvis satsa på rejäl utbyggnad av antalet AT-tjänster i vården. Fler kurser och framför allt enklare tillgång till sidotjänstgöring skulle också förkorta genomströmningstiderna i specialiseringstjänstgöringen.

### **Utbildning, fortbildning och forskning**

Inom primärvården såväl som på andra håll är kompetensförsörjningen otillräcklig. I dag är den tid som specialistläkarna får för fortbildning nere på oroväckande låga nivåer eftersom vårdgivarna mer eller mindre kan välja om de vill erbjuda sin personal detta eller inte. Dagens svaga reglering i hälso- och sjukvårdslagen är bevisligen otillräcklig för att tillse att arbetsgivarna tar sitt ansvar för läkares fortbildning. Läkares fortbildning måste därför tydligare regleras i föreskrift genom ett förtydligande av Socialstyrelsens ledningsföreskrift. I denna bör det läggas till att varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan som följs upp och revideras regelbundet. I fortbildningsplanen ska behovet av både extern och intern fortbildning framgå. Att vårdgivare och yrkesföreträdare uppfyller sina skyldigheter måste också vara föremål för extern uppföljning. Fortbildningen ska därför redovisas i verksamhetsberättelsen för att underlätta granskning.

Villkoren för att bedriva forskning måste också förbättras. Primärvården kan inte bli den bas i svensk sjukvård som eftersträvas om inte resurserna för forskning stärks och huvudmän och universitet/högskolor bidrar till denna utveckling tillsammans. En sådan utveckling behöver styras nationellt och vara en naturlig del av samråden. En samverkan mellan huvudman och universitet är också nödvändig för att säkerställa



tillräcklig akademisk kompetens för utbildning och forskning i den framtida primärvården och för att man ska kunna ha en möjlighet till akademisk karriärsutveckling.

Vi anser att andelen forskarutbildade läkare behöver öka. Disputerade läkare som arbetar kliniskt eller är aktiva forskande läkare är ytterst viktiga för professionens och vårdens långsiktiga utveckling.

I dagsläget bedrivs en stor andel av den medicinska grundforskningen av icke läkarutbildad personal. En ökad andel läkare som är forskarutbildad skulle vara gynnsamt för professionens och den medicinska vetenskapens utveckling samt för patientnyttan, samhällsekonomin och för den enskilde disputerade läkaren. En ökad andel disputerade och aktivt forskande läkare skulle bidra till en än mer kunskapsstyrd och kunskapsskapande vård där vården är evidensbaserad och där kunskap integreras i verksamhet, behandling och organisation på bästa sätt.

Många läkare efterfrågar ökade möjligheter att kunna forska på deltid. Detta gäller självfallet också privatläkare. I dagsläget begränsar regelverken (högskolelagen och högskoleförordningen) möjligheten för läkare att inneha så kallade kombinationstjänster. Vid en sådan förenad anställning är en individ anställd både vid en sjukvårdsenhet och på ett universitet/högskola. Högskolelagen och högskoleförordningen skulle behöva lättas upp för att fler läkare ska få möjlighet till kombinationstjänster. Vi förordar att kravet på specialistkompetens tas bort, samt kravet på att vara professor eller lektor. Att vara legitimerad läkare samt forskare tycker vi är fullt tillräckligt och skulle öppna dörrarna till kombinationsanställningar för många.

Den kliniska forskningen inom vården behöver lyftas och värderas högre på klinikerna och det behövs bättre förutsättningar för att bedriva forskningen. Detta gäller inte minst inom den sjukvård som bedrivs utanför universitetssjukhusen där det i många fall är ont om samarbeten, interaktioner och utbyten med ett lärosäte.

En ökad andel disputerade läkare som chefer kan bidra till att forskningsutförandet samt implementeringen av forskningsresultat får högre prioritet. Forskning som utförs med goda förutsättningar utgör en attraktivare miljö och en mer lockande karriärväg än när forskningen är lågt prioriterad och utförs med sämre förutsättningar. Goda villkor och förutsättningar för klinisk forskning tror vi därför även kan bidra till att fler läkare väljer att forska.

Vi ser positivt på det interprofessionella arbetet som föreslås och vill samtidigt trycka på vikten av att det medicinska perspektivet inte går förlorat när fler legitimerade yrken gör den initiala bedömningen och kanske ibland står för hela behandlingen. Det är viktigt att läkarna ges möjlighet att delta i utformningen av rutiner kring detta och har möjlighet att aktivt dela med sig av det medicinska perspektivet, så att inte

symptom misstolkas p g a att andra yrkeskategorier inte har den typen av träning i sin utbildning.

## Övriga synpunkter

### 9.2.7 Primärvårdens förebyggande arbete

Vi föreslår en utbyggnad av hälsovårdsstrukturen inkluderande företagshälsovård och skolhälsovård. I samband med denna utbyggnad bör förslag lämnas för ett stärkt kommunalt ansvar för hälsovårdsarbetet.

### 9.3.1 Hälso- och sjukvårdstjänster i primärvårdens vårdval

Vi är här positiva till utredningens förslag. Det möjliggör att man som enskild vårdgivare kan hitta egna lösningar på hur man hanterar sitt ansvar och möjliggör att det kan öppnas små mottagningar på små orter i glesbygden

### 9.4.3 Hemsjukvård och hälso- och sjukvård i särskilt boende

Utredningen skriver att: *"Personer som bor i särskilt boende bör i möjligaste mån ha sin fasta läkarkontakt kopplad till det särskilda boendet."* Det är för oss självklart att personer i särskilt boende har exakt samma rätt till fast läkare som alla andra.

Utöver den lagstadgade funktionen medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) bör fler kommuner överväga att införa funktionen medicinskt ansvarig för rehabilitering (MAR). Här bör dock även en rehab läkare kunna vara MAR.

## 10.1 Vikten av kontinuitet

Betänkandet understryker vikten av kontinuitet. Risker är dock att mycket av resonemangen blir ett önsketänkande eftersom betänkandet saknar en del inslag som är nödvändiga för att skapa en kontinuitet mellan läkare och patient. Sådana inslag är, som nämnt ovan, listning på läkare, listningstak och att staten tillsammans med huvudmännen avgör hur vården ska organiseras för att vara god och effektiv.

Allt fler rapporter understryker vikten av kontinuitet. Senast (juli 2018) har forskare vid University of Exeter och University of Manchester gått igenom och sammanställt 726 olika vetenskapliga studier om kontinuitet. De kommer till slutsatsen att även om det rör sig om observationsstudier tycks patienter – oavsett kulturella skillnader – gynnas av kontinuitet i vården. Flera av de



studerade artiklarna rekommenderade också att kontinuitet ges högre prioritet i planeringen av hälso- och sjukvårdens organisation.

Vi anser att kontinuitet ska användas som ett kvalitetsmått. Det är också vår uppfattning att värdet av kontinuitet, i synnerhet mot bakgrund av det ovan beskrivna forskningsläget, behöver stärkas i lagstiftningen, främst i HSL och Patientlagen.

### **10.2 Möjligheten till fast läkarkontakt i primärvården ska förtydligas**

Det är vår uppfattning att lagregleringen borde skärpas. I första hand ska patienten erbjudas fast läkarkontakt och om patienten inte önskar detta ges möjlighet att knyta sig till vårdenhet/vårdgivare. De personer som inte listar sig aktivt hos en läkare ska bli passivt listade, med möjlighet att vid behov göra omlistning.

Enligt vår uppfattning krävs det ett lagstöd för detta – inte endast ett bemyndigande.

Socialstyrelsen eller annan myndighet måste reglera det att det finns möjlighet för den enskilde läkaren att avgränsa sitt åtagande. Detta innebär en form av listningsavgränsning eller listningstak.

### **10.3 Steg mot ökad bemanning**

Det ökade behovet av nya specialister i allmänmedicin är högre än det utredningen påstår.

Sedan snart 40 år tillbaka vet vi av erfarenhet att av antalet nya specialister i allmänmedicin kommer mellan 25 - 30 procent att ägna sig åt verksamhet utanför primärvården.

Det saknas också en analys över hur utredningen förhållit sig till det faktum att av alla specialister i allmänmedicin arbetar i genomsnitt 80 procent deltid. Detta får givetvis konsekvenser för hur många nya specialister i allmänmedicin som vi behöver utbilda framgent.

## **11. Ändamålsenlig administration**

Den snabba digitaliseringen kopplat till e-hälsa möjliggör utveckling av primärvården, inte minst i mindre befolkade områden. Systemen måste, för att vara effektiva hjälpmedel, hela tiden uppdateras och användarna kontinuerligt utbildas. Detta måste budgeteras för.

Systemen ska vara användarvänliga för att det ska vara enkelt att dokumentera, koppla tidbokning och ge sms-information till patienter. Data ska automatiskt kopplas till kvalitetsregister och därtill utnyttjas som kunskapsstöd och för standardiserade processer i bl.a. läkemedelshantering. Svensk sjukvård använder idag inte bara olika system i olika landsting utan även flera olika system inom landstingen. Detta ökar risken för fel i läkemedelshantering, remisshantering och kontinuiteten i olika vårdförlopp - kort sagt, patientsäkerheten är ofta hotad.

### 11.1.1 Kompetens för att utfärda intyg

Det bör förtydligas att det bör göras en översyn av om all information som nu ska inhämtas via medicinska utlåtanden eller intyg kan inhämtas på annat sätt. Vi anser att detta är nödvändigt och att man behöver se över alla intyg. Översynen bör också inkludera en genomgång av aktuell lagstiftning och krav på läkarintyg hos myndigheter och andra.

Sjukintygen ligger utanför utredningens uppdrag och bedömningar.

Vänliga hälsningar



*Heidi Stensmyren*  
Ordförande  
Sveriges läkarförbund

*Ulf Öfverberg*  
Utredare  
Politik och profession

ulf.ofverberg@sif.se  
Direkttelefon 08-790 3500

Bilaga Förslag till lagtexter

## Lagändringar

### Förslag till lag om ändring i Patientlagen (2014:821)

#### 3 kap. 2 §

**Nuvarande skrivning:** 2. *möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt.*

**Utredningens förslag till skrivning:** 2. *möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård,*

**Vårt förslag till skrivning:** 2. *möjligheten att få tillgång till och välja en fast läkarkontakt i primärvården.*

#### 6 kap. 3 §

**Nuvarande skrivning:** *Patienten ska få möjlighet att välja en fast läkarkontakt inom primärvården.*

**Utredningens föreslag till skrivning:** *Patienten ska få tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt hos den utförare som patienten valt i Vårdval primärvård.*

**Vårt förslag:** *Patienten ska få tillgång till och har rätt att välja/lista sig hos en fast läkare i primärvården.*

*Den patient som inte väljer en fast läkare ska av det landsting där patienten är bosatt tilldelas en sådan inom landstinget. Patienten och läkaren ska underrättas om åtgärden.*

### Förslag till ändring i Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30

#### 7 kap 3 §

**Nuvarande skrivning:** *Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.*

*Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.*

*När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.*

**Utredningens förslag till text:** *Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt hos den valda utföraren i Vårdval primärvård få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.*

*Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.*

*När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.*

*Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.*

**Vårt förslag:** *Landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och genom listning välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).*

*En enskild har rätt att lista sig hos en läkare i primärvården. Listning sker genom en anmälan till denne läkare. En sådan anmälan får göras av person som är bosatt i landet. För barn görs anmälan av vårdnadshavaren. Den som fyllt 16 år har dock rätt att själv göra en sådan anmälan.*

*Landstingen ansvarar för att alla som är bosatta inom landstinget får rätten att välja att lista sig hos en läkare i primärvården. Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget.*

*Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.*

*När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas.*

*Regeringen får meddela föreskrifter om vilken kompetens och erfarenhet en fast läkarkontakt inom primärvården ska ha.*