



Svenska
Läkaresällskapet

2026-01-29

Diarienummer Fi2025/01857

Finansdepartementet

fi.remissvar@regeringskansliet.se;

alice.hallman@regeringskansliet.se

Remissvar: Goda möjligheter till ökat välbefinnande (SOU 2024:29) och Fler möjligheter till ökat välbefinnande (SOU 2025:96)

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är läkarkårens oberoende, vetenskapliga professionsorganisation, en ideell, partipolitiskt och fackligt obunden förening. Vårt syfte är att verka för förbättrad hälsa och sjukvård genom att främja vetenskap, utbildning, etik och kvalitet. SLS har valt att lämna synpunkter på utredningen.

SLS har fått återkoppling från följande av SLS medlemsföreningar: Svensk kirurgisk förening, Svensk förening för allmänmedicin, Föreningen för arbets- och miljömedicin, Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa samt SLS delegation för forskning och SLS eHälsokommitté. Då dessa svar innehåller ytterligare viktiga synpunkter ur ett något snävare professionsperspektiv än det sammanlagda svaret nedan bifogas de SLS svar.

Delegationen för medicinsk etik (DME) har berett SLS sammanhållna svar som fokuserar främst på de bedömningar och förslag som berör hälso- och sjukvården (kapitel 17), men också en del som berör forskning (kapitel 3), och lämnar kommentarer på utredningen nedan.

Inledning och allmänna kommentarer

SLS har med stort intresse läst denna intressanta och välskrivna utredning, och håller i stort med om de olika problemformuleringar som utredningen lyfter.

Ökad produktivitet är inte ett mål i sig, utan eftersträfvansvärt i förhållande till det goda det kan föra med sig för människor och samhället. Ökad produktivitet som ensamt mål kan konkurrera med andra viktiga mål som till exempel kvalitet - till exempel kan ökad produktivitet i princip uppnås genom sänkt kvalitet, vilket inte är eftersträfvansvärt när det gäller det offentliga åtagandet. Detta noterar utredningen, när man skriver "Det anses generellt vara svårare att öka produktiviteten för tjänstebaserad verksamhet än inom till exempel tillverkningsindustrin", vilket sannolikt hänger samman med att "för tjänster präglade av direktkontakt mellan mottagare och utförare finns ofta ett samband mellan kvalitet och personalintensitet som delvis gör effektiviseringar svårare". Vi vill därför poängtera att tillit till sjukvårdens professioner måste vara styrande när hälso- och sjukvårdens utvecklas med den etiska plattformen som grund. Med ett alltför ensidigt affärs- och produktionsfokus finns en risk att utredningens förslag kan leda oss längre bort från en jämlik vård med patienten i centrum.

Kommissionen uppmärksammar dessutom "risken för perspektivträngsel, dvs. att verksamheter inom offentlig sektor blir splittrade när man förväntas lösa alltför många olika typer av utmaningar och uppgifter parallellt, vid sidan av huvuduppgiften. Kommissionen ser ett starkt behov av att åter fokusera på kärnverksamheten", vilket är något SLS håller med om, liksom hur detta har lett till en alltmer ökande administrativ börda, vilket är uppenbart i sjukvården. Vi håller med om utredningens slutsats att "för att

vända utvecklingen föreslår Produktivitetskommissionen att externa mål och krav på offentliga organisationer ska minska samt att rapporteringskraven ska begränsas.” SLS håller också med kommissionens bedömning ”att samverkan i olika former inte alltid är en effektiv styrform och därför huvudsakligen bör begränsas till när ett tydligt skäl för detta identifierats.” Samtidigt vill SLS påpeka att analysen av perspektivträngsel är något grund och en smula odefinierad. Precis vad ingår (eller bör ingå) i vårdens ”kärnverksamhet”? Hälso- och sjukvård är i sig en komplex verksamhet med många perspektiv som ska samsas - det individuella kontra det kollektiva, patienternas hälsa och välmående, vårdpersonalens arbetsmiljö, patientsäkerhet, utveckling, forskning, undervisning, uppföljning, kostnadsmedvetenhet... Vi ser det därför som viktigt att man hittar rätt perspektivträngsel att åtgärda.

Utanför kapitlen om sjukvård och forskning noterar SLS att utredningen föreslår att en högre produktivitetstillväxt kan uppnås genom ett mer effektivt utnyttjande av exempelvis naturresurser. Produktivitetskommissionen anser att det är ett problem att det inte i högre grad görs en samlad samhällsekonomisk analys i vilken olika intressen vägs mot varandra. SLS är oroad om man med detta menar att samhällsekonomisk nytta därmed ska väga tyngre i förhållande till miljöhänsyn och i förlängningen försämrade folkhälsa.

Kommentarer på specifika förslag för sjukvården

17.3.1 Stärkt primärvård med tillräcklig resurstilldelning

Bedömning: Primärvårdens roll bör stärkas och dess resursandel öka genom omfördelning inom vårdsystemet. Patienter bör styras mot primärvård som första vårdnivå.

Förslag: Omställningen till en stärkt primärvård ska följas genom de mått som föreslås av utredningen om Samordnad utveckling för god och nära vård (SOU 2018:39), bland annat andelen utfärdade specialistbevis i allmänmedicin samt primärvårdens andel av de totala sjukvårdskostnaderna.

SLS håller helt med, och har länge drivit frågan om en utbyggnad av primärvården som i dagsläget är underdimensionerad. SLS ser, liksom utredningen, många fördelar med en utbyggd och välfungerande primärvård.

Dock reser frågan om hur omställningen och resursförflyttningen ska gå till en del frågor, som utredningen hänskjuter till regionerna som de mest lämpade att besluta om. Vi ser dock att omställningen övergående kan behöva extra resurstillskott. Svensk förening för allmänmedicin menar att resurserna måste omfördelas *innan* primärvårdens uppdrag utökas. Erfarenheten visar att uppdraget ofta utökas som steg ett, med följderna att kvalitet inte kan upprätthållas.

17.3.2 Kravet på regionerna att tillämpa LOV tas bort

SLS tillstyrker detta förslag. Vi ser en risk för osakliga variationer i tillämpning av Lagen om valfrihetssystem (LOV) i regionerna om frivillig möjlighet att använda lagen kvarstår. Oavsett om en återreglering av etableringsfriheten för primärvårdsverksamheter sker genom att obligatorisk tillämpning av LOV tas bort eller att LOV omarbetas kraftigt så är förändringen nödvändig för att hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om jämlik vård ska kunna uppfyllas.

17.3.3 Ersättningssystem och beskrivningssystem

Förslag: Socialstyrelsen ska rikta stöd till vårdens huvudmän när de utformar sina ersättningssystem. Syftet är att skapa en större enhetlighet, främja kontinuitet, motverka förekomsten av oönskade incitament, minska detaljregleringen och fasa ut s.k. lågvärdevård.

SLS håller med om utredningens problembeskrivning och ambition att minska detaljreglering och oönskade incitament. Detta bör ske transparent och oberoende, så hellre via en myndighet som Socialstyrelsen än SKR. Stödet bör såklart utformas så att det inte innebär ytterligare reglering på ytterligare en nivå.

Förslag: 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.

SLS delar uppfattningen att beskrivningssystemen bör följa utvecklingen och inte skapa onödiga negativa incitament för en utveckling mot mer öppenvård. Samtidigt ska vi naturligtvis vara försiktiga så att utvecklingen mot öppen vård inte blir ett självändamål som drivs alltför långt.

Lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) är ett uttryck som gjorde intåg i sjukvården i och med New Public Management. Fokus är kostnadseffektivitet genom att vårdbehov tillgodoses på ”lägst” vårdnivå. Ordet insinuerar en felaktigt fokus på konstruerade hierarki mellan vårdnivåer. Det sätt det har använts på har varit ineffektivt ur ett patient- och systemperspektiv då vården fragmentiserats på flera vårdnivåer, vilket tidvis även varit kostnadsdrivande och försvårat en sammanhängande vårdkedja med helhetssyn. Man bör därför övergå till att prata om BEON-principen i stället, med fokus på *bästa* effektiva omhändertagandenivå som ser till hela vårdprocessen.

17.3.4 Remisskrav för akutvård på sjukhus

Förslag: Primärvården ges ansvar för brådskande hälso- och sjukvård som inte kräver vård på akutsjukhus. För akuta besök på sjukhus införs remisskrav om inte särskilda skäl föreligger.

SLS var försiktigt positiva till de förslag som lyftes i SOU 2016:2 och SOU 2018:39, som utredningen utgår ifrån utan att verka utveckla dem vidare. SLS lyfte då vissa ottydligheter vad avser precis vad det är primärvården ska göra mer av, och hur detta ska regleras.

En ökning av primärvårdens ansvar för brådskande hälso- och sjukvård utanför primärvårdens ordinarie arbetstider kan leda till effektivare vård, men sannolikt också dyrare, då primärvården behöver inrätta nya jourlinjer, utan att akutsjukhusen med säkerhet kan minska sina jourlinjer. Förslaget kan också medföra sämre tillgänglighet för kroniska besvär under dagtid när en större andel allmänläkare ska arbeta jourtid. Då brist på allmänläkare är den centralt begränsande faktorn för omställningen till god och nära vård, riskerar detta förslag att motverka en sådan omställning och skapa en målkonflikt. Det är också viktigt att särskilja vad som är akuta behov jourtid, och vad som är ökad servicegrad mot individer med icke-akuta besvär som önskar handläggning på kvälls- och helgtid. Sannolikt minskar problemet med att för många patienter söker akutsjukvård per automatik när primärvården är mer utbyggd och tillgänglig med ökad kontinuitet till fast läkare.

17.3.5 Strategiskt ansvar för kompetensförsörjning och vårdinfrastruktur

Förslag: Staten ska ta ett tydligare strategiskt ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

SLS delar utredningens problembeskrivning, och tillstyrker förslaget. SLS vill dock samtidigt lyfta den problematik som finns med en relativt stor andel privat vård som inte bidrar till vidare- och fortbildning av läkare, framför allt i regioner och specialiteter med en stor andel vårdval. Denna problematik behöver analyseras och hanteras – SLS har ett pågående arbete om detta.

17.3.6 Skyldigheten att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan tas bort

SLS tillstyrker förslaget att kravet på regioner att ersätta digitala vårdbesök genom utomlänsersättningen tas bort, och att digitala vårdkontakter därefter bör tillhandahållas som en integrerad del av den ordinarie vården. Det är mycket tveksamt om renodlat digitala vårdgivare är förenligt med god medicinsk praxis.

17.3.7 Bättre kontroll över den utförda hälso- och sjukvården

Förslag: Systemet med privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter verksamma genom den nationella taxan avslutas genom att LOL och LOF upphävs.

SLS tillstyrker detta förslag. Systemet med lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och lagen om ersättning vid fysioterapi (LOF) är föråldrat och ger orättvisa villkor och förutsättningar för att bedriva vård med hög

medicinsk kvalitet. Att ersätta systemet med upphandlingar minskar möjligheten att arbeta med kontinuitet över tid och är därmed inget bra alternativ.

17.3.8 Finansiering av förskrivningsläkemedel

Bedömning: Statens bidrag för läkemedelsförmåner bör inte inordnas i det generella statsbidraget till kommunsektorn. Det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmåner bör kvarstå.

SLS tillstyrker förslaget om att det särskilda statsbidraget för läkemedelsförmåner bör kvarstå.

SLS delar däremot inte fullt ut den optimistiska och okritiska synen vi uppfattar att utredningen har på värdet av införande av nya, ofta mycket dyra, läkemedel: ”En ansträngd finansiering av läkemedel, eller förväntningar bland läkemedelsföretag om en framtida ansträngd finansiering, kan också innebära att Sverige går miste om möjligheten att tillgodogöra sig de senaste och mest kostnadseffektiva behandlingarna, särskilt när den medicinska och medicintekniska utvecklingen går snabbt framåt”. Det är inte bara den medicinska utvecklingen som går snabbt framåt, utan också kostnadsutvecklingen, som reser svåra prioriteringsöverväganden vad gäller alternativkostnaden för dessa nya dyra läkemedel, kanske främst särpräglade läkemedlen som en starkt ökande marknadsnisch. När produktivitetskommissionen skriver ”Om vinsterna i andra sektorer inte beaktas i beslutsfattandet kan det leda till att läkemedel inte används på ett samhällsekonomiskt effektivt sätt” behöver man samtidigt påminna sig att en jämlik vård även gäller de som kanske inte kan bidra själva till en effektiv samhällsekonomi - äldre, funktionsnedsatta, multisjuka etc - grupper som kan riskera att bära en oproportionerlig del av bördan av alternativkostnaden för dessa läkemedel. Nya, dyra läkemedel verkar totalt sett kunna leda till en förlust av kvalitetsjusterade levnadsår (QALY) på samhällsnivå (Naci, H. *et al. Lancet* 405, 50–60 (2025)). ”Vinsterna i andra sektorer” kan förstås också röra svensk life-science sektor. Det finns samhällsekonomiska skäl för att ha en stark sådan sektor, men det kan inte vara sjukvårdens uppgift att upprätthålla eller bära en sådan. Sjukvårdens uppgift är medborgarnas hälsa.

17.3.9 Hälso- och sjukvårdens digitalisering

Bedömning: Staten bör ta ett större ansvar för och tydligare styra centrala delar av vårdens digitalisering.

Bedömning: Välfungerande digitala systemlösningar har potential att minska den tid och de resurser som i dag går till administration.

SLS delar utredningens analys och bedömning av för- och nackdelar avseende digitalt stöd, inklusive AI, i den offentliga verksamheten i allmänhet och inom vården i synnerhet.

SLS har länge efterlyst dels mer användarvänliga interoperabla system, dels tillräcklig utbildning inom klinisk informatik (digital medicin, ehälsa).

SLS instämmer i utredningens farhågor om *ineffektiva digitala system* som innebär att även om digitaliseringen kan minska viss administrativ börda (ofta på patientens sida) kan den samtidigt öka med nya digitala verktyg (på personalsidan), dvs en paradox.

SLS instämmer också i att digitala interventioner måste vara *prövade* innan de skalas upp. Det bör vara norm att införande och spridning av digitala verktyg sker ordnat och initialt i mindre skala, parallellt med forskning och utvärdering (Health Technology Assessment [HTA]) med vetenskaplig metod, och att professionen ges möjlighet att kravställa och vara delaktig i processen

SLS konstaterar att det finns indikationer på att äldre individer med stora vårdbehov är kraftigt underrepresenterade vad gäller faktisk tillgång till digitala verktyg för att interagera med hälso- och sjukvården.

Utredningen berör den viktiga frågan om den *decentraliserade strukturen med huvudmännens bristande ansvar för enhetlighet versus flexibilitet*. Idag utformar den enskilda regionen sitt vårdinformationssystem på sitt eget sätt även om leverantören är samma som i andra regioner. För att uppnå hög effekt av

digitaliseringen anser vi att regionerna måste ha huvudsakligen gemensamma gränssnitt (användarvänliga) så att personal känner igen sig mellan olika kliniker.

Bedömning: Hälso- och sjukvårdens data bör i högre utsträckning kunna nyttjas för primär- och sekundäranvändning.

En infrastruktur som underlättar en enklare och mer heltäckande *primäranvändning* av hälso- och sjukvårdens data inom Sverige bedöms kunna leda till mer patientsäker vård, och minska digital frustration i vården.

Sekundäranvändning av hälso- och sjukvårdens data är en mycket mer komplicerad fråga. I vissa situationer och i viss kontext kan nyttan vara stor, men att därifrån generalisera till att "hälso- och sjukvårdens data ska användas mer för sekundäranvändning" kortsluter den viktiga etiska diskussionen kring användningen som enligt vår mening lyser med sin frånvaro i denna och andra utredningar som behandlar ämnet. Utredningen differentierar till exempel inte mellan olika *ändamål* för sekundäranvändning av hälso- och sjukvårdens data. Det är viktigt att särskilja sekundäranvändning för forskning från till exempel direkt kommersialisering eller övervakning - två ändamål som är klart riskfyllda ur både individ- och samhällsperspektiv. Dessa ämnen behöver en mycket utförligare beskrivning med ordentliga risk- och säkerhetsanalyser.

Utredningen för ett klokt resonemang om hur inflytande från särintressen kan påverka systemet: "... till exempel när patientföreningar, lobbyister eller dominerande företag får en oproportionerligt stor inverkan på politiska beslut och därigenom kan främja sina egna intressen framför det samhällsekonomiskt optimala. Hälso- och sjukvårdens verksamhetsområden omsätter stora summor pengar, och det är känt att det politiska beslutsfattandet i dessa delar är utsatt för påverkan av särintressen" (s 546–547). När det gäller utvecklingen av AI och sekundäranvändning av hälso- och sjukvårdens data finns det såklart starka särintressen involverade, som vill driva utvecklingen snabbt framåt. I avsaknad av evidens för att detta faktiskt leder till ökad effektivitet (och kvalitet?) i vården bör man förhålla sig sunt skeptisk till alltför högt ställda förväntningar.

17.3.10 Vikten av prevention

Bedömning: Preventionsinsatser bör stärkas och prioriteras.

Förslag: Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen ges ett gemensamt uppdrag att utforma ett nationellt reformprogram för stärkt egenvård samt beskriva vilken avlastning det skulle kunna innebära för hälso- och sjukvården.

SLS delar utredningens åsikt att det är bättre att förebygga sjukdom än att behandla den när den väl blivit manifest. SLS noterar även att utredningen förstår den prioriteringsproblematik detta reser - att vårdens resurser (i första hand, om den inte räcker till allt) ska läggas på den som är sjuk, och inte på den som är frisk. SLS delar utredningens syn på att primärprevention bör främjas brett i samhället och inte enbart genom primärvården. Vi vill samtidigt understryka att prevention är ett gemensamt samhällsansvar som kräver insatser från flera aktörer, inklusive hälso- och sjukvården, kommuner, civilsamhället och andra relevanta sektorer.

17.3.11 Fasa ut lågvärdevård

Förslag: Vårdinsatser som är onödiga eller ineffektiva, s.k. lågvärdevård, fasis ut genom bättre följsamheten av de nationella riktlinjerna. Arbetet med Kloka Kliniska Val intensifieras.

SLS verkar för att Kloka Kliniska Val (KKV) ska bli en integrerad del av hälso- och sjukvården. SLS föreningar arbetar med att ta fram evidensbaserade rekommendationer för åtgärder som saknar patientnytta och därmed bör fasis ut. Detta är avgörande för att frigöra resurser som i stället kan användas till insatser med högre medicinsk relevans och värde för patienterna. SLS tillstyrker detta förslag, men vill poängtera att lågvärdevård inte automatiskt försvinner genom hög följsamhet till olika vårdprogram eller standardiserade vårdförlopp. I många fall kan en okritisk tillämpning av riktlinjer ha rakt motsatt effekt. Det är viktigt att den professionella logiken och medicinska kvaliteten är drivande i Kloka Kliniska Val, och inte ekonomiska incitament. För att kunna intensifiera arbetet med Kloka Kliniska Val ser SLS att det krävs en tydligare nationell satsning som samtidigt kopplas till regionala kraftsamlingar. Detta bör hållas ihop organisatoriskt och finansieras av staten, med krav på delfinansiering av regionerna vad gäller den regionala strukturen. Det

är även viktigt att fler professioner än läkarkåren initierar arbeten i linje med Kloka Kliniska Val och att professionerna gör detta tillsammans.

Kommentarer till vissa specifika förslag för forskning (kapitel 3)

3.5.3 Större institutionell mångfald

Förslag: Etablera på försök ett antal mindre forskningsinstitut inom teknik, naturvetenskap eller medicin. Efter utvärdering bör dessa utökas eller läggas ned. På sikt kan ytterligare institut övervägas. Forskningsfinansierande myndigheter bör få i uppdrag att identifiera lämpliga forskningsinriktningar för instituten.

SLS delar utredningens ambition att stärka det svenska forskningssystemet och att pröva organisatoriska former som kan komplettera universitetens och högskolornas forskning. SLS instämmer i bedömningen att mångfald i arbetssätt och långsiktiga, fokuserade forskningsmiljöer kan vara värdefulla, och noterar att det internationellt finns goda exempel där fristående forskningsinstitut har bidragit till vetenskapliga genombrott, även inom medicinsk forskning.

Samtidigt vill SLS framhålla att Sverige har erfarenhet av att etablera forskningsinstitut inom medicin och arbetsliv, där flera senare har avvecklats eller integrerats i universitetssystemet. Dessa erfarenheter visar att institutformen i sig inte är en garanti för kvalitet, relevans eller långsiktig hållbarhet. De internationella exempel som ofta lyfts fram (till exempel Max Planck-Instituten eller Francis Crick Institute) bygger på särskilda förutsättningar såsom långsiktig basfinansiering, tydliga och smala uppdrag, stark vetenskaplig autonomi samt tydliga mekanismer för omprövning och nedläggning. Det är troligen snarare dessa förutsättningar, än fristående forskningsinstitut som organisationsform i sig, som möjliggör dessa resultat.

SLS vill särskilt betona att medicinsk forskning i hög grad är beroende av forskningskunniga kliniker, verksamma inom hälso- och sjukvården. Många av de mest angelägna forskningsfrågorna – exempelvis kring diagnostik, behandling, jämlik vård och samverkan – uppstår i klinisk vardag och kan inte genereras eller bedrivas isolerat från patientnära verksamhet, vilket också framhålls i SLS hälsopolitiska program.

Vidare vill SLS peka på att flera av vårdens mest brännande utmaningar, såsom förflyttning mot en nära vård, deimplementering av lågvärdevård, samverkan och minskad ojämlikhet i hälsa, ofta är långsiktiga, komplexa och tvärspektoriella. Dessa områden riskerar att marginaliseras om forskningsinstitut utformas med alltför snäva eller kortsiktigt attraktiva vetenskapliga kriterier.

Mot denna bakgrund ser SLS att tonvikten bör ligga på att stärka universitetens basanslag och autonomi och minska den administrativa bördan för forskare. En modell med utlyst säkrad tid för 5–10 år för de mest konkurrenskraftiga idéer och med mål om genombrott bör gå att genomföra även inom ramen för nuvarande modell, vilket de senaste centrumutlysningarna från VR och Forte, med universiteten som hemvist, är exempel på.

SLS stödjer därför *inte* förslaget om fristående forskningsinstitut

Ny forskningsfinansiär för banbrytande forskning

Förslag: Etablera på försök en ny forskningsfinansierande myndighet baserat på den brittiska myndigheten Advanced Research and Invention Agency i syfte att finansiera forskning av banbrytande karaktär.

SLS stödjer förslaget; det kan finnas behov av finansiärer för högrisk/nisch projekt vilket det finns exempel på inom ARIAs portfölj inom neuromodulation/implantatteknik.

Förslag: Arbeta mer med andra anställningsformer vid lärosätena, såsom kombinationstjänster och den s.k. professor of the practice.

SLS välkomnar förslag som syftar till att stärka kvalitet, relevans och professionsanknytning inom den medicinska utbildningen. I SLS hälso- och sjukvårdspolitiska program betonas vikten av en sammanhållen utbildningskedja, där grundutbildning, specialistutbildning och fortbildning vilar på vetenskaplig grund och samtidigt är nära förankrade i hälso- och sjukvårdens kliniska verklighet.

Mot denna bakgrund ser SLS positivt på förslaget att införa anställningsformen *Professor of the Practice* som ett komplement inom medicinsk utbildning. En sådan roll kan möjliggöra att mycket erfarna kliniker och professionella ledare, med lång och dokumenterad erfarenhet av patientnära arbete, medicinskt ansvar och verksamhetsutveckling, knyts närmare universitet och läkarutbildningar.