2025-10-31 Dnr S2025/01127

Socialdepartementet

Remissvar över betänkandet SOU 2025:62 Ansvaret för hälso- och sjukvården

SAMMANFATTNING

Diabetes Sverige välkomnar Vårdansvarskommitténs arbete och tackar för möjligheten att lämna ett remissvar. Vi delar i huvudsak kommitténs analys och intentioner. Betänkandet innehåller flera välgrundade förslag som kan bidra till en mer jämlik, samordnad och långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård.

Vi ser särskilt positivt på ambitionen att staten ska ta ett tydligare systemansvar för **digital infrastruktur, standarder för hälsodata, uppföljning och kunskapsstyrning**. Dessa funktioner är grundläggande för en modern och jämlik vård och kan inte längre lösas effektivt av varje region för sig.

Sammanfattande synpunkter

1. **Vi stödjer kommitténs övergripande linje** att stärka statens systemansvar.
2. **Vi saknar konkreta förslag** om finansiering av digital vård och digitala tjänster.
3. **Vi föreslår en nationell upphandlingsfunktion för medicintekniska hjälpmedel** och ett nationellt högkostnadsskydd för dessa.
4. **Vi föreslår en nationell finansieringsmodell** för digital vård, till exempel via Försäkringskassan.
5. **Vi betonar vikten av mikrosystemet**, där patientens egenvård och professionens stöd möts i praktiken.

Behovet av nationell samordning och digital jämlikhet

Som Diabetes Stockholm tidigare påpekat i sitt remissvar finns betydande skillnader i tillgång till **digital vård, medicintekniska hjälpmedel och sammanhållen journalföring** mellan olika regioner. För personer som lever med diabetes – en sjukdom där egenvård, kontinuerlig datainsamling och digital uppföljning är centrala delar av behandlingen – skapar dessa skillnader stora praktiska och medicinska problem.

Den som flyttar mellan regioner kan möta helt olika upphandlade produkter, olika appar, olika rutiner för datadelning och skilda tekniska plattformar. Detta leder till bristande kontinuitet i vården, onödiga kostnader och försämrad patientsäkerhet.

Vi anser därför att **digitala tjänster, hälsodata och medicintekniska produkter** bör ses som nationella resurser, inte regionala. Staten bör ta ett tydligt ansvar för att skapa **gemensamma upphandlings- och tillgångsmodeller**, på samma sätt som för läkemedel.

2.2.2 Nationellt ansvar för medicintekniska hjälpmedel

Tillgången till medicintekniska hjälpmedel är i dag ojämlik i Sverige. De regionala upphandlingarna innebär att en viss insulinpump, glukossensor eller doseringslösning kan vara tillgänglig i en region men inte i en annan. Ofta baseras urvalet på resonemang kring vad respektive region kan lagerhålla och understödja, sällan på vad patienternas behov är. En insulinpump lever man med 24 timmar om dygnet 365 dagar om året – bokstavligt en förlängning av kroppen. Att då inte kunna välja en pump med funktion, design och gränssnitt som passar just dig och ditt liv, ger inte enbart sämre livskvalitet – det kan vara bokstavligt livsfarligt. Detta begränsar patienternas valfrihet och gör det svårt att erbjuda vård på lika villkor.

För personer med diabetes innebär detta att **förskrivna hjälpmedel inte alltid kan följa patienten över regiongränser**, vilket särskilt drabbar unga vuxna som flyttar för studier eller arbete. Det försvårar också den nationella uppföljningen av behandlingar, eftersom olika system inte är kompatibla eller tillgängliga för analys.

Vi föreslår därför att staten inrättar en **nationell upphandlingsfunktion för medicintekniska hjälpmedel**, med följande uppgifter:

1. **Gemensam upphandling och sortimentsbredd**: säkerställa att samtliga hjälpmedel som upphandlats någonstans i landet kan förskrivas av alla regioner.
2. **Jämlik tillgång**: införa ett nationellt högkostnadsskydd för hjälpmedel, på motsvarande sätt som för läkemedel och sjukvård.
3. **Standardiserad dataintegration**: säkerställa att hjälpmedel och sensorer använder gemensamma dataformat och API:er, så att information kan överföras till journaler och beslutsstöd i realtid.
4. **Nationell uppföljning**: möjliggöra gemensam analys av användning, effekt och kostnadseffektivitet av hjälpmedel – både för klinisk utveckling och för att främja innovation.

   En sådan modell skulle ge bättre förutsättningar för jämlik vård, öka kostnadseffektiviteten och minska de administrativa kostnaderna som i dag uppstår vid parallella regionala processer.

2.2.2 samt 3.4.3 Nationellt ansvar för läkemedel

Tillgången och användning av läkemedel är i dag ojämlik i Sverige. De regionala skillnaderna visar på stora olikheter. Det som skrivs ut i en region sker inte i en annan. Ofta baseras val av läkemedel på regionens val men är inte alltid styrt av patienternas behov. Detta begränsar behandlingen, försvårar patienternas delaktighet i den egna behandlingen och gör det svårt att erbjuda vård på lika villkor.

För personer med diabetes innebär detta att **förskrivna läkemedel inte alltid kan följa patienten över regiongränser**, vilket särskilt drabbar unga vuxna som flyttar för studier eller arbete. Det försvårar också den nationella uppföljningen av behandlingar då andra läkemedel försvårar jämförelser och analys.

Vi föreslår därför att staten inrättar en **nationell funktion för att säkerställa att läkemedel finns tillgänglig och kan skrivas ut oavsett region.**

3.6.2. Digital vård saknar finansieringsmodell

Vårdansvarskommitténs betänkande lyfter vikten av digitalisering, interoperabilitet och nationell samordning, men **lämnar inga konkreta förslag om hur digital vård ska finansieras eller organiseras framöver**.

I kapitlet om statligt system- och finansieringsansvar behandlas vissa områden – läkemedel, vaccinationer och screening – men **digital vård omfattas inte**. Frågan hänvisas i stället till pågående regeringsuppdrag om **nationell digital infrastruktur för hälsodata (S2024:A)**, vilket gör att den centrala frågan om finansiering och ansvar skjuts på framtiden.

Vi menar att detta är en allvarlig brist. Digital vård har **inga naturliga regiongränser** och bör därför inte finansieras via 21 separata system. En **nationell finansieringsmodell**, exempelvis via Försäkringskassan eller en särskild digital vårdfond, skulle:

- skapa **jämlik tillgång** till digital vård oberoende av bostadsort,
- minska **administrativ och teknisk fragmentering**,
- ge incitament för **gemensamma digitala plattformar och beslutsstöd**, och
- förbättra möjligheterna till **uppföljning och forskning**.

2.2.5. Fokus på mikrosystemet – där vården faktiskt sker

Vi vill också betona att organisatoriska förändringar på huvudmannanivå i sig sannolikt inte ger stora effekter på vårdens resultat. Det är i **mikrosystemet** – i mötet mellan patient, profession och system – som värde skapas.

För personer med diabetes sker huvuddelen av vården som **egenvård**, ofta baserad på data från sensorer, appar och digitala beslutsstöd. För att det ska fungera krävs en **digital infrastruktur som stödjer vardagens mikrosystem** – där individen, vårdgivaren och tekniken samspelar i realtid.

Avslutning

Diabetes Sverige delar Vårdansvarskommitténs mål om en mer jämlik och effektiv vård. Men vi anser att **digital vård och medicintekniska hjälpmedel måste bli nationella angelägenheter** – med gemensam upphandling, gemensam finansiering och gemensamma standarder.

Det är först när dessa förutsättningar är på plats som digitaliseringen kan ge reell nytta för patienterna, särskilt för dem som lever med kroniska sjukdomar och där egenvård och digital teknik är en del av vardagen.

Thomas Magnusson och Anders Ekholm

Diabetes Sverige