

Juni 2026

Småskalig läkarledd sjukvård

Tolv röster om en vårdform som
riskerar att försvinna



Thomas Lindh

arena idé

Småskalig läkarledd sjukvård

Tolv röster om en vårdform som riskerar att försvinna

Författare: Thomas Lindh
ISBN: 978-91-989872-5-6
Grafisk form: Sofia Lilja, Arena Idé
© Arena Idé och Thomas Lindh
Stockholm 2026

Rapporten i en mening

I rapporten vittnar tolv läkare och professionsföreträdare om att småskalig läkarledd sjukvård riskerar att försvinna, inte minst för att dagens vårdpolitik premierar storskalig vinstdriven vård.

Valfrihet och privatisering satte sin prägel på sjukvårdspolitiken i början av 2000-talet. Sedan dess har de privata vårdkoncernerna växt och står för en allt större andel av vår offentligt finansierade sjukvård. Däremot är möjligheten idag att välja en liten privat läkarledd mottagning på väg att försvinna. Samtidigt brottas svensk sjukvård med låg kontinuitet, bristande tillgänglighet och stora bemanning-sproblem.

Syftet med denna rapport är att väcka debatt om framtiden för småskalig privat sjukvård och även om småskalighet i den offentligt drivna sjukvården.

En gemensam nämnare för de röster som kommer till tals i rapporten är att patienterna och landets regioner behöver småskalig läkarledd sjukvård. Intervjuerna ger en levande bild av villkoren för småskalig sjukvård idag och en pal-ett av olika förslag på åtgärder för att vända den negati-va utvecklingen. Ta del av argumenten, granska dem och fortsätt diskussionen i olika forum. Förhoppningsvis kan rapporten bidra till en debatt om olika tankar och förslag för att bevara och utveckla småskalighet i såväl privat som offentligt driven sjukvård.

De intervjuade är läkare och specialister i allmänmedicin, gynekologi, urologi, dermatologi, kardiologi, ortopedi och internmedicin. En del är verksamma inom den nationella taxan i olika specialiteter runt om i landet och andra ar-betar som läkare i mindre privata läkarledda vårdcentraler. Ordföranden för Svenska Distriktsläkarföreningen kom-menterar även behovet av småskalig vård i primärvården. Dessutom ingår en krönika av Lisa Pelling, chef för tanke smedjan Arena Idé.

I bilagan finns Svenska Privatläkarföreningens vision om vidareutveckling av småskalig privat sjukvård och deras beskrivning av hur lagen om läkarvårdsersättning (LoL), den så kallade nationella taxan fungerar idag.

Intervjuerna har gjorts under våren 2026. Intervjuper-sonerna har fått möjlighet att läsa och godkänna sina citat innan publicering.

Thomas Lindh
Vendelsö i maj 2026



Thomas Lindh (teknologie doktor) har varit lärare och forskare på Kungliga Tekniska högskolan (KTH) under närmare 30 år. Han har arbetat med tekniska tillämpningar inom hälso- och sjukvård, särskilt trådlösa sensor-system. Han är aktiv i sjukvårdsfrågor i Vendelsö socialdemokratiska förening.

Innehåll

Vår ledstjärna är kontinuitet	4
Signe Mattsson, distriktsläkare.....	4
Satsning på småskalig vård skulle locka fler att bli distriktsläkare – även i glesbygd	7
Fredrik Landström, distriktsläkare.....	7
Vi behöver ett nationellt husläkarsystem	12
Göran Sjönell, allmänläkarprofil och husläkare	12
Småskaliga kvartersakuter fungerade bra	14
Dag Strömberg, distriktsläkare.....	14
Rätt bemanning, småskalighet och områdesansvar i primärvården	16
Ylva Sandström, Svenska Distriktsläkarförbundet.....	16
Vi är kostnadseffektiva, uppskattade och håller hög kvalitet	20
Ingrid Synnerstad, hudläkare	20
Det handlar om kontinuitet och patientsäkerhet	24
Katarina Johansson, gynekolog	24
Vi behöver en nationell reform för småskalig privat sjukvård	27
Richard Müller-Brunotte, kardiolog	27
Om några år har småskalig privat sjukvård försvunnit i Sverige	31
Björn Zackrisson, urolog	31
Nationella taxan behöver förnyas	34
Hannu Määttä, ortoped	34
Regionerna kan besluta: ”Vi vill ha mer småskalig läkarledd sjukvård”	37
Bengt-Olov Tengmark, specialist i internmedicin	37
Kasta inte ut barnet med badvattnet	39
Slutsatser: Dags för en samhällsdebatt om framtiden för småskalig sjukvård	41
Bilagor	42
Vision om utveckling av lagen om läkarvårdsersättning (LoL) för ett stärkt statligt inflytande i den öppna specialistvården enligt Svenska Privatläkarförbundet (SPFL)	42
Svenska Privatläkarförbundet om den nationella taxan	43

Vår ledstjärna är kontinuitet

Signe Mattsson, distriktsläkare

Signe Mattsson är distriktsläkare på Hökarängens vårdcentral som ligger i södra delarna av Stockholm. Det är en mindre läkarägd vårdcentral som startades för tolv år sedan.



Signe Mattsson berättar om verksamheten i ett samtal.

Vi gör mer nytta i ett vårdbehövande område

Hökarängens vårdcentral startades av fem allmänläkare 2014.

- Vi var en grupp på fem läkare som hade pratade ihop oss om hur vi tyckte att en vårdcentral ska fungera. Vi ville öppna en verksamhet i ett vårdbehövande område och letade efter möjligheter. Bostadsbolaget Stockholmshem hade genomfört en medborgarundersökning som visade att det fanns behov av och önskemål om en vårdcentral i Hökarängen. Det fanns dessutom en ledig lokal som tidigare varit vårdcentral.
- Vi visste att Hökarängen hade ganska höga sjukdomstal och var hälsomässigt sjukare än genomsnittet i Stockholm. Vi ville verka i ett vårdbehövande område, inte i ett friskt område.
- Jag tycker att det är roligare att som läkare träffa sjuka människor. När jag har vikarierat i välbärgade områden känns det som att jag inte gör lika mycket nytta. Det är överetablerat med olika vårdformer och ofta har man även privata sjukförsäkringar via arbetet. När man inte arbetar i ett överetablerat välbärgat område möter man människor med andra problem. Man får utnyttja sin kunskap bättre och gör mer nytta. Det blir roligare att arbeta som läkare.

Det som drivit oss är kontinuitet i vården

- Vår ledstjärna som driver oss är, och har hela tiden varit, kontinuitet. Det har vi hållit på till hundra procent sedan vi började. Varenda patient har en husläkare och vet vem det är.
- Vi har överlag haft en väldigt stabil bemanning. Vi är nu sju allmänspecialister, fyra distriktssköterskor, fyra undersköterskor, tre psykologer, två vikarier och en läkare som forskar på halvtid. Hemsjukvård är en betydande del av verksamheten med många hembesök, om patienten inte orkar eller inte kan ta sig hit.

Målet är 1100 patienter per allmänläkare

- Vi ligger idag på 1400 patienter per läkare och det är för många. Vi tycker att regionen har lagt sig på en bra nivå med målsättningen om 1100 patienter per läkare. Det är vi jättepositiva till, betonar Signe.

- Vi läkare skulle få mer tid för varje patient, mer tid för reflektion, hinna fortbilda oss lite mer, samarbeta bättre med andra i närområdet och slutenvården, kunna vara hemma om man är lite sjuk. Läkarna skulle må bättre och lättare att behålla fler i vår profession. Det är för stressigt som det är nu. Men vi kämpar på och siktar mot målet.
- Vi vill inte ha så många listade. Det är många vårdcentraler som har höga listningsnivåer för att få ekonomin att gå ihop. Vi hade 1100 patienter per läkare från början men blev tyvärr tvungna att höja det. Målet är fortfarande att komma ner till 1100 patienter per läkare.

Avtalen är anpassade till stora bolag

Enligt avtalet med Regionen ska fotsjukvård och barn- och ungdomspsykiatri finnas på vårdcentralen. Hökarängens vårdcentral köper in tjänsterna från andra utövare. Uppgifterna för vårdcentralerna har blivit för omfattande, menar Signe.

- Uppdragen som läggs på vårdcentralerna är för stora. Det tar orimligt mycket tid och resurser för en liten verksamhet att hålla koll på och följa upp alla uppdrag som vi är ålagda.
- Avtalen är anpassade för stora företag som har anställda administratörer och konsulter. Vi har fullt upp att hinna med vår ordinarie verksamhet.

Förfrågningsunderlagen i vårdvalen från regionen kommer varje år. Tidigare kunde de gälla retroaktivt, men numera får vi dem i förväg, säger Signe.

- Villkoren kan ändras från år till år. Avtalen är inte förhandlingsbara. Det är bara att anpassa sig.

Ett större ansvarstagande och korta beslutsvägar

Signe sammanfattar de fördelar hon ser med småskaliga läkarledda privata vårdcentraler.

- Fördelen med småskalig verksamhet är att du har mer makt att påverka verksamheten, att det är vår och min klinik. Det bli en annan nivå av ansvarstagande fullt ut. Man lämnar inget åt slumpen. Beslutsvägarna blir korta. På ett sätt blir det både smidigt och kraftfullt, om verksamheten inte är för stor. Information och kommunikation blir även enklare.

Stora bolag köper upp personalägda vårdcentraler

Vi ser en utveckling där småskalig verksamhet av olika skäl riskerar att inte överleva, säger Signe.

- Den vårdcentral jag arbetade på tidigare har blivit uppköpt av Meliva, som även tagit över Söderdoktor. Det är kanske lite symptomatiskt att många av de personalägda vårdcentralerna blir uppköpta av större vårdbolag.

– Det kan vara frestande att sälja. Det är slitsamt att driva en liten vårdcentral och de ekonomiska marginalerna är mycket små. Om några går i pension är de yngre kanske inte beredda att fortsätta. Även vi på Hökarängens vårdcentral har blivit uppvaktade av vårdbolag genom åren.

Nätläkarbolagen lockar över kollegor

– Vi har följt nätläkarverksamheten noga. De urholkar primärvårdens resurser. Det är inte förenligt med att vård ska ges till de som behöver den bäst. För oss som sliter hårt med människor som verkligen behöver vård är det upprörande att se hur man kan utnyttja ekonomiska kryphål. Det har lett till överkonsumtion av vård som suger ut pengar från primärvården.

– Digital vård är bra och vi har haft det under lång tid. Men det ska inte skötas på det sätt som nätläkarna gör. Vi hoppas att man sätter stopp för det.

– Ett annat stort problem är att nätläkarbolagen lockar över ganska många kollegor som inte orkar jobba i primärvården. Det kan vara mer lukrativt och inte lika slitsamt att bli nätläkare, tror Signe.

Vi ser steg i rätt riktning

– Nu har ledningen i region Stockholm beslutat att höja ersättningar till vårdcentralerna. Vi tror på det när vi ser det i verkligheten. Men vi är hoppfulla och positiva till det att det görs mycket i primärvården från de som styr nu. Att det finns ett särskilt regionråd för primärvården är nog en markering av att vårdcentralerna är viktiga.

– Vi hoppas att man ska satsa mer på primärvården så att det blir bättre för både patienterna och för läkarna. Vi ser initiativ som pekar i den riktningen. Vi har på inget sätt gett upp och tror på målbilden med 1100 patienter per allmänläkare.

– Om en student, AT- eller ST-läkare kommer till en bra småskalig vårdcentral tror jag att man blir inspirerad. De blir populära och lockar till sig både patienter och läkare.

– Det är kämpigt och slitsamt att arbeta i ett system som inte är anpassat för småskalig vård. Men jag är glad och nöjd med att jag gjort det. Vi hoppas på fortsatta förbättringar som gynnar vår typ av vård, avslutar Signe Mattsson.

Satsning på småskalig vård skulle locka fler att bli distriktsläkare – även i glesbygd

Fredrik Landström, distriktsläkare

Fredrik Landström har varit distriktsläkare inom den nationella taxan LoL (lagen om läkarvårdsersättning) sedan 2016. Han driver mottagningen Centrumdoktor i Umeå tillsammans med sin fru som är sjuksköterska.



Han utvecklar sin syn på läkarledd småskalig privat vård och dess framtid i ett samtal.

En patient ska träffa samma doktor

Fredrik Landström har tidigare arbetat inom ramen för LOV (lagen om valfritetssystem) och även varit ansluten till Praktikertjänst.

– Jag tycker att det småskaliga är överlägset. Du får den kontinuitet som alla patienter efterfrågar. Jag har aldrig trivts så bra och känt mig som en riktig doktor som när jag fick den här möjligheten. Vi annonserade en gång när vi startade 2016. Sen dess har det inte behövts.

– Vi vill ju gärna att patienten ska få träffa samma doktor varje gång och känna sig trygg. Det ska vara tydligt vem som bär det medicinska ansvaret. Men det är svårt att uppnå i alla andra verksamheter. Läkare byts ofta ut, inte minst på små orter. Jag brinner väldigt mycket för glesbygden, som jag kommer ifrån.

Småskalig vård är kostnadseffektiv

– Små enheter är även kostnadseffektiva. Det blir väldigt lite byråkrati, nästan ingen.

Fredrik ger några exempel på skillnader i ersättningar mellan olika vårdformer.

– Ersättningen i år inom LoL är ungefär en tusenlapp per normalbesök. När regionerna debiterar varandra för besök utanför hemregionen är kostnaden 2000 kr till 3000 kr. Enligt Region Östergötlands hemsida är den verkliga kostnaden 3100 kr för ett besök i primärvården. Enligt Region Stockholms hemsida är kostnaden 2093 kr för ett besök, om man betalar hela kostnaden själv. Detta inkluderar endast basal medicinsk diagnostik.

– I glesbygd är ersättningen ännu högre inom LOV eftersom det kräver dyr utrustning som exempelvis röntgen. Etablerar man sig i glesbygd inom LoL blir prispåslaget endast 20 procent, ungefär 1200 kr för ett normalbesök. Det är en bråkdel av kostnaden när regionerna själva står för vården.

Inget riskkapitalbolag kan köpa min mottagning

– Det är inget riskkapitalbolag som kan köpa min etablering, bara en annan läkare som blir godkänd av regionen, framhåller Fredrik.

Han tycker att det är stor skillnad mellan att arbeta som han gör idag och när han arbetade i Praktikertjänst och inom LOV.

– Vi var tvungna att lista oss på fler och fler patienter. Vi skulle växa hela riden och till slut stod jag inte ut. Vi ville ha en lagom stor verksamhet men det var inte möjligt, menar Fredrik.

Han pekar på att Capio, Aleris och andra storbolag har köpt upp andra mindre verksamheter.

– Det är ofta riskkapitalbolag som vill hitta marknader för att få monopol eller oligopol. Det gillar jag verkligen inte.

Fredrik lämnade Praktikertjänst under den tid då riskkapitalbolaget EQT hade lagt ett bud på hela Praktikertjänst.

En del regioner ser privatläkare som parasiter

Tyvärr motarbetas den nationella taxan och små enheter med privatpraktiserande läkare, säger Fredrik.

– Många regioner läser reglerna som fan läser bibeln. Har man inte fakturerat 75–85 procent av taket för debitering, lite beroende på region, så får man inte vara kvar. Man hänvisar till kravet på heltid, som i egentligen ska baseras på arbetad tid och inte debitering. Syftet med heltidskravet var att motverka så kallade fritidspraktiker.

– Jag känner till en öronläkare i Stockholm som är mycket samvetsgrann men som inte får vara kvar som taxeläkare eftersom hon inte anses nå ända upp till en heltid baserat på debitering och inte på arbetad tid. Det finns fler exempel på detta.

– I dagsläget får du inte starta en ny etablering enligt nationella taxan överhuvudtaget. Det finns en föreställning om att vi är parasiter. Vi ska bort och man hurrar varje gång en etablering försvinner.

Hur många Capio har startats i glesbygd

Fredrik månar särskilt om glesbygden och Norrlands inland där han har sina rötter.

- Jag tycker inte att fri etablering som i LOV har fungerat. Hur många Capio har startats i glesbygd? Det borde vara tvingande att tillåta etableringar i områden som inte har tillgång till fast bemanning i primärvård eller specialiserad öppenvård, anser Fredrik.

Obegripligt att man inte valt småskaliga lösningar

Det finns alltid en utredning som föreslår att den nationella taxan ska avvecklas. När en utredning läggs ner så kommer det en ny, säger Fredrik, som upplever att små privata läkarledda verksamheter har arbetat i motvind under en längre tid.

- Det har varit en negativ utveckling. Tidigare fanns ett flertal privatläkare i Umeå, Skellefteå och även i inlandet. Nu är vi inte så många kvar. Det börjar likna Agatha Christies berömda roman om Tio små ..., säger Fredrik. Han berättar om fall där regionen hindrat yngre läkare att ta över etableringar från äldre som går i pension.
- Egentligen är det obegripligt att de styrande inte valt småskaliga lösningar. Runt omkring i världen ser det ju ut på det viset. Norge löste sina problem inom primärvården med en modell som liknar den nationella taxan genom att låta små privata läkarmottagningar etablera sig.

En vision om hur nationella taxan kan utvecklas

Den nationella taxan är en äldre lagsstiftning som har sina brister och behöver ses över, menar Fredrik. Han lyfter fram Privatläkarföreningens vision i fem punkter (se bilaga).

- Jag tycker att den nationella taxan ska utvecklas. Jag har inget exakt svar men jag tror att det går att komma fram till en lösning, om bara viljas finns.
- En väl utformad modell för småskalig vård kan locka fler läkare även till glesbygd. Om du etablerar dig där, köper utrustning och startar ett företag så vill du stanna kvar. Nu är det många enheter som befolkas av stafettläkare. Det blir ingen bra kvalitet.
- Enheterna ska kunna vara större än idag, med två till tre läkare. Det underlättar öppethållande under semestertid, vid frånvaro och fortbildning.
- Deltidstjänster ska vara tillåtna, till exempel att fem läkare delar på tre heltidstjänster. Det är många som vill arbeta deltid eftersom belastningen är tuff. Men idag får vi inte arbeta deltid. Fler skulle nog vilja arbeta i småskalig vård om man kunde dela lite på bördan.

- Det finns även behov av att se över ersättningen för undersökningar utöver ett normalbesök. Idag finns till exempel särskild ersättning för 24-timmars EKG och 24-timmars blodtrycksmätning och lungfunktionstester. Men vissa ersättningar behöver revideras för respektive specialitet och fler kan tillkomma med tanke på den utveckling vi haft inom sjukvården.
- Fortbildning är eftersatt för hela läkarskrået. Det prioriteras inte. En möjlighet är att öronmärka pengar till fortbildning – ett krav på att gå kurser och fortbilda sig. Detta skulle underlättas om fler kunde arbeta på samma etablering.
- Krav på samverkan mellan etableringar kan även lösa problem med semestrar och frånvaro av olika slag.
- Man kan även tänka sig att det finns etableringar som har jourverksamhet.

Småskaliga privata vårdenheter är inte riskkapitalbolag

På en fråga om det finns risk för övervinster i småskalig privat vård svarar Fredrik.

- Det enda sättet skulle i så fall vara att ordna jättemånga enkla patientbesök, ungefär som doktor Kry gör. Men vi har ju ett tak och kan inte producera mer än en viss volym. Därefter halveras ersättningen. Det inte många som vill arbeta för halva ersättningen när den redan från början är relativt låg.
- Som läkare och ägare måste du vara bosatt och skattskrivna där du är verksam. Det är inte som för riskkapitalbolag som med listiga skatteupplägg kan se till att pengarna hamnar på Caymanöarna.
- Det finns alltid risker för missbruk i alla system. Det kan man nog aldrig komma ifrån, men de är jämförelsevis små.

Nätläkarbolagen tränger undan större vårdbehov

- Nätläkarna är ett stort rött skynke för mig och många andra. De tillför inte mycket – egentligen mest lite rådgivning. Dessutom används ofta den så kallade utomlänstaxan.
- De tittar på en patient på en skärm. Kan inte göra en kroppsundersökning – inte ens mäta ett blodtryck. Kan inte observera hur patienten går eller rör sig. Det blir ingen kontinuitet och de kan aldrig lära känna sina patienter.
- Det är helt oförståeligt hur man har släppt loss nätläkarbolagen. SKR borde ta vissa regioner örat och säga: Lägg av för fan.
- Det mest provocerande exemplet här i Umeå var när man använde Vabruari i reklamen för ett nätbolag, Kry tror jag. Man insinuerar att om du ringer kan du få ett intyg att du vabbar. Är det sjukvård?

- Det tränger undan större vårdbehov. Så fort det blir lite komplicerat hänvisas patienten till den fysiska vården. I Stockholm har Kry överfakturerat och tagit betalt för fysiska besök när det rört sig om digitala besök. Det är bedrägeri men de stängs inte av eller blir personligt ansvariga. Men det blir små vårdgivare. Återigen, det är riskkapitalet som det handlar om.
- Vi inom LoL, som har god kännedom om patienten, har önskat ersättning för digital vård när det är tillämpligt och när patienten har svårt att komma till mottagningen. Men vi har fått blankt nej. Är det logiskt, frågar Fredrik.

Kontinuiteten förloras i upphandlingar med LOU

Fredrik menar att LOV missgynnat småskalig privat vård. På frågan är om LOU (lagen om offentlig upphandling) kan vara ett alternativ svarar Fredrik:

- Man stirrar sig blind på priset för själva tjänsten. Men kostnaderna för upphandling och olika former av kontroller blir väldigt höga. Genom att upphandlingarna är tidsbegränsade och görs om vart tredje eller femte år så sjukvården miste om den viktiga kontinuiteten.

Småskalig vård behöver utvecklas – inte avvecklas

Fredrik uppmanar till en dialog om fortsatt utveckling av den nationella taxan.

- Vi som arbetar inom LoL är genomgående nöjda med vårt arbete och insats för svensk sjukvård. Vi behöver utveckling och inte avveckling för att få till stånd en patientnära vård med god kontinuitet som kan locka yngre kollegor. Det medför små administrativa kostnader och ger kostnadseffektiv vård. Det är dags att börja dialogen om utveckling nu!, avslutar Fredrik Landström.

Vi behöver ett nationellt husläkarsystem

Göran Sjönell, allmänläkarprofil och husläkare

Göran Sjönell är specialist i allmänmedicin och medicine doktor. Han var en av initiativtagarna till husläkarsystemet, varit ordförande för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och för den internationella paraplyorganisationen för allmänläkare World organization of family doctors (WONCA). Han är en välkänd allmänläkarprofil och debattör om primärvården.



Husläkarmottagningar och kvartersakuter

Göran Sjönell var chef för en av tre husläkarmottagningar som startades på försök 1978 i centrala Stockholm i dåvarande Stockholm läns landsting.

- Vi hade en läkare, två distriktssköterskor och en barnvårdscentral med ansvar för ett geografiskt område med ungefär 3000 invånare. Husläkarförsöket på Matteus vårdcentral övergick 1987 till så kallade kvartersakuter med en doktor, en distriktssköterska, en undersköterska för hemsjukvården och en halv läkarsekreterartjänst för 2000 invånare.
- 1993 bildades kvartersakuten Matteus AB som ägdes och drevs av sex läkare. Senare startades 2010 flera liknande kvartersakuter, bland andra Serafen och Familjeläkarna Odenplan.

Göran Sjönell, som även var chef för Familjemedicinska institutet under en tid, arbetade kvar på kvartersakuten Matteus fram till 2008 då han tillsammans med tre kollegor startade kvartersakuten Mörby centrum.

Titta på Norge och andra länder med ett nationellt husläkarsystem

Göran Sjönell är en stark förespråkare för en modell liknande husläkarsystemet. Han menar att svensk primärvård är unik i Europa.

- Ställer man frågan människor i övriga Europa om vad deras läkare, tandläkare och frisör heter så svarar 90 procent ja. Men i Sverige är det högst 30 procent som har en fast läkare och vet vem det är.
- Patienterna i Norge, Danmark, Nederländerna och Storbritannien har husläkarsystem som drivs av olika huvudmän: i Norge av kommunerna, i Danmark av landstingen, i Storbritannien av staten och i Nederländerna av privata försäkringsbolag.

- Gemensamt för dessa fyra länder är att de har ett nationellt husläkarsystem. Titta på grannlandet Norge som införde ett fastläkarsystem redan 2012, framhåller Göran.

Listning på läkare – enda sätter att hålla jättarna borta

Han räknar upp några punkter som bör känneteckna ett fungerande husläkarsystem.

- Ett husläkarsystem ska vara nationellt och lika över hela landet. Det ska vara ett fastläkarsystem med högst åtta läkare på en mottagning.
- Verksamheterna ska bara kunna säljas till kollegor, inte till större bolag. Jag har som ordförande i WONCA rest runt i sjutton länder på sex kontinenter. Man har små mottagningar som ägs av läkare. Inte som i Sverige där svin-kapitalister kan håva in stora vinster utan att ha en aning om vad sjukvård är.
- Idag listas patienter på en vårdcentral. Det är läkarna som ska äga listan med patienter. Så är det i andra länder. Det är den stora skillnaden som gör att jättarna kan hållas borta, avslutar Göran Sjönell.

Småskaliga kvartersakuter fungerade bra

Dag Strömberg, distriktsläkare

Dag Strömberg är specialist i allmänmedicin och har erfarenhet av småskalig verksamhet i primärvården i en så kallad kvartersakut.



Han berättar om sina erfarenheter i ett samtal.

Kvartersakuten – ett husläkarsystem som fungerade bra

Dag Strömberg arbetade på 1990-talet som allmänläkare på vårdcentralen Serafen på Kungsholmen, som på den tiden var en del av Landstinget i Stockholms län. Serafen utvecklades till en så kallad kvartersakut. De listade patienterna kunde välja en fast läkarkontakt bland de läkare som arbetade på mottagningen. Serafen hade även ett områdesansvar för de patienter som inte var listade.

– Det var ett småskaligt husläkarsystem som fungerade mycket bra. Det byggde på kontinuitet och hög tillgänglighet. Vi kände att vi arbetade tillsammans med ledningen för sjukvården i landstinget och hade deras stöd.

År 2000 togs driften och ägandet över av de läkare som arbetade på vårdcentralen. Mottagningen behöll sin modell med möjlighet att välja en fast läkarkontakt och ett områdesansvar fram till 2022.

– Vi var sju specialister, sju distriktssköterskor, sju undersköterskor och tre sekreterare. Vi hade 17 000 patienter listade och skötte även hemsjukvården för drygt 300 hundra patienter. Vi hade jouransvar dygnet runt. Vi skulle vara husläkare för patienterna. De hade mitt telefonnummer och kunde ringa direkt till mig.

– Flera läkare anställdes men vi hade ingen personalomsättning på grund av att personal slutade. Vi hade ett mycket bra samarbete med S:t Görans sjukhus och var en integrerad del av regionens sjukvård.

– Efter att Capio köpte vårdcentralen år 2022 har all personal försvunnit. Kontinuiteten i kontakten med patienterna finns inte längre kvar.

Allt fler uppgifter läggs på primärvården

– Idag är det mycket svårare och mer byråkratiskt för mindre verksamheter i sjukvården. Från regionens sida vill man att stora bolag ska ta över. Uppdraget för vårdcentralerna har växt betydligt med flera tilläggsuppgifter. Det ska finnas psykologer, psykoterapeuter, fotvårdare med mera. Det kräver större

och dyrare lokaler. Förr kunde vi till exempel teckna avtal med psykologer för att remittera patienter.

Vi skulle göra lite som i Norge

Dag Strömberg menar att den nationella taxan är den modell som ger bäst kontinuitet, men att det även krävs ett kollegialt samarbete. Han tror inte på ensamdoktorn.

– Man behöver nog tre-fyra specialister som driver verksamheten tillsammans.

När Dag Strömberg blickar tillbaka på utveckling sedan 1990-talet är trenden tydlig: småskaliga verksamheter som kvartersakuterna arbetar i motvind och de stora vårdbolagen med kapital bakom sig har växt och köper upp mindre enheter.

– Kry är ju ett skräckexempel. Det har vi alltid sagt ända sedan de började. Det handlar bara om pengar. Vi var noga med kontinuiteten och att sköta om patienten helt enkelt.

-Jag tror att man ska göra lite grann som den norska modellen. Det finns nackdelar men man har fredat primärvården från de stora koncernerna, avslutar Dag Strömberg.

Rätt bemanning, småskalighet och områdesansvar i primärvården

Ylva Sandström, Svenska Distriktsläkarföreningen

Ylva Sandström är specialist i allmänmedicin och ordförande för Svenska Distriktsläkarföreningen. Primärvården och allmänläkarnas arbetsmiljö skulle vinna på mer småskalig verksamhet, menar Ylva Sandström.



Hon utvecklar sina tankar i ett samtal.

Primärvården tappar närheten och småskaligheten

- Småskalig läkar driven sjukvård har minskat över tid och det har dessutom blivit svårare att starta nya vårdcentraler, enligt Ylva Sandström.
- I samband med vårdvalet 2008 öppnades rätt många små läkar drivna enheter. Nu ser vi att många blivit uppköpta av stora vårdbolag som Capio och andra¹. Då tappar man närheten och småskaligheten.
- I samband med husläkarreformen på 1990-talet startades så kallade kvartersakuter. De skulle ligga där du bor, vara lättillgängliga och småskaliga. Husläkaridén utgick från ett geografiskt områdesansvar för ett antal tusen invånare, men det upphävdes i och med vårdvalet. Det är ett ideal som borde återupplivas.

Omfattande uppdrag missgynnar småskalighet

- Samtidigt har det blivit mycket krångligare att starta en vårdcentral. Regelböckerna eller förfrågningsunderlagen för vårdcentralerna från regionerna har blivit mer och mer omfattande. Kraven på primärvården ökar hela tiden. Numera behövs kanske trettio anställda för att starta en vårdcentral och för detta krävs mycket kapital.
- Förfrågningsunderlagen behöver göras om så att de inte missgynnar småskalighet. Kraven på lokaler, bemanning och omfattningen av verksamheten bör ses över. Uppdraget behöver inte vara så omfattande. Allt behöver inte alltid ingå uppdraget, som till exempelvis rehab, psykologer och barnvårdcentraler.

¹ Capio, Prima vård, Kry, Praktikertjänst och Doktor.se är några av de största vårdbolagen i primärvården.

- Även ersättningsmodellen behöver ändras så att kontinuitet och långsiktighet premieras.

Lagen om offentlig upphandling passar inte i primärvården

Lagen om offentlig upphandling (LOU) är ett alternativ till vårdval och LOV, men Ylva Sandström menar att det är olämpligt i primärvården.

- Jag tror att upphandling enligt LOU passar extremt dåligt i primärvården där kontinuitet är själva poängen, det som skapar mervärdet. LOU innebär att upphandlingen görs om efter några år. Det vore olyckligt att skapa ett system som bygger på att byta ut vårdcentralen efter ett visst antal år. Det har inte varit så lyckat i psykiatrin där varje ny upphandling ryckt upp både personal och patienter, menar Ylva.

Norges primärvård – kontinuitet och områdesansvar ...

- Norge har ett system som bygger på privatpraktiserande läkare på liknande sätt som i Danmark och övriga Europa, men inte i Sverige, Finland och Island.
- Fördelen med det norska systemet är en stark kontinuitet, ett tydligt medicinskt ansvar och en hög professionell autonomi.
- En annan fördel är det geografiska ansvaret. I Norge är kommunerna ansvariga för att tillhandahålla primärvård. Beroende på behovet kan en kommun till exempel bestämma att det krävs ytterligare en eller flera allmänläkare och i så fall teckna avtal om detta. I Sverige finns ingen reglering och styrning av var primärvården hamnar. Här kan man öppna var som helst eller ingenstans.
- I Norge är det möjligt att sälja en mottagning med listan av patienter till en annan läkare, men inte till ett större bolag. Det tror jag är bra.

... och stort ekonomiskt risktagande

- Men i Norge har man också problem att rekrytera unga läkare. Det norska systemet innebär ett ekonomiskt risktagande för den enskilde läkaren. Om det uppstår problem eller att anslagen från staten minskar drabbas läkaren ekonomiskt. Det kan även vara stressande att alltid vara tillgänglig, att ordna sin egen vikarie när man behöver vara borta, säger Ylva Sandström och förklarar att det norska systemet påminner om den nationella taxan i Sverige med dess för- och nackdelar.
- Som anställd inom primärvården i Sverige har man inte det ekonomiska risktagandet eller ansvaret för att ordna vikarier.

En syntes mellan Sveriges och Norges modell

- Jag tycker att det vore önskvärt att hitta ett mellanting eller syntes där läkarna är mer fristående och äger sin lista med patienter, men inte ansvarar för hela paketet med ekonomi och administration. Men jag har ingen färdig lösning, säger Ylva.
- I Norge är läkarna med och förhandlar om villkoren och ersättningar för uppdragen i primärvården. Så är det inte i Sverige. I vårdvalen bestämmer regionen villkoren helt och hållet. Det är bara att rätta in sig i ledet. I bästa fall bjuds man in till ett dialogmöte, men har inget att säga till om.

Läkarbristen är största problemet

- Vår viktigaste fråga är bemanningen – en läkare på 1100 patienter. Du ska ha en namngiven fast läkarkontakt. Du ska veta vem det är och att läkaren har ett rimligt antal patienter och är tillgängligt när du behöver det. Det största problemet i primärvården är läkarbristen. Vi har väldigt få specialister i allmänmedicin per invånare. Dessutom lämnar en tredjedel av läkarna vårdcentralerna för företagshälsovård, skolhälsovård och annat.

Utbildning av ST-läkare ska vara ett nationellt ansvar

- Vi vill att rekrytering och finansiering av ST-läkare² måste bli ett nationellt ansvar. Regionerna hanterar inte detta. De underutbildar och hoppas på att rekrytera från någon annan region. Vi ser ingen ökning av antalet specialister i allmänmedicin trots att det satsas mycket.
- Regionerna måste göra något åt arbetsmiljön nu och inte vänta flera år tills det eventuellt kommit fler specialister. Då tappar vi läkare hela tiden på grund av arbetsmiljön. Det är som att försöka fylla badkaret med proppen ur.

Begränsa uppdraget för primärvården

- Man behöver begränsa uppdraget för primärvården. Tyvärr går det i motsatt riktning när fler och fler uppdrag läggs på primärvården, som nu senast i Socialstyrelsens riktlinjer för allergivård.
- Ledarskapsfrågan är också viktig i sjukvården som helhet. Idag är en minoritet av verksamhetscheferna på vårdcentralerna läkare. I Läkarförbundets enkät nyligen uppgav endast tjugo procent av allmänläkarna att de hade en läkare som närmaste chef.

2 Specialiseringstjänstgöring (ST) för att bli specialist inom ett medicinskt område. Utbildningen omfattar minst fem års tjänstgöring under handledning, ofta kombinerat med kurser, och syftar till att uppnå specialistkompetensbevis.

En vision om primärvården

- Ett geografiskt avgränsat ansvar, småskalighet med inte alltför stora enheter, kanske maximalt tolv tusen patienter, en läkare per 1100 patienter och en verksamhetschef som är läkare. Det är en liten vision.
- Då skulle läkarna även få ett visst inflytande. Att arbeta på en jättestor vårdcentral där läkare kommer och går, med en sjuksköterska som chef, blir lite som att vara hyrläkare. Det är inte så tilltalande, avslutar Ylva Sandström.

Vi är kostnadseffektiva, uppskattade och håller hög kvalitet

Ingrid Synnerstad, hudläkare

Ingrid Synnerstad är hudläkare och docent i dermatologi och driver sedan 2013 en hudmottagning enligt nationella taxan (lagen om läkarvårdsersättning, LoL) i Norrköping. På mottagningen finns även en undersköterska, en sekreterare, en ST-läkare och även en plastikkirurg som kommer på konsultbasis. Hon arbetade dessförinnan femton år på Universitetssjukhuset i Linköping.



Ingrid utvecklar sin syn på läkarledd småskalig privat vård och dess framtid i ett samtal.

Vi servar det stora sjukhuset

Förutom den ordinarie verksamheten på mottagningen bedriver Ingrid även utbildning.

- Jag har en hel del undervisning och handledaruppdrag. Regionen har sedan flera år involverat flera LoL-läkare som är intresserade av att lära upp ST-läkare inom dermatologi och blivande specialister i allmänmedicin. Det är väldigt kul. Jag är intresserad av undervisning och tycker att det är en rolig del av verksamheten. Det är berikande.
- Vi har väldigt god samverkan mellan våra olika specialister i regionen som arbetar enligt den nationella taxan. Jag brukar säga att vi utgör det lilla sjukhuset som servar det stora sjukhuset. Vi tar emot många patienter och löser många problem som annars skulle ha hamnat på sjukhusets bord.

Nätverksträffar och fortbildning

Att gå på kurser som arrangeras nationellt och att ingå i det aktiva nätverket med privatläkare i Östergötland gör att man håller sig uppdaterad, säger Ingrid.

- Vi har nätverksträffar av olika slag och även regelrätta möten. Vi ordnar internat varje år som även politiker och tjänstemän bjuds in till. Vi håller oss uppdaterade för att ha samma policy som övriga i regionen.
- Jag går på de välorganiserade nationella kurser som anordnas varje år. Utöver själva fortbildningen är det även viktigt att träffa andra hudläkare i landet. Det blir åtta till tio utbildningsdagar per år. Det är särskilt viktigt om man är ensam

specialist. Den doktor som inte håller sig ajour med utvecklingen blir en farlig doktor.

– Det finns dock inga krav på fortbildning i avtalen, vilket det borde göra. Det finns heller ingenting angivet om hur kostnaderna för fortbildning ska täckas.

Vi har blivit färre

Antalet privatläkare har minskat i hela landet, säger Ingrid, som dock tycker att utvecklingen i Östergötland inte är lika negativ.

– Vi har blivit färre men samtidigt har en del etableringar övertagits av yngre läkare. Region Östergötland är nog mer positiv till småskalig verksamhet än flera andra regioner. Vi har kloka och välfungerande tjänstemän. Östergötlands privatläkarförening har bjudit in både tjänstemän och politiker de senaste åren, Det har lett till ett öppnare klimat och samverkan.

Vårdvalen kostar mer

I Region Östergötland finns även vårdval för specialiserad hudsjukvård som bygger på LOV (lagen om valfrihetssystem).

– Det finns flera privata enheter inom Vårdval hud i Östergötland. Capio i Motala och Diagnostiskt Centrum Hud i Linköping är två stora bolag och sen finns det en mindre aktör.

– Vårdvalet är betydligt dyrare för regionen. Om man jämför med den nationella taxan ligger kostnaden för vårdval ungefär tjugo till trettio procent högre, säger Ingrid.

Sjukvård i privat regi har kritiserats för att vinster kan riskera att hamna i skatteparadis. Ingrid menar att den risken är mycket liten i småskalig privat vård.

– Vi återinvesterar i verksamheterna – det gör alla som jag känner till. Vi har inte stora vinster. Risken är betydligt större i stora vårdorganisationer.

Hundraprocentig kontinuitet och kostnadseffektiva

Ingrid Synnerstad anser att låga kostnader och hög kontinuitet är tunga argument för den nationella taxan.

– Vi är kostnadseffektiva och den vårdform som är billigast. Vi har dessutom hundraprocentig kontinuitet gentemot våra patienter. Vi får väldigt hög uppskattning i den annars ganska röriga öppenvård som vi har idag. Det är ju många patienter som varje gång de besöker sin vårdcentral får en ny läkare som de inte har träffat tidigare.

– Verksamheten är också stabil. Vi vet vilken budget vi har och hur mycket vi kan producera.

– Jag tycker att vi är ett serviceorgan till sjukhusen i Region Östergötland och remitterar dit när vi behöver högspecialiserad och högteknologisk vård. Jag upplever att vi avlastar sjukhuset och det känns bra. Vi är respekterade av sjukhuset och har ett gott samarbete. Sjukhusen kan i nuläget inte ta emot alla blivande specialister i allmänmedicin och då kan vi hjälpa till. Det fungerar bra och det är roligt.

Kan bidra till att lösa krisen i primärvården

Modellen med den nationella taxan är inte perfekt och behöver moderniseras, menar Ingrid.

- Det finns absolut ett starkt behov av att utveckla taxan. Åtgärdskoderna är omoderna och behöver uppdateras till dagens sjukvård.
- Regionerna har i perioder svårt att klara sin budget och det är även långa väntetider till många sjukhuskliniker. Därför önskar vi en satsning på att taxan utvecklas och att det inrättas flera LoL-läkare. Då skulle köerna minska och många fler få specialistbedömning till en rimlig kostnad.
- Om dessutom flera allmänmedicinare kan arbeta inom den nationella taxan skulle det bidra till att lösa den stora krisen i svensk primärvård. Bemanningen på vårdcentralerna är ett jätteproblem i hela landet.

Vi arbetar hårt men trivs bra

- Alla trivs inte med arbetsmiljön i de stora sjukvårdsorganisationerna, inte minst på sjukhusen och vårdcentralerna. Flera blir utbrända och mår inte bra.
- Det är välkänt att LoL-läkare ofta mår bra. Vi jobbar så in i vassen, men vi mår bra och får mycket positiv feedback från våra patienter. Man arbetar i en liten organisation som är överblickbar som i mångt och mycket går att styra själv.
- Det finns naturligtvis ett tydligt regelverk som man måste förhålla sig till. Men det är möjligt att själv planera sina dagar i stor utsträckning. Det är en frihet som jag tror att många läkare i dag efterlyser.

Vi behöver bli fler

- Vi behöver också större flexibilitet i taxan. Regionen kan idag dra tillbaka en etablering eller hindra att den överlåts till en annan läkare om du arbetat deltid åren innan dess. Du får heller inte ta in en vikarie utom under barnledighet, militärtjänstgöring, semester eller om du blir sjukskriven.
- Vi skulle behöva bli fler – att det tillkommer fler etableringar. När jag började 2013 var vi närmare niohundra läkare i den nationella taxan. Nu är drygt femhundra kvar.

Uppmaning till politikerna: Satsa mer på småskalig läkarledd privat vård

Ingrid menar att bollen ligger hos politikerna, som hon har följande uppmaning till.

- Jag tror att det är oerhört viktigt att politiker på nationell och på regional nivå får upp ögonen för att vi har kostnadseffektiva verksamheter med både god kvalitet och god kontinuitet som är uppskattade av patienterna. Jag tror att det är nyckeln.
- Vi har en öppenvårdskris. Där kan taxan vara till stor hjälp. Den är inte fullkomlig. Det finns förbättringspotential. Men gräv där du står och lös allmänläkarkrisen och köerna i specialistvården genom att inrätta kostnadseffektiva LoL-läkare, avslutar Ingrid Synnerstad med ett tydligt budskap till politikerna.

Det handlar om kontinuitet och patientsäkerhet

Katarina Johansson, gynekolog

Katarina Johansson är gynekolog, specialist i obstetrik och gynekologi, i Linköping där hon gjorde sin specialistutbildning. 2011 övertog hon en etablering i den nationella taxan (LoL) av en kollega som gick i pension.



Katarina utvecklar sin syn på läkarledd småskalig privat vård och dess framtid i ett samtal.

Stort intresse för nationella taxan bland fysioterapeuter

Katarina har ungefär tvåusen femhundra besök per år, mellan tio och femton patienter om dagen. Verksamheten är samlokaliserad med en ortoped och ett antal fysioterapeuter.

- Kraven för att överta en etablering i den nationella taxan är att man ska vara specialist i den specifika specialiteten och att verksamheten ligger i den aktuella regionen, oftast specificerat till en ort. Det är en sluten budgivning som regionen har hand om. Regionen väljer den köpare som lägger högst bud. Säljaren kan inte välja köpare men kan dra tillbaka sin överlåtelse och eventuellt lägga ut till försäljning igen senare.
- Totalt sett har antalet läkare med LoL-etableringar minskat över tid. I dagsläget är vi drygt tjugo i Region Östergötland. Däremot är nationella taxan väldigt attraktiv för fysioterapeuter.

Vårdvalen är inte knutna till läkare

Inom Vårdval gynekologi i Region Östergötland finns avtal med företagen Aleris och Vård Access. I dessa avtal regleras dock inte vilka läkare som bemannar mottagningarna, säger Katarina.

- I nationella taxan tecknas avtal med en enskild läkare men i vårdvalen ingås avtal med ett företag. Det betyder att läkarna kan variera och bytas ut eftersom detta inte regleras i avtalet.
- För verksamheterna inom LOV kan Regionen välja att säga upp vårdvalsavtalet utifrån regionens behov, vilket inte är möjligt för etableringarna enligt LoL. Regionen kan även med kort varsel ändra förutsättningarna för verksamheten i LOV. Det kan gälla att utöka volym och öppettider, vilket ett stort bolag kan klara av, men svårt för en liten aktör.

I grunden handlar det om kontinuitet och patientsäkerhet

Katarina sammanfattar vilka fördelar hon ser med småskalig läkarledd sjukvård.

- I grunden handlar det om att vi har absolut kontinuitet vilket ökar patientsäkerheten. Avtalet är knutet till en person. Både patienten och regionen vet vem som är läkare.
- Patienten behöver inte upprepa sin sjukhistoria. Det blir mindre risk för missförstånd och mer effektivt. Vi kan följa våra patienter och se hur behandlingarna fungerar. Kontinuitet ger också kostnadseffektivitet.
- Det är små enheter med korta beslutsvägar. Det blir flexibelt. Man kan till exempel enkelt prova och utvärdera nya metoder.

En budget med ett tak ger förutsägbarhet

Privatläkarföreningen och Sveriges kommuner och regioner (SKR) förhandlar om totalbeloppet i budgeten för de läkare som arbetar enligt den nationella taxan. I avtalet fastställs två takbelopp för ersättningen, tak 1 och tak 2. Om tak 1 passeras så reduceras ersättningen per besök. Efter tak 2 utgår ingen ersättning, förklarar Katarina.

- Eftersom vi har en budget med ett tak att hålla oss till blir det blir förutsägbart för både läkaren och regionen.
- Utifrån dessa förutsättningar kan jag själv bestämma hur jag ska arbeta – antal patienter per dag och vecka. Det finns en frihet att planera arbetet.

På en fråga om risker för oskäligen vinster svarar Katarina:

- Som i alla verksamheter finns risker att systemet utnyttjas. Men vi är transparenta med öppen redovisning av antal och typ av besök månadsvis till regionen. Vi får ersättning per besök och ingen ersättning för listning av patienter (kapitering). Finns det misstanke om oskäligt många undersökningar eller besök går detta att kontrollera. Skulle en läkare ha femtio patienter på en dag så syns det direkt.
- Vi har inte lika stora volymer som de större bolagen, som till exempel Aleris eller Capio. Vi har dessutom ett tak som begränsar den årliga ersättningen.

Med en nationell lag blir det rättvist i hela landet

- Fördelen med LoL är att den regleras av en nationell förordning. Det blir rättvist över landet och lika för både vårdgivare och patienter. Samma tak för ersättningen gäller för alla, oavsett var man arbetar.
- Vårdval enligt LOV är ganska nytt i Region Östergötland. Man har tagit efter Stockholm som började. Nu har man även börjat införa ”tak” på vissa vårdval.
- Det är väldigt tyst när man frågar hur Vårdval gynekologi egentligen fungerar.

erar. Jag får inte riktigt svar om det är lönsamt och om de fyller sina mottagningar. Jag har fortfarande ett jättestort tryck på min mottagning. Efterfrågan hos mig har inte minskat. Det vore intressant att veta hur mycket vård som utförs i relation till vad det kostar.

Borde vara möjligt att arbeta i olika delar av vården

– Som läkare på LoL-etablering får man själv ansvara för sin fortbildning. Det finns olika forum som specialistföreningar och föreningar för privatläkare. Jag har varit mycket engagerad i förening Sveriges Privatgynekologer som ordnar utbildningar och resor med duktiga föreläsare om allt från utrustning till patientfrågor. Men vi får ingen ersättning när vi lämnar mottagningen.

– Idag är det inte tillåtet för en enskild läkare att ha tjänster i olika delar av vården, till exempel att parallellt arbeta i både privat och offentlig regi. Det skulle främja kompetensutbyte och gagna alla. En ortoped som har en egen mottagning skulle då även kunna operera på ett större sjukhus och på så sätt vidareutvecklas. Kolleger kunde ta del av varandras kunskap. Men det går inte i Sverige idag, i motsats till i Finland och Norge.

Nationella taxan – en stomme att bygga vidare på

Katarina berättar att Svenska Privatläkarföreningen (SPLF) har antagit ett fempunktsprogram med en vision för att utveckla lagen om läkarvårdsersättning LoL (se bilaga). Diskussionen om en ny modell för småskalig läkarledd sjukvård kan med fördel utgå från den nationella taxan, menar Katarina.

– Det är en bra stomme att bygga vidare på. Men den har ju knappt reviderats alls sedan den infördes. Eftersom utredningar föreslagit att taxan ska avvecklas har det inte funnits intresse att vidareutveckla den.

– Den infördes 1994 och sedan dess har det tillkommit många nya behandlingsmetoder, läkemedel och utrustningar som inte fanns då. Åtgärdskoderna och ersättningsnivåerna måste därför ses över.

Även andra delar av förordningen gällande taxan bör ses över, anser Katarina.

– Kravet att alltid jobba heltid känns omodernt. Det är ingen annan arbetsplats där det är lagstadgat att alla måste arbeta heltid.

– Fler borde kunna arbeta på samma etablering och även att få arbeta på fler etableringar. Närmare samarbete skulle främja kunskapsutbytet mellan kolleger vilket skulle öka vårdkvalitén och gagna patienterna. Lite mer flexibilitet skulle kännas modernt.

– Jag tror att det måste klargöras att nationella taxan är en erkänd modell som kan moderniseras och bli en attraktiv karriärväg för yngre kollegor. Det behövs garantier och godkännande av modellen från politiskt håll. Vi arbetar intensivt fackligt för det, avslutar Katarina.

Vi behöver en nationell reform för småskalig privat sjukvård

Richard Müller-Brunotte, kardiolog

Richard Müller-Brunotte arbetar som kardiolog och är ansluten till nationella taxan LOL (lagen om läkarvårdsersättning). Richard är medicine doktor, hjärtspecialist och specialist i invärtesmedicin. Han har tidigare varit verksam på flera av akutsjukhusen i Stockholm, varav tjugo år på hjärtkliniken på Danderyds sjukhus och även parallellt på Stockholm Heart center.



Han utvecklar sin syn på läkarledd småskalig privat vård och dess framtid i ett samtal.

Patienter kan komma till samma doktor med kort varsel

- En stor fördel med småskalig privat vård är att tillgängligheten är otroligt bra. Patienterna kan alltid nå oss och får svar på sina frågor samma dag och kan även komma med kort varsel. Det är även korta väntetider för nybesök.
- Patienterna träffar alltid samma doktor vilket är en trygghet. Vi känner våra patienter väl och slipper upprepa frågor och remittera till onödiga undersökningar. Mycket hinns med på ett besök. Det blir en mycket kostnadseffektiv vård.
- En patient kan även ringa och säga att ”jag tror att jag har fått tillbaka mitt förmaksflimmer”. I stället för att söka upp en akutmottagning kan patienten i stället få komma direkt till mottagningen för en kontroll och ta ett EKG och handläggas därefter om nödvändigt.

Läkare kommer och går

Richard har arbetat på flera olika sjukhus och även på Stockholm Heart Center, som startades av kardiologer på 1990-talet. Det såldes till Praktikertjänst tio år senare och köptes upp av Aleris år 2020. Han berättar om sina erfarenheter.

- Stora koncerner som Aleris, Capio och även Praktikertjänst tar in många läkare som konsulter.
- Kardiologer rekryteras oftast från sjukhusen. De är duktiga men stannar inte längre tider. De kommer och går, så det blir ingen kontinuitet. Patienter får ofta träffa olika läkare beroende på vem som finns till hands, säger Richard och tillägger.

– Det hör också till saken att de stora koncernerna inte anställer läkare som chefer, utan ofta sjuksköterskor som är billigare och mer lättstyrda. De är mycket kompetenta som ledare men har inte alltid den medicinska kompetensen. Kommer det in klagomål på en doktor från patienter, eller särskilt från kollegor, kan det vara svårt att göra en självständig bedömning och agera därefter om kompetensen saknas, även om det finns en medicinskt ansvarig läkare. Det har jag sett flera gånger.

– Det ska samtidigt sägas att det alltid finns personal på plats på de privata sjukvårdskoncernernas öppenvårdsmottagningar. De är inte så sårbara om någon blir sjuk.

Taxan finns kvar trots att den motarbetas

Två separata statliga utredningar har de senaste sex åren förordat att den nationella taxan ska avskaffas. Men något förslag att avskaffa taxan har aldrig lagts fram inför riksdagen, poängterar Richard. Taxan finns kvar. Trots detta gör tjänstemän i regionen sina egna tolkningar och har ofta agerat och kommunicerat utåt som om att taxan ska avvecklas, säger Richard.

– Vi upplever att det är tjänstemännen som styr och vill ta död på den nationella taxan. Det råder dessutom okunskap och stora missuppfattningar bland sjukvårdsansvariga politiker på både regional och nationell nivå. De är inte så insatta och vet ofta inte vad som skiljer den nationella taxan från LOV.

– Tidigare fanns fler än fem hundra etableringar i den nationella taxan i Stockholm. Under de senaste tio åren har det skett omfattande avvecklingar, framhåller Richard. Han menar att orsaken är att privatläkarna motarbetas med bland annat otidsenliga tolkningar av ett gammalt regelverk.

Otidsenliga regler vänds mot taxeläkarna

– När taxan infördes för trettio år sedan var kravet att arbeta heltid. Man ville nämligen motverka att landstingsanställda läkare på sin fritid skulle kunna konkurrera med heltidsarbetande privatläkare. Tjänstemännen i regionen bedömer idag dock heltid inte utifrån faktisk arbetstid. I stället bedömer man heltid utifrån mottagningens årliga sjukvårdsproduktion i kronor i relation till en på riksnivå beslutad årlig tilldelad produktionspott. Detta ligger till grund för att avsluta en etablering för gott och förhindra en försäljning. Denna tolkning saknar juridiskt stöd i lagen och i förordningen.

– Regionen sätter således upp hinder för äldre läkare som vill sälja sina LOL-etableringar med hänvisning till att innehavaren inte haft en omsättning som anses motsvara en heltidstjänst under senare år innan pensionen. Att en äldre kollega kanske producerar sjukvård motsvarande 75–80 procent när pensionen närmar sig tas som intäkt för att mottagningen ska upphöra.

- På så sätt hindras yngre läkare att köpa och överta etableringar. Resultatet blir att man avvecklar den småskaliga privata läkarledda sjukvården där annars nästa generation dessutom skulle kunna utveckla och modernisera verksamheten, till exempel med digitala verktyg för journaler och kallelser.
- I regelverket för den nationella taxan ingår heller inga digitala lösningar, som ju inte fanns när den infördes för trettio år sedan. Nu vänds dessa otidsenliga regler mot taxeläkarna. Under pandemin fick vi till exempel, i motsats till primärvården, ingen ersättning för digitala vårdbesök med hänvisning till det omoderna regelverket.

Den nationella taxan behöver moderniseras

- Jag tycker att taxan är fantastiskt bra men behöver moderniseras. Den infördes för länge sedan i en helt annan tidsålder, säger Richard och nämner några förslag på förbättringar.
- Den måste uppdateras till dagens samhälle med krav på digitala journaler och ett journalsystem som är kompatibelt med andra aktörer i regionen.
- Medicinska metoder och diagnostik har utvecklats väldigt mycket under de senaste decennierna. Här krävs en modernisering så att nya medicinska metoder, som inte fanns när den infördes, och ersättningar omfattas av regelverket.
- Jag tycker att det är rimligt att även ställa krav på fortbildning och kompetensutveckling och att det tillsätts pengar för detta.

Richard poängterar att den nationella taxan är starkt reglerad och att risken för övervinster är mycket låg.

- Verksamheten har ett kostnadstak per år. Antalet undersökningar per patient och år är även begränsade. Till exempel är i min etablering ersättning för dygnsblodtryck, långtids-EKG, arbetsprover och ultraljudsundersökningar av hjärtat begränsade till högst vardera två per år. Jag bedömer att risken för onödiga undersökningar är låg.

Så fort det inte bär sig lägger koncernerna ner verksamheter

Richard berättar att han har egen erfarenhet av arbete inom LOU (lagen om offentlig upphandling). Genom styrelsearbete i Storstockholms privatläkarförening och kontakt med kollegor har han även kunskap om privat sjukvård enligt LOV (lagen om valfrihetssystem).

- Jag har sett offentlig upphandling med egna ögon. Stockholm Heart center ägdes tidigare av Praktikertjänst som vann en upphandling i öppenvårdskardiologi från Region Stockholm. Efter drygt ett år köpte Aleris upp verksamheten och lade sedan ner den efter två år på grund av dålig lönsamhet, och detta med regionens tillåtelse. Ett antal tusen patienter ställdes utan läkare.

- Problemet med offentlig upphandling är att så fort koncernerna inte tycker att det bär sig så läggs verksamheterna ner, innan avtalstiden löper ut.
- När det gäller LOV har inte ersättningarna höjts på de senaste tio åren. Det leder till att många mindre mottagningar tvingas stänga när kostnaderna inte täcks. Eftersom LOV inte har ett produktionstak så ökar man i stället volymerna, till det inte går längre. Det har hänt inom öron-näsa-hals med påföljden att de som finns kvar drunknar i remisser och långa väntetider.
- Det är absurt att ersättningarna inte räknas upp med tanke på inflationen. Regionen svälter ut mottagningarna. Ersättningarna bör indexregleras. Det blir kontraproduktivt och osäkert, utan långsiktighet. Man vågar inte investera i ny utrustning och planera för framtiden.

Efterlyses: Intresserade politiker

- Det måste finnas politiker som är intresserade och ser värdet av att utveckla småskalig läkarledd vård. Utbyggd småskalig läkarledd vård skulle gagna alla. Den är mycket kostnadseffektiv och minskar onödiga besök på akutmottagningar och sjukhus och avlastar dessutom primärvården. Bara fördelar för alla parter.
- Vi behöver en nationell sjukvårdsreform för småskalig privat vård som är anpassad till dagens sjukvård och teknikmöjligheter, avslutar Richard Müller Brunotte och efterlyser att politiker engagerar sig mer i frågan.

Om några år har småskalig privat sjukvård försvunnit i Sverige

Björn Zackrisson, urolog

Björn Zackrisson är specialist i urologi och arbetar som urolog på Urogyn i Bergshamra i Solna. Han anser att småskalig privat vård befinner sig på ett sluttande plan. Om trenden håller i sig kommer inga privatpraktiserande läkare att finnas om ett antal år, säger Björn, som hoppas att en offentlig debatt kan vända utvecklingen.



Han utvecklar sin syn på småskalig läkarledd privat vård och dess framtid i ett samtal.

Höga betyg av patienterna

Björn Zackrisson anser att fördelarna med skalig privat vård är tydliga.

- Små läkarledda verksamheter får alltid mycket höga betyg av patienterna. Tillgängligheten är hög och kontinuiteten är god. Patienten slipper att repetera sin sjukdomshistoria vid varje besök. Läkare och annan personal trivs på jobbet och stannar kvar. Det ger trygghet och hög kvalitet. Dessutom är kostnaden låg.

Läkarledda verksamheter köps upp av stora bolag

Villkoren för vårdvalen i Region Stockholm leder till att små verksamheter försvinner eller köps upp av större bolag som Capio och andra.

- De allt hårdare kraven i vårdvalen gynnar storbolagen. Ersättningen i vårdvalen har sällan höjts sedan de infördes. I praktiken innebär det en sänkning på upp mot trettio procent. Det finns inga förhandlingar om villkoren mellan parterna.
- Dessutom har kraven på vårdvalen har ökat. Till exempel krävs det sex läkare för att driva barnmedicin och stort antal operationer inom ortopedi. Det gynnar större bolag. Flera verksamheter går i konkurs eller köps upp och vårdval läggs ner. Majoriteten av vårdvalen är inte längre småföretag.
- Det är svårt för en enskild läkare att äga och driva en egen verksamhet.

Kraftig minskning av antalet privatläkare

Den nationella taxan – lagen om läkarvårdsersättning (LoL) – har varit en garant för småskalighet, menar Björn.

- I Stockholm har antalet privatläkare minskat från drygt 500 till ungefär 100 idag. Region Stockholm har under lång tid verkat för att minska antalet läkare som är anslutna till den nationella taxan. De försvarar för yngre läkare att över- ta verksamheter. När dessutom inga nya taxor delas ut kommer till slut inga läkarledda verksamheter att finnas kvar.
- Den nationella taxan har kritiserats för att vara svår att följa upp och att styra. Men det går att förändra och modernisera taxesystemet, om bara viljan finns. Men ingen lyssnar på oss. Ibland känns det som att vi slåss mot Don Quijotes väderkvarnar.
- Det borde påtalas i den offentliga debatten att läkarledd verksamhet har hög tillgänglighet och kontinuitet. Fanny Nilsson har ju i sin bok Åk till akuten visat att inte minst primärvården behöver kontinuitet och vara lätt att nå.

Lagen om offentlig upphandling har bara gynnat storbolagen

Lagen om offentlig upphandling (LOU) är inte ett alternativ för småskalig privat vård, enligt Björn Zackrisson.

- LOU har framförts som ett alternativ, men det har till syvende och sist alltid handlat om lägsta pris. Stora bolag kan lägga sig på extremt låga priser, ofta betydligt lägre än kostnaderna i regionens egen regi. Vi får en situation liknande MTR i tunnelbanan med billig drift och låg kvalitet där personal saknas och linjer läggs ner.
- Vad jag vet har det i praktiken inte förekommit en enda upphandling som är riktad till småskalig verksamhet.
- När kvalitet ska prioriteras i upphandlingar har priset satts så lågt att det kräver stora volymer. Löften om kvalitet är lätta att utfärda, men svårare att infria och dessutom nästan omöjligt att kontrollera.

Den norska modellen i primärvården låter utmärkt

Den norska modellen för primärvård, som är fredad från stora privata vårdbolag till förmån för små läkarledda privata verksamheter, är ett utmärkt förslag som bör diskuteras, anser Björn.

- Jag är inte jurist men modellen i Norge låter utmärkt och borde kunna utsträckas även till andra delar av vården.

Statlig garanti för småskalig privat vård

Björn tror på grundtanken i den nationella taxan – att verksamheten ägs av en läkare och inte kan övertas av ett storbolag – och att modellen kan utvecklas för att vända den negativa trenden.

- Den nationella taxan kan utvecklas och vara en modell för småskalighet med staten som garant för att regionerna inte avvecklar verksamheter hur som helst. Exempelvis kan man bestämma sig för att inrätta ett antal verksamheter för urologi och andra specialiteter i olika delar av landet. Det betyder att etableringsrätt, lokalisering och andra villkor regleras i avtal och att verksamheterna inte kan säljas vidare till större bolag.

Stora vinstuttag inte möjliga i småskalig privat vård

Risken för att skattemedel försvinner i form av övervinster i småskaliga privata vårdformer är mycket låg, menar Björn.

- Små verksamheter ger inte några större vinster. Det är inte möjligt att aggregera överskott från tio eller flera doktorers arbete som är fallet i större bolag. En läkare som är ansluten till nationella taxan och har normal arbetstid tjänar ungefär som en läkare som är anställd på ett sjukhus.
- Man kan nog säga att småskalig vård i sig är en bättre garant mot övervinster än vad storbolag är.

Fortbildning och samverkan kan regleras i avtal

Möjlighet och krav på fortbildning och samverkan med andra i professionen kan utgöra en begräsning i småskalig verksamhet. Björn Zackrisson anser att fortbildning bör regleras och stödjas i avtal.

- Fortbildning och samverkan bör ingå i de avtal som sluts för småskaliga verksamheter. I vårdvalen i Stockholm finns nu krav på att utbilda sköterskor, AT-läkare och underläkare. Men det utgår ingen ersättning, tvärtom sänks ersättningen.
- Det ingår i yrkesstoltheten att läsa på och hålla sig uppdaterad, säger Björn Zackrisson avslutningsvis.

Nationella taxan behöver förnyas

Hannu Määttänen, ortoped

Hannu Määttänen är specialist i ortopedisk kirurgi och ryggkirurg med 40 års erfarenhet. Han är vice ordförande i Svenska Privatläkarföreningen och ordförande i Storstockholms Privatläkarförening.



Hannu ger sin syn på hur villkoren för småskalig läkarvård förändrats under de senaste decennierna. Han lyfter även fram behovet av ett bättre stöd till primärvården från läkare i den öppna specialistvården.

Så infördes nationella taxan

Hannu Määttänen tecknar en bakgrund till den nationella taxan.

- Lagen om läkarvårdsersättning, den nationella taxan, antogs 1993. Innan dess fanns det privatläkare som varit anslutna till Försäkringskassan. Nu blev det möjligt för privatläkare, och även läkare som hade arbetat inom dåvarande Landstiget, att ansluta sig till den nya formen för privat läkarvård.
- Lagen reglerade vilka krav som läkaren måste uppfylla och vilka ingrepp (åtgärder, undersökningar, utredningar, operationer) som fick utföras i de olika specialiteterna. Dessutom infördes ett tak som begränsar ersättningen per år och en prislista för ingreppen.
- Innan taxan infördes kunde läkare som arbetade i Landstinget ha en egen privatpraktik på kvällarna, så kallade fritidspraktiker. För att värna läkarna i den nya nationella taxan infördes kravet på att arbeta heltid, preciserat 35 timmar per vecka i medeltal.
- År 2007 ändrades lagen om läkarvårdsersättning så att det blev möjligt att överlåta läkarverksamhet till en annan läkare. Syftet var att bidra till kontinuitet och en stabil vård för patienter.

Krav på heltid används för att avveckla verksamheter

- Idag har heltidskravet vänts mot läkarna. Region Stockholm hotar med att avskrika läkare från den nationella taxan om faktureringen inte når upp till 75 procent av taket, säger Hannu.
- Regionerna har lagt ner etableringar i den nationella taxan med argumentet att vederbörande läkare inte har arbetat heltid. Då har tjänstemän i regionen endast tittat på vad läkaren debiterat under det senaste året. Men enligt lagen och förordningen är heltid definierat som 35 timmars arbetstid per vecka.

Regionens tjänstemän har inte ansett sig ha tid att besöka läkarens mottagning och kontrollera den bokförda arbetstiden. Regionens tolkning av heltid saknar juridiskt stöd.

Han menar att resultatet blivit en omfattande avveckling av antalet privatläkare.

- Mellan 60 procent och 80 procent av etableringarna i Sverige har försvunnit. År 2015 fanns det i Region Stockholm 503 verksamma läkare i den nationella taxan men endast 117 läkare år 2024 enligt statistik från SKR, berättar Hannu.

Vårdvalen – fri etablering utan tak

Det har visat sig att vårdvalen som infördes från 2009 och framåt inte har gynnat den småskaliga privata vården, säger Hannu.

- Lagen om vårdval inom primärvården enligt lagen om valfrihetssystem (LOV), infördes den 1 januari 2009. Vårdvalen är inte knutna till en läkare utan till en juridisk person, det vill säga ett aktiebolag. Om bolaget uppfyller kriterierna för vårdval kan den som äger vårdvalet etablera sin verksamhet var man vill i Stockholm.
- Vårdvalen har inget övre tak för hur mycket vård som får bedrivas. När verksamheten saknar tak kan kostnaderna för regionen öka okontrollerbart. Både regionägda och privatdrivna vårdcentralerna lyder under LOV och ska ha samma villkor. I Region Stockholm drivs idag ungefär 60 procent vårdcentralerna i privat regi och ungefär 40 procent i Region Stockholms regi.

Kapitalstarka företag gynnas

- Man öppnade även för regionerna att införa vårdval för specialiserad sjukvård. Region Stockholm har infört 39 olika vårdval men endast ett fåtal andra regioner har infört vårdval för specialiserad vård.
- När vårdval infördes fanns det stora förväntningar inom läkarkåren. Sedan dess har regelverket reviderats så att det gynnar stora kapitalstarka företag men försvårar för eller utesluter mindre vårdgivare. Ofta kontrolleras de större bolagen av riskkapitalbolag som ägs av utländska företag.
- Under de senaste 20–25 åren har vi fått alltmer av privat sjukvård som är offentligt finansierad. Samtidigt har det blivit svårare för mindre läkarledda företag att verka.

Primärvården behöver stöd från öppna specialistvården

Erfarenheter från samarbete med primärvården har fått Hannu att fundera över behovet av bättre samverkan med den öppna specialistvården.

- 2025 hade vi 4000 patientbesök på vår mottagning. En tredjedel av besöken var återbesök och två tredjedelar var nybesök. Ortopedisk kirurgisk verksam-

het har remisskrav i Region Stockholm. Vi får remisser från primärvården i hela södra Storstockholm. Vi märker att det finns ett stort behov av bedömning och behandling.

– Specialistklinikerna har minskat sin öppenvårdsverksamhet. Det började redan för 15 år sedan men har accelererat från 2019.

– Det har blivit nästan ett mantra att säga ”det här får primärvården ta hand om”. Det har ökat kraven på allmänläkarnas kunnande och kompetensbredd, nästan till bristningsgränsen.

Hannu pekar på undersökningar som visar att många allmänläkare upplever stress och väljer att arbeta deltid när trycket på vårdcentralerna ökar.

– I en ny studie från Vård- och omsorgsanalys framgår att två av tre läkare i Sverige har upplevt psykisk ohälsa på grund av arbetet och lika många upplever arbetet som mycket stressigt. En av tre läkare har symtom på utmattning, berättar Hannu och hänvisar till Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv, Vård- och omsorgsanalys PM 2026:1.

– Därför bör det finnas organspecialister som tar emot remisser från primärvården för konsultation och som kan ge stöd och support till primärvården, menar Hannu.

Nationella taxan behöver förnyas

Hannu summerar vilka fördelar han ser med småskalig läkarledd jämfört med andra former.

– Småskalig läkarledd privat sjukvård är effektiv. Patienten träffar alltid samma läkare. Ungefär 1 procent av läkarna i Sverige arbetar i den nationella taxan. De utför 5,8 procent av samtliga polikliniska besök till en kostnad som motsvarar 0,3 procent av den totala omsättningen i sjukvården. Kostnadseffektiviteten är mycket stor.

– Nationella taxan är gammal och omodern. Den behöver förnyas och förbättras. Sjukvården utvecklas och går framåt. I grunden är LoL ett mycket bra system som lämpar sig för mindre läkarledda verksamheter. Man kunde tillåta två till tre läkare att arbeta i en etablering eller att tre till fyra läkare arbetar i samma verksamhet men var och en har sina egna etableringar.

– En annan korrigerings bör vara att läkarens aktiebolag och inte privatpersonen äger etableringen och att ett storföretag inte kan köpa upp aktiebolaget, avslutar Hannu Määttä.

Regionerna kan besluta: "Vi vill ha mer småskalig läkarledd sjukvård"

Bengt-Olov Tengmark, specialist i internmedicin

Bengt-Olov Tengmark är specialist i internmedicin och har inriktat sig mot diabetes. Hans verksamhet, som är ansluten till den nationella taxan, är en del av Region Stockholms diabetesvård och ingår i det regionala diabetesrådet.



Han utvecklar sin syn på småskalig läkarledd privat vård och dess framtid i ett samtal.

En del av Region Stockholms diabetesvård

- Min mottagning är en del av specialistvården i Stockholm. Vi får väldigt många remisser ifrån primärvården för patienter som behöver kronisk behandling. Vi är en av tre kliniker i Stockholmsregionen som har startat behandling där sensorer används för att mäta och reglera medicineringen för diabetespatienter, som Dexcom och Freestyle Libre.

Små privata verksamheter har sugits upp av stora vårdbolag

- Jag arbetade som specialist i internmedicin i slutenvården. I mitten på 1990-talet fick jag möjlighet att starta en verksamhet som specialist i öppenvården inom ramen för den nationella taxan som just hade införts.
- Det var samtidigt som den så kallade husläkarreformen då flera små privata kvartersakuter startades i primärvården av engagerade kollegor. Men nästan alla har köpts upp av stora vårdbolag. Organisationen Vårdföretagarna driver de stora vårdbolagens intressen. Nästan ingen driver de småskaliga verksamheternas intresse. Regionerna föredrar också ofta stora bolag och inte de småskaliga.
- Under senare år har småskalig vård gått på sparlåga. Kommersialisering har kommit in mer och mer och de mindre vårdföretagen har sugits upp av de stora vårdbolagen. Det är olyckligt.

Nationella taxan behövs särskilt i glesbygd

- Fördelen med småskalig vård är att man arbetar väldigt nära patienterna och har en helt annan kontakt. Det finns inga långa beslutsvägar och det går

snabbt att göra förändringar. Undersökningar visar också att personalen trivs och stannar kvar i småskalig läkarledd verksamhet.

– Jag tror att den nationella taxan behövs särskilt i glesbygd, poängterar Bengt-Olov.

Risk att bli isolerad

– Nackdelen är att det finns en risk att bli isolerad. Om man inte, som vi har gjort, aktivt sökt samarbete med större mottagningar inom specialiteten kan man bli isolerad. Deltar man inte specialistföreningarnas arrangemang och vidareutbildningar kan kunskapen utarmas.

Privata driftsformer ska vara en del av regionens sjukvårdssystem

Eftersom den nationella taxan är skattefinansierad anser Bengt-Olov att regionen kan ställa krav på att verksamheten är en del av sjukvårdssystemet som helhet.

– Jag tror att den nationella taxan kan utvecklas och moderniseras. Den småskaliga vården måste ses som en del av regionernas sjukvård. Då kan man också ställa krav på att få tillgång till regionens resurser och kompetens på olika sätt.

– Om en privat driftsform är skattefinansierad ska den ingå i planeringen av hela sjukvårdssystemet. Det kan gälla vårdutbud, lokalisering, vidareutbildning, delaktighet i undervisning och forskning med mera.

Bengt-Olov menar att den fria etableringsrätten i vårdvalen enligt LOV medför problem för planeringen av sjukvården.

– Den fria etableringsrätten är inte kopplad till om det finns medicinska behov. Det behövs inte fler ögonmottagningar i Stockholms innerstad och varför ska en femtedel av alla hudläkare finnas i Stockholm, frågar Bengt-Olov.

Blanda inte in privata sjukförsäkringar i skattefinansierad vård

– Jag anser att man inte ska blanda regionfinansierad verksamhet med patienter från privata sjukförsäkringar. Antingen bedriver man en skattefinansierad verksamhet eller en privatfinansierad verksamhet. Är man offentligt finansierad får man hålla sig till spelreglerna. Vi har valt att inte ha patienter från privata sjukförsäkringar, framhåller Bengt-Olov.

Regionerna kan säga: ”Vi vill ha mer småskalig läkarledd vård”

– Regionen bör styra upphandling av vård så att den även riktas till småskalig verksamhet, på samma sätt som för idéburna och ideella organisationer. Regionen kan helt enkelt säga ”Vi vill ha mer småskalig läkarledd vård”, avslutar Bengt-Olov Tengmark.

Kasta inte ut barnet med badvattnet

Lisa Pelling, chef för tankesmedjan Arena Idé, skrev denna krönika om privaturologernas kongress i Dagens Arena den 27 maj 2025, dagarna innan det socialdemokratiska partiets kongress.

Det är inte små företag som blommat av marknadsreformerna.

För ett par veckor sedan fick jag en oväntad inbjudan. Kunde jag tänka mig att hålla ett anförande på Svensk Privaturologisk Förenings traditionella vårmöte? Och ge ett annat perspektiv på vårdfrågorna?

Jag tog mig ut till Villa Källhagen på Djurgården i Stockholm. När jag mesade ”Nu är jag här” blev jag uppmanad att vänta utanför möteslokalen. ”Vi pratar prostatamassage just nu så kan vara skönast att slippa höra”.

Privaturologerna är en liten yrkesgrupp, men representativa för en undanskymd del av svensk sjukvård: specialistläkare som driver egna, privata kliniker med ett fåtal anställda.

Den typen av läkarmottagningar är vanlig i många andra länder, men har i Sverige nästan helt ersatts av offentligt finansierade vårdcentraler och mottagningar. Den så kallade 7-kronorsreformen som genomfördes 1970 reformerade finansieringen av öppenvården (den vård som ges utanför sjukhusen). Patienternas avgifter inom den offentligt finansierade vården begränsades till sju kronor, och resten av kostnaden för ett läkarbesök började betalas via skattsedeln.

Det här innebär att det blev mycket mindre attraktivt att besöka privatpraktiserande läkare, reformen innebar att Sverige fick ”socialized medicine” som det hette i USA.

I början av 1990-talet påbörjades en återprivatisering av vården, åtminstone när det gäller driften (finansieringen sker ju fortfarande till största delen via skatten).

I Sverige svänger pendeln rejält när den väl svänger, och LOV-reformen av primärvården som infördes under Alliansregeringen innebar ett radikalt brott mot hur vården tidigare organiserats. Offentlig planering och kontroll ersattes av fri etableringsrätt för vinstdrivande vårdbolag.

Precis som inom skolans område blev vi lovade att ”valfrihetsreformerna” skulle leda till maximal mångfald. Nu skulle hundra blommor blomma!

Men det är inte små företag som blommat. I stället har marknadsreformerna gynnat stora välfärdskoncerner. Skoljätten AcadeMedia är lika stora som sina största konkurrenter tillsammans, och fem vårdkoncerner driver hälften av de privata vårdcentralerna. Och jättarna fortsätter att konkurrera ut de små, från föräldrakooperativ till läkar drivna mottagningar.

Inte undra på att privaturologerna vill ha perspektiv. ”Om alternativet är att jobba för Capio kan jag lika gärna jobba för regionen” som en av privaturologerna uttryckte det.

I takt med att Sverige blivit ett paradiset för miljardärer har ett annat hot tornat upp sig: superrika som bygger sina egna jättekliniker. På privaturologernas vårmöte fick jag dela scen med Per-Anders Abrahamsson, grundare av Perituskliniken i Lund. Perituskliniken har byggts med privata pengar, superrika svenskar som Mellby Gårds Rune Andersson och familjen Rausing (grundare av Tetrapak) har gått in med totalt en kvarts miljard för att finansiera en annan klinik. Gissningsvis har de insett att även farbröder med miljarder på kontot drabbas av problem med prostatan förr eller senare. Och att de betalat för lite i skatt för att kunna lita på den offentliga sjukvården. Andra rikingar som drabbats av samma insikt är deras (växande) marknad.

Helt omöjligt för en ensam urolog med en liten mottagning att konkurrera med den sortens pengar.

Som Karin Svanborg-Sjövall, tidigare chef för marknadsliberala tanke-
medjan Timbro konstaterar i boken Kentucky fried children? – om den svenska valfrihetens rötter och dess fiender: ”storfinansens intresse av nya marknader” inte är riktigt samma sak som ”borgerlighetens lite naiva siande om familjeföretag och personalkooperativ”.

Här är privaturologernas budskap till Socialdemokraternas partikongress som i veckan ska debattera vinster i välfärden: när pendeln nu svänger igen, kasta inte ut barnet med badvattnet. Det kan vara klokt att hitta en vettig finansiering av det småskaliga.

Lisa Pelling

Chef för tankesmedjan Arena Idé

Slutsatser: Dags för en samhällsdebatt om framtiden för småskalig sjukvård

I rapporten finns två samstämmiga budskap från de intervjuade läkarna:

- » Patienter, personal i sjukvården och regionerna behöver mer av småskalig verksamhet, inte minst inom primärvården;
- » Det är dags för en samhällsdebatt om framtiden för småskalig läkarledd privat sjukvård.

Andelen av den skattefinansierade sjukvården som drivs i privat regi har aldrig varit så hög. De stora vårdbolagen har växt betydligt under senare år. Däremot har de små läkarledda privata verksamheterna blivit alltmer undanträngda. Samtidigt brottas svensk sjukvård med låg kontinuitet, bristande tillgänglighet och bemanningsproblem.

De tolv röster som kommer till tals i rapporten kan ses som olika inlägg i den debatt om framtiden för småskalig läkarledd sjukvård i privat regi, och även i offentlig regi, som svensk sjukvård så väl behöver. Flera läkare efterlyser även en nationell reform.

Samtalen väcker ett antal frågeställningar. Behövs en ny modell för småskalig läkarledd privat sjukvård? Kan den nationella taxan förnyas och moderniseras? Vilka regler ska gälla för etablering, lokalisering, volymer och överlåtelse? Var går gränsen för småskalighet? Hur ska ägande av läkarledda verksamheter regleras? Kan vårdjättarnas uppköp av småskaliga enheter och monopoliseringen hindras? Hur kan samverkan mellan den öppna specialistvården och primärvården utvecklas?

En rimlig utgångspunkt för diskussionerna är att skattefinansierad privat sjukvård ska omfattas av samhällets övergripande mål, fastslagna i Hälsa – och sjukvårdslagen, att sjukvården ska utformas och planeras enligt principen om vård på lika villkor utifrån medicinska behov.

Förhoppningsvis kan rapporten stimulera till fortsatt diskussion. Flera läkare poängterade även att:

Politiker i riksdag, regioner och kommuner har ett särskilt ansvar att engagera sig i hur småskalig läkarledd sjukvård ska överleva och utformas.

—**Thomas Lindh**

Vendelsö i maj 2026

Bilagor

Vision om utveckling av lagen om läkarvårdsersättning (LoL) för ett stärkt statligt inflytande i den öppna specialistvården enligt Svenska Privatläkarföreningen (SPFL)

Bakgrund

LoL är idag det enda sjukvårdssystemet för öppen specialistvård som är lika över hela landet och regleras av lag. Lagen instiftades av riksdagen 1993, och även om lagen fungerat väl över lång tid så är det dags att modernisera den och anpassa den till dagens öppna specialistvård. Den har stora fördelar avseende kontinuitet, kvalitet, kostnadseffektivitet, förutsägbarhet och jämlikhet över landet och de läkarmottagningar som idag bedrivs enligt LoL är mycket uppskattade av patienterna.

Förslag till förändringar i befintlig lagstiftning

- 1. Inför ett obligatorium för regionerna att tilldela nya etableringar**
Om antalet etableringar styrs av försörjningsgraden av specialisläkare baserat på befolkningsunderlag skulle underförsörjda områden få tillgång till öppen specialisläkarvård i betydligt större utsträckning samtidigt som överetablering undviks.
- 2. Ändra tvånget att arbeta heltid**
Att läkare tvingas att arbeta heltid är en relik från en svunnen tid. Dagens läkare har, liksom de flesta andra yrkeskategorier, en annan familjesituation än vad som var normen när lagen instiftades på 1990-talet.
- 3. Tillåt att flera läkare arbetar på samma etablering**
För ökad tillgänglighet och bättre service, då till exempel flera subspecialiseringar kan komplettera varandra, samt att den alltmer omfattande tekniska utrustningen utnyttjas bättre, vore det en fördel för både patienterna och läkarna om flera läkare kan verka på samma etablering.
- 4. Höj ersättningstaken och avveckla avtrappningen**
Sjukvården idag ser helt annorlunda ut jämfört med när lagen instiftades och idag kan avancerade undersökningar och väldigt många kirurgiska ingrepp utföras i öppenvård. Många åtgärder kräver avancerad teknisk utrustning men går att utföra på ett betydligt mer tidseffektivt sätt.
- 5. Se över åtgärdskoderna**
Många åtgärds-koder är föråldrade och nya undersökningar och operativa åtgärder har ej tagits med de senaste 30 åren

Sammanfattning

Med små förbättringar i befintlig lagstiftning kan vi förbättra tillgängligheten av vård i underförsörjda områden, erbjuda patienterna bättre kontinuitet, minska vårdköerna, erbjuda en mer jämlik vård över hela landet samt ge regionerna en förutsägbar kostnadsmodell.

Svenska Privatläkarföreningen (SPFL)

Svenska Privatläkarföreningen om den nationella taxan³

Nationella taxan (LoL)

Nationella taxan eller lagen om läkarvårdsersättning (LoL) har funnits sedan 1994. Lagen om det som kallas nationella taxan stiftades av Riksdagen för att ersätta systemet som kallades ”ansluten till Försäkringskassan”. LoL innebär att vårdgivaren har en etablering knuten till egen fysisk person även om själva verksamheten sedan bedrivs i bolagsform. Villkoren för vårdgivarens verksamhet regleras i den aktuella lagen (LoL) och den ekonomiska ersättningen fastställs i Förordningen om läkarvårdsersättning (FOL). Ersättningsnivåerna i taxan förhandlas mellan Sveriges Läkarförbund och Sveriges Kommuner och Landsting med vissa årliga intervall.

Ersättningsetablering på nationella taxan

Sedan 1995 har LoL i princip varit stängd för nyetablering. Däremot är det sedan 2009 tillåtet att ersättningsetablera, dvs. överlåta sin etablering till högstbjudande kollega. Det är dock inte tillåtet att ersättningsetablera om det finns vårdval inom landstinget i motsvarande specialiteter. Då vårdval är lagstiftat inom primärvården för hela landet sedan 2010 så har detta inneburit att allmänläkarna på ”taxan” till att börja med inte tillåtit att sälja sina etableringar. Trots detta har försäljning nu möjliggjorts i några landsting tack vare ett antal avgjorda mål i några förvaltningsdomstolar.

Överlåtelseprocessen vid ersättningsetablering hanteras av landstingen efter anmälan från den säljande parten. Enligt lagen så är det slutna budgivning och den som lagt högsta budet samt i övrigt uppfyller alla villkor vinner upphandlingen. Efter att upphandlingen är avslutad så ska köparen teckna ett samverkansavtal med landstinget där ytterligare villkor kan regleras. Villkoren får dock inte vara annorlunda än vad som gällt för den säljande parten. Ändras villkoren så måste säljaren ha godkänt detta.

³ Enligt hemsidan för Svenska Privatläkarföreningen (SPLF) i maj 2026. Se <https://slf.se/privatlakarforeningen/vi-tycker/nationella-taxan-lol/>

Förutsättningar

För närvarande är cirka 600 läkare anslutna till nationella taxan. De flesta arbetar antingen som egna småföretagare eller som anställda i Praktikertjänst AB. Det går att vara verksam enligt LoL i de flesta kliniska specialiteter. Den ekonomiska ersättningen är prestationsbaserad utifrån varje patientbesök med gruppering i enkla, normala och särskilda arvoden. Ersättningsnivåerna är specifika för varje specialitet. När den sammanlagda ersättningen under ett kalenderår når upp till en viss nivå så reduceras ersättningen i två steg, tak 1 respektive tak 2. Reduktionen över tak 1 är 50 % och över tak 2, 100 %. Nivåerna i taken är olika för varje specialitet.

Kraven för att vara verksam enligt LoL är att verksamheten bedrivs på heltid. Det går inte att samtidigt arbeta för landstinget eller inom vårdvalet.

Landstingen har laglig rätt att följa upp verksamheten genom att granska och kontrollera taxeläkarna samt i vissa fall även titta på deras patientjournaler.

Möjlighet till vikarie är tillåten vid sjukdom, forskning, vidareutbildning, fackliga eller politiska uppdrag samt inför förestående ålderspension.

Nationella taxan är så utformad att den sätter patienten i centrum, minimerar administration samt maximerar sjukvårdsproduktion. Nationella taxan passar också utmärkt för småskalig professionsstyrd vård med lika villkor för patienter och vårdgivare över hela landet.

Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning

Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning