

Konsekvensutredning för nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst

Bilaga 2 till slutrapport

S2023/02118 (delvis)

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Citera gärna rapporten men uppge alltid källa: Rapportens namn, år och E-hälsomyndigheten.

Publicerad: E-hälsomyndigheten, april 2025.

Diarienummer: 2023/02682

Adress: Södra Långgatan 60, Kalmar

Sankt Eriksgatan 117, Stockholm

E-post: registrator@ehalsomyndigheten.se

Telefon: [010-458 62 00](tel:010-458 62 00)

www.ehalsomyndigheten.se

Innehåll

1 Sammanfattning.....	4
2 Konsekvensutredningens uppdrag	8
3 E-hälsomyndighetens förslag i korthet.....	8
4 Metod för att beskriva konsekvenser.....	9
4.1 Identifiering av berörda aktörer	9
4.2 Användning av hypoteser som underlag.....	11
4.3 Intervjuer och annan informationsinsamling	11
5 Samhällsekonomiska nyttor	13
6 Nollalternativet.....	14
7 Konsekvenser för regioner	15
7.1 Överföringssätt och ombud	16
7.2 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen	17
7.3 Finansiella konsekvenser.....	21
8 Konsekvenser för kommuner	23
8.1 Överföringssätt och ombud	24
8.2 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen	26
8.3 Finansiella konsekvenser.....	29
9 Konsekvenser för privata vårdgivare och utförare	30
9.1 Konsekvenser för privata vårdgivare	30
9.2 Konsekvenser för privata utförare av socialtjänst	35
10 Konsekvenser för statliga myndigheter	40
10.1 Konsekvenser för E-hälsomyndigheten.....	40
10.2 Konsekvenser för IVO	41
Bilaga 1 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen	43
Dokumentinformation	47

1 Sammanfattning

I regeringsuppdraget (S2023/02118) ingår att analysera konsekvenserna av de författningsförslag E-hälsomyndigheten har lämnat i uppdragets andra delrapport¹. Konsekvensutredningen har fokuserat på att analysera konsekvenser för de aktörer som träffas av den uppgiftsskyldighet som E-hälsomyndigheten har föreslagit inom ramen för regeringsuppdraget Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst (S2023/02118 (delvis))². Dessa aktörer är regioner, kommuner samt privata vårdgivare och utförare av socialtjänst. Arbetsgruppen som har genomfört denna konsekvensutredning, i det fortsatta kallad utredningen, har även analyserat konsekvenserna för Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som kan komma att försörja katalogen med vissa uppgifter. De finansiella konsekvenserna för E-hälsomyndigheten har även sammanställts.

Utredningen har genomfört semistrukturerade kvalitativa intervjuer med representanter från ett urval av berörda aktörer och använt hypoteser som beskriver förändringen som underlag för intervjuerna.

Fördelar med den nationella katalogen

Flera av de intervjuade aktörerna ser fördelar med införandet av den nationella katalogen. De allra största offentliga och privata aktörerna är mest positiva till förändringen och ser potential för ökad samhällsnytta. Många anser att den nationella katalogen är en förutsättning för nationell vårdförmedling och ger möjlighet att jämna ut tillgång av vårdkapacitet samt möjlighet att hitta specialistvård nationellt. De större aktörerna ser även möjlighet att bli mer datadrivna och underlätta digitalisering. Några betonar att katalogen skulle bidra till transparens och tydlighet över vårdgivare och utförare av socialtjänst samt underlätta upphandlingar och kvalitetsuppföljning. Många lyfter fram att katalogen även kan bidra till att förebygga brott. Detta dels eftersom uppgiftsinlämningen är obligatorisk, dels eftersom katalogen kan komma att innehålla kvalitetssäkrade uppgifter avseende privatfinansierad vård, uppgifter om utförares tillstånd samt uppgifter om avtal som avslutats i förtid. Några aktörer ser dessutom potential för kostnadsbesparingar genom ensade kodverk för verksamhetsinriktning och att exempelvis inte behöva ha egna register över

¹ E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Andra delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), bilaga 2.

² <https://www.regeringen.se/regeringsuppdrag/2023/06/uppdrag-att-ta-fram-en-nationell-katalog-over-vardgivare-och-utforare-av-socialtjanst/>

privata utförare av socialtjänst. Flera aktörer förväntar sig att förändringen kommer att innebära att de inte ska behöva registrera samma uppgifter i flera register/kataloger. Bland utförare av socialtjänst betonas särskilt möjligheten för privata utförare att kostnadseffektivt kunna exponera sig genom att finnas i katalogen. De offentliga utförarna av socialtjänst ser även möjlighet att enklare hitta små privata utförare samt specialiserad omsorg i angränsande kommuner.

Konsekvenser avseende överföring av uppgifter för vårdgivare och utförare av socialtjänst

De intervjuade regionerna har tekniska förutsättningar att själva överföra uppgifterna till den nationella katalogen, se bilaga 1 för en hypotetisk beskrivning av de uppgifter som uppgiftsskyldigheten föreslås omfatta. Majoriteten av de intervjuade vårdgivarna förordar dock att Inera AB³ (Inera) är ombud för överföring av uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning. Förutsättningarna för detta bedömer vårdgivarna som goda även om de konstaterar att Katalogtjänst HSA⁴ (HSA) för närvarande inte innehåller alla detaljerade uppgifter som uppgiftsskyldigheten föreslås omfatta. De intervjuade privata vårdgivarna föreslår även Svensk e-identitet AB⁵ (Svensk e-identitet) som möjligt ombud.

Vissa intervjuade kommuner upplever det som ett hinder att överföra uppgifterna själva till den nationella katalogen via API⁶. Baserat på intervjuerna med utförare av socialtjänst konstaterar utredningen att Inera i dagsläget sannolikt inte är ett adekvat ombud, varken för uppgifter om hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Några utförare nämner att information som lämnas till IVO i dag även skulle kunna överföras från IVO till

³ Inera AB är ett aktieföretag som ägs av SKR Företag samt av Sveriges regioner och kommuner, SKR är huvudägare och samtliga regioner och kommuner äger Inera.

⁴ Katalogtjänst HSA beskrivs närmare i E-hälsomyndighetens *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Första delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), kapitel 3.2.1.1.

⁵ Svensk e-identitets webbplats, Svensk e-identitet AB är ett helägt Vismabolag och leverantör av tjänster för inloggning, autentisering och signering samt ombudstjänster för HSA och SITHS, hämtat 25-03-27.

⁶ API (Application Program Interface) fungerar som en bro mellan exempelvis två system och är ett kontrollerat sätt att överföra information på.

katalogen. Detta behöver utredas vidare vilket framgår av slutredovisningen till vilken denna konsekvensutredning är en bilaga.⁷

De intervjuade offentliga aktörerna ser behov av en e-tjänst för att registrera uppgifter om avtal och uppdrag samt möjlighet att registrera samtliga uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning. De små privata aktörerna skulle använda en e-tjänst för registrering av samtliga uppgifter och de stora privata aktörerna ser behov av en e-tjänst för uppdatering av vissa uppgifter.

Finansiella konsekvenser för vårdgivare och utförare av socialtjänst

Sex av de sju intervjuade regionerna har bidragit med kostnadsuppskattningar för överföring av uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning. Regionernas uppskattningar för den initiala kostnaden att överföra uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning varierar från mindre belopp upp till en miljon kronor per region. Utredningen konstaterar att vissa av kostnadsuppskattningarna skulle kunna vara i underkant och att vissa regioner inte räknat med förberedelsearbete såsom arbetsinsatsen att kartlägga uppgifterna. Två av regionerna baserar sina kostnadsuppskattningar på att Inera agerar ombud genom att informationen överförs från HSA. Den region som inte kunnat bidra med kostnadsuppskattningar indikerar dock betydligt högre kostnader. Avseende överföring eller registrering av uppgifter om avtal och uppdrag uppskattar fem regioner den initiala kostnaden från att vara marginell upp till en miljon kronor. Flera regioner bedömer att kostnaden för att förvalta uppgifterna är marginell. Utredningen konstaterar att de privata vårdgivarnas kostnadsuppskattningar för att överföra uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning ligger i linje med regionernas kostnadsuppskattningar. Deras uppskattningar om vad som behövs initialt varierar från kostnader på 150 000 kronor till arbetsinsatser på upp till 500 timmar.

Avseende överföring eller registrering av uppgifter om organisation, verksamhetsinriktning och avtal har endast två medelstora kommuner av de fyra intervjuade kommunerna kunnat göra vissa tidsuppskattningar. Deras respektive tidsuppskattningar skiljer sig åt. De fyra kommunerna beskriver dock att arbetsinsatsen kommer att omfatta förberedelsearbete, viss utbildning, manuell registrering, extrahering och automatisk överföring

⁷ E-hälsomyndigheten (2025), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst - Slutredovisning (S2023/02118)*.

(vilket två av kommunerna överväger) samt löpande förvaltning. De små privata utförarna av socialtjänst gör mycket modesta tidsuppskattningar för att registrera uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning. Kostnadsuppskattningarna för de två stora privata utförarna av socialtjänst skiljer sig åt. En av utförarnas kostnadsuppskattningar ligger i linje med de stora regionernas och de privata vårdgivarnas kostnadsuppskattningar att överföra uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning.

Samtliga intervjuade aktörer har haft mycket svårt att uppskatta kostnaderna för att införa kodverk för vårdtjänster och sociala insatser i sina verksamheter. Regionernas kostnadsuppskattning för den initiala arbetsinsatsen att införa kodverk för vårdtjänster indikerar tvåsiffrigt miljonbelopp per region. En region anser även att den löpande kostnaden kommer att bli mycket hög. De privata vårdgivarna bedömer att kostnaden att införa kodverk för vårdtjänster skulle bli hög och även deras uppskattningar indikerar tvåsiffrigt miljonbelopp per aktör. De privata vårdgivarna menar även att införandet skulle ta många år men att det sannolikt skulle bidra till kostnadsbesparingar för Sverige. Under intervjuerna med kommunerna har det blivit tydligt att det är förknippat med svårigheter för kommunerna att kostnadsuppskatta ett införande av nationellt kodverk för vårdtjänster och sociala insatser.

Finansiella konsekvenser för statliga myndigheter

E-hälsomyndigheten uppskattar myndighetens kostnader för införande och utveckling av den nationella katalogen för åren 2025–2028 till 93 miljoner kronor samt 23 miljoner kronor för investeringar. Kostnaderna omfattar införande och anslutning av aktörer, utveckling och förvaltning samt fortsatt utveckling av den nationella katalogen för att omfatta fler verksamhetsgrenar såsom apotek, tandvård etc. Kostnaderna och investeringarna består huvudsakligen av kostnader för den personal som ska genomföra arbetet.

IVO har bidragit med kostnadsuppskattningar till konsekvensutredningen men betonar att kostnadsuppskattningar är svåra att göra eftersom juridiska, tekniska och verksamhetsmässiga förutsättningar delvis är oklara i dagsläget. Kostnadsuppskattningarna baseras på en lösning som syftar till att undvika att uppgiftsskyldiga aktörer ska lämna samma eller liknande uppgifter till två olika myndigheter. IVO uppskattar de initiala kostnaderna till 11–13 miljoner kronor för en sådan lösning. Den löpande förvaltningskostnaden uppskattas till en miljon kronor per år. Inom ramen för det gemensamma uppdrag E-hälsomyndigheten föreslår kommer olika alternativ för samordnad informationsförsörjning mellan IVO:s register och

den nationella katalogen att fördjupas. Arbetet kan komma att resultera i andra alternativa lösningar. Det gemensamma arbetet ger även förutsättningar för mer kvalitetssäkrade kostnadsuppskattningar.

2 Konsekvensutredningens uppdrag

I regeringsuppdraget (S2023/02118) ingår att analysera konsekvenserna av de författningsförslag E-hälsomyndigheten har lämnat i uppdragets andra delrapport⁸. I förordning (2024:183) om konsekvensutredningar framgår att förvaltningsmyndigheter ska redovisa en konsekvensutredning när de lämnar in förslag till regeringen eller Regeringskansliet om att regeringen ska föreslå eller besluta om nya eller ändrade lagar och förordningar. Vidare framgår av regeringsuppdraget att myndigheten ska redovisa kostnadsberäkningar för fortsatt utveckling och förvaltning av katalogen, liksom ekonomiska och administrativa konsekvenser för andra statliga myndigheter, regioner, kommuner och berörda aktörer.

Om förslagen påverkar den kommunala självstyrelsen ska de särskilda överväganden som har gjorts i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen redovisas. Detta redovisades i andra delrapporten. I denna framgår att E-hälsomyndigheten bedömer att förslagen innebär inskränkningar i den kommunala självstyrelsen men att myndigheten anser att förslagen om uppgiftsskyldighet för kommuner och regioner inte går utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet med den nationella katalogen.⁹

3 E-hälsomyndighetens förslag i korthet

E-hälsomyndighetens förslag innebär uppgiftsskyldighet för vårdgivare och utförare av socialtjänst som innebär att de ska lämna uppgifter till E-hälsomyndigheten och den nationella katalogen. De uppgifter som ska lämnas föreslås omfatta

- organisation
- organisatorisk enhet
- verksamhetsinriktning

⁸ E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Andra delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), bilaga 2.

⁹ E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Andra delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), s. 18.

- utbud av vårdtjänster och sociala insatser
- kontaktuppgifter
- plats
- person och personroll.

Vidare föreslås uppgiftsskyldighet för regioner och kommuner, i egenskap av huvudmän för hälso- och sjukvård. Denna uppgiftsskyldighet innebär att lämna uppgifter till den nationella katalogen dels om de avtal som de har ingått med privata eller offentliga vårdgivare, dels om de uppdrag som de lämnat till egna vårdgivare i egen regi. Kommuner föreslås även få uppgiftsskyldighet att lämna uppgifter dels om de avtal som de har ingått med privata eller offentliga utförare av socialtjänst, dels om de uppdrag som lämnats till egna utförare inom kommunen.

Information till den nationella katalogen föreslås kunna lämnas på två sätt, genom API eller genom en e-tjänst för manuell registrering. Vidare föreslås att aktörer med uppgiftsskyldighet, via ombud ska kunna överföra informationen till den nationella katalogen via API. Ombud kan exempelvis utgöras av andra aktörer som redan förfogar över uppgifter som omfattas av uppgiftsskyldigheten.

För att underlätta informationsutbyte behöver informationen rapporteras in på ett standardiserat och systematiskt sätt. Därför föreslås att delvis nya nationella kodverk tas fram och förvaltas nationellt. Detta avser särskilt kodverk för verksamhetsinriktning samt kodverk för vårdtjänster.

4 Metod för att beskriva konsekvenser

Arbetet med att analysera konsekvenser för berörda aktörer har bedrivits parallellt med att utvecklingen av den nationella katalogen pågått. Nedan beskrivs det angreppssätt och den metod som använts för att analysera konsekvenserna av förslagen.

4.1 Identifiering av berörda aktörer

I ett första steg har utredningen identifierat vilka aktörer som kan komma att beröras av E-hälsomyndighetens förslag. Baserat på regeringsuppdraget, första och andra delrapporterna samt det pågående utvecklingsarbetet har följande aktörer identifierats

- offentliga vårdgivare och utförare av socialtjänst
- huvudmän för hälso- och sjukvård och socialtjänst

- privata vårdgivare och utförare av socialtjänst
- statliga myndigheter som kan komma att försörja katalogen med uppgifter om vårdgivare och utförare av socialtjänst.

Vårdgivare och utförare av socialtjänst samt regioner och kommuner i egenskap av huvudmän är de aktörer som träffas av den föreslagna uppgiftsskyldigheten. Utredningen har därför fokuserat på att analysera konsekvenserna för regioner, kommuner samt privata vårdgivare och utförare av socialtjänst.

Även statliga myndigheter bedriver hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, förkortad HSL) och är att betrakta som vårdgivare. Dessa utgörs främst av 18 universitet och högskolor samt 16 stora och medelstora myndigheter, exempelvis Kriminalvården, Polismyndigheten och Statens institutionsstyrelse.¹⁰ Utredningen har inte inkluderat statliga myndigheter i analysen.

Bland de statliga myndigheterna har utredningen bedömt att IVO kan komma att försörja katalogen med vissa uppgifter och därmed inkludera denna myndighet i konsekvensutredningen. E-hälsomyndigheten avser att nyttja befintliga och kommande tjänster som tillgängliggör nationella grunddata. För närvarande bedömer myndigheten därmed inte att it-integrationer behövs med fler myndigheter. Myndigheter såsom Bolagsverket och Lantmäteriet har således inte inkluderats i konsekvensutredningen. Läkemedelsverket omfattas inte av de författningsförslag som lämnats i andra delrapporten och har därmed avgränsats från konsekvensutredningen. Läkemedelsverket kan dock komma att påverkas i det fall uppgiftsskyldigheten i ett senare steg utökas till att omfatta apotek.

E-hälsomyndigheten har i denna konsekvensutredning inte analyserat konsekvenser för aktörer som kan komma att agera ombud till uppgiftsskyldiga aktörer. Utredningen har dock kartlagt vilka aktörer som vårdgivare och utförare av socialtjänst bedömer som lämpliga att agera ombud. Vidare har utredningen valt att inte analysera eventuella konsekvenser för leverantörer av verksamhetssystem till vårdgivare och utförare av socialtjänst.

¹⁰ IVO vårdgivarregistret, beställning 25-03-12.

4.2 Användning av hypoteser som underlag

I arbetet med konsekvensutredningen har utredningen utgått från hypoteser bland annat avseende vilka detaljerade uppgifter uppgiftsskyldigheten kan komma att omfatta, se bilaga 1. Hypotesen avseende vilka detaljerade uppgifter som föreslås lämnas baseras på den informationsspecifikation som tagits fram i uppdraget.¹¹ Hypoteserna har använts som underlag i de intervjuer som genomförts med berörda aktörer. Att arbeta hypotesdrivet har varit nödvändigt för att de berörda aktörerna ska kunna identifiera vilka verksamhetsmässiga, tekniska och finansiella konsekvenser förslaget på uppgiftsskyldighet kan komma att innebära. Det är viktigt att betona att hypoteserna inkluderar uppgifter som inte med säkerhet kommer att bli föremål för uppgiftsinsamlingen eftersom denna precisering föreslås göras i myndighetsföreskrifter.¹²

4.3 Intervjuer och annan informationsinsamling

Utredningen har genomfört semistrukturerade kvalitativa gruppintervjuer med representanter från berörda aktörer. Utredningen har strävat efter att identifiera respondenter hos respektive aktör som kan redogöra för tekniska, verksamhetsmässiga och finansiella konsekvenser. Intervjuerna har sammanställts i minnesanteckningar som har justerats av respondenterna. Utredningen har valt att inte genomföra kvantitativa enkäter men har studerat bland annat den enkät avseende aktörers behov som genomförts tidigare inom ramen för regeringsuppdraget och vars resultat presenterades i andra delrapporten.¹³

Utredningen har gjort ett urval bland regioner och eftersträvat en spridning avseende storlek, geografi och vårdinformationssystem. Utredningen har intervjuat regionerna Stockholm, Västra Götaland (VGR) och Skåne i egenskap av stora regioner¹⁴. Vidare har Region Östergötland intervjuats i

¹¹ Informationsspecifikationen innehåller en begrepps- och informationsmodell med terminologibundna kodverk samt beskrivna eller definierade begrepp och entydiga termer. Den baseras på den behovsanalys som gjordes i första delen av uppdraget.

¹² E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Andra delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), s. 23.

¹³ E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Andra delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), s. 8.

¹⁴ Mer än 30 000 anställda, SKR, Tabeller regionanställd personal 2023, Tabell 2 Antal anställningar efter anställningsform och region, [Tabeller Regionanställd personal 2023 | SKR](#), hämtad 2025-03-04.

egenskap av medelstor region¹⁵ samt regionerna Halland, Kalmar och Norrbotten i egenskap av mindre regioner¹⁶.

På samma sätt har utredningen gjort ett urval bland kommuner baserat på geografi och storlek. Utredningen har intervjuat Stockholms stad i egenskap av mycket stor kommun¹⁷. Vidare har tre medelstora kommuner¹⁸ intervjuats; Huddinge kommun i Stockholmsområdet, Skövde kommun i södra Sverige och Östersunds kommun i norra Sverige. Det har varit utmanande att få kommuner att delta i konsekvensutredningen.

I dialog med Vårdföretagarna¹⁹ har utredningen valt ut fyra större vårdgivare för intervjuer som alla är bland de fem största privata vårdbolagen i Sverige.²⁰ Den första vårdgivaren bedriver verksamhet inom primärvård, specialiserad öppenvård och slutenvård. Den andra bedriver primärvård samt tandvård. Den tredje bedriver specialiserad öppenvård och den fjärde bedriver primärvård och nationell digital vård. I dialog med Vårdföretagarna har utredningen även valt ut två större utförare av socialtjänst för intervjuer som båda är bland de fem största privata aktörerna inom omsorgssektorn i Sverige.²¹ Båda utförarna har verksamhet inom många olika delar av omsorgssektorn och de bedriver verksamhet i hela Norden.

I dialog med branschorganisationen Svenska Vård²² har utredningen valt ut två mindre privata aktörer. Den ena har 85 anställda och bedriver LSS-verksamhet, gruppboheter och daglig verksamhet. Den andra mindre privata aktören har 100 anställda inom HVB-verksamhet och är även

¹⁵ 15 000 anställda, SKR, Tabeller regionanställd personal 2023, Tabell 2 Antal anställningar efter anställningsform och region, [Tabeller Regionanställd personal 2023 | SKR](#), hämtad 2025-03-04.

¹⁶ 7 000-9 000 anställda, SKR, Tabeller regionanställd personal 2023, Tabell 2 Antal anställningar efter anställningsform och region, [Tabeller Regionanställd personal 2023 | SKR](#), hämtad 2025-03-04.

¹⁷ Mer än 30 000 anställda, SKR, Tabeller kommunal personal 2023, Tabell 7 Antal anställningar efter personalgrupp och kommun, [Tabeller Kommunal personal 2023 | SKR](#), hämtad 2025-03-04.

¹⁸ 5 000-7 000 anställda, SKR, Tabeller kommunal personal 2023, Tabell 7 Antal anställningar efter personalgrupp och kommun, [Tabeller Kommunal personal 2023 | SKR](#), hämtad 2025-03-04.

¹⁹ Vårdföretagarnas webbplats, Vårdföretagarna är en av nio samverkande bransch- och arbetsgivarorganisationer för vårdgivare som bedriver vård och omsorg i privat regi, Vårdföretagarna ingår i förbundsgruppen Almega, hämtat 25-03-27.

²⁰ Grant Thornton, Vårdrapporten (2024), s. 30.

²¹ Grant Thornton, Vårdrapporten (2024), s. 30.

²² Svenska Vårds webbplats, Svenska Vård är som branschorganisation ett nätverk av fristående utförare inom vård, omsorg och behandling, hämtat 25-03-27.

vårdgivare inom vuxenpsykiatri. Insikterna från denna intervju återfinns under avsnittet för privata utförare av socialtjänst.

5 Samhällsekonomiska nyttor

För att kunna realisera och tillhandahålla nationella tjänster i statlig regi behövs det en ändamålsenlig och interoperabel nationell katalog över samtliga vårdgivare och utförare av socialtjänst. Detta behov har påtalats i flertalet rapporter från olika statliga myndigheter²³ och i ett flertal av E-hälsomyndighetens tidigare regeringsuppdrag²⁴.

Den nationella katalogen över vårdgivare och utförare av socialtjänst har flera syften men ska initialt utformas så att den möjliggör ett nationellt vårdsöksystem för nationell vårdförmedling.²⁵ Syftet med nationell vårdförmedling är att minska väntetiden och stärka patientens ställning genom att effektivisera och förenkla regionernas och vårdgivarnas samordningsprocesser och arbetssätt för att möjliggöra för patienter att vid behov få vård hos en annan vårdgivare med tillgänglig kapacitet.²⁶ Konsekvensutredningen har även visat att den nationella katalogen kan bidra till att underlätta huvudmännens upphandlingar och kvalitetsuppföljning av vårdgivare och utförare av socialtjänst.

Den nationella katalogen främjar en utveckling mot en mer sammanhållen digital infrastruktur och skapar förutsättningar för regeringens och statliga myndigheters förmåga att agera på ett enhetligt och snabbt sätt, särskilt vid samhällskriser.²⁷ Genom enhetlig beskrivning av vårdgivare och utförare av socialtjänst samt gemensamma definitioner av verksamhetsinriktning och på

²³ 1 Socialstyrelsen (2022) *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* (S2021/05369), Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2022) *Rapport – Fortsatt uppdrag att skapa förutsättningar för uppföljningar av läkarintyg* (S2022/03931) och Brottsförebyggande rådet (2022) *Välfärdsbrott mot kommuner och regioner* (2022:1).

²⁴ E-hälsomyndigheten (2022) *Nationell listningstjänst i statlig regi* (S2022/01375), *Uppdrag att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas* (S2022/01372), *Förstudie inför framtagandet av en nationell lägesbild över tillgången till läkemedel och medicintekniska produkter* (S2022/01265), E-hälsomyndigheten (2021) *Förstudie om ett statligt, nationellt datautrymme för bildiagnostik* (S2021/05259) och E-hälsomyndigheten (2020) *Förstudie digitalt vaccinationskort* (S2019-03409).

²⁵ Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst (S2023/02118 (delvis)).

²⁶ Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten (2024) *Förslag till en nationell plan för nationell vårdförmedling – Delredovisning* (2023/02117).

²⁷ E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Första delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), s. 7.

sikt vårdtjänster och sociala insatser skapas förutsättningar för exempelvis nationell uppföljning av kvalitet. Vidare skapar en gemensam informationsstruktur samt nationella kodverk förutsättningar för interoperabilitet, digitalisering och därmed kostnadsbesparingar för både myndigheter, vårdgivare och utförare av socialtjänst, vilket även bekräftats av de intervjuade större aktörerna i konsekvensutredningen.

En nationell källa med heltäckande, aktuella och tillförlitliga uppgifter om utförande enheter inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten gör det möjligt att löpande identifiera enskilda vårdgivare och utförare som omfattas av uppgiftsskyldighet till myndigheter, oavsett finansieringsform.²⁸ Uppgiftsskyldigheten till den nationella katalogen samt innehållet i katalogen kan bidra till att identifiera oseriösa aktörer och minska välfärdsbrottsligheten, vilket bekräftats av de aktörer som har intervjuats i konsekvensutredningen.

Rätt använda kan de kvalitetssäkrade uppgifterna i den nationella katalogen sammanfattningsvis bidra till mer effektivt nyttjande av den totala vårdkapaciteten, förstärkt ställning för patienter, ökad kvalitet vid upphandlingar, förbättrad uppföljning samt minskad välfärdsbrottslighet. Standardisering av information samt gemensamma kodverk kan bidra till ökad interoperabilitet inom hälso- och sjukvård och socialtjänst samt kostnadsbesparingar för offentliga och privata aktörer. Avgörande för vilka potentiella nyttor som uppstår är emellertid hur och för vilket syfte och ändamål uppgifterna används. Mot denna bakgrund är det förenat med svårigheter att i dag kvantifiera nyttorna. E-hälsomyndigheten bedömer dock att de samhällsekonomiska nyttorna överstiger finansiella och andra konsekvenser som förslagen innebär för vissa aktörer.

6 Nollalternativet

I förordning (2024:183) om konsekvensutredningar framgår att konsekvensutredningar ska innehålla en redogörelse för vilka konsekvenser som bedöms uppstå om ingen åtgärd vidtas, det vill säga nollalternativet.

I syfte att möjliggöra för regioner och vårdgivare med avtal med regioner att söka efter andra vårdgivare i landet, beslutade regeringen den 22 juni 2023 att ändra E-hälsomyndighetens uppdrag att genomföra en förstudie om ett nationellt vårdsöksystem. Regeringens ändring av uppdraget innebar att

²⁸ 1 Socialstyrelsen (2022) *Kartläggning av datamängder av nationellt intresse på hälsodataområdet* (S2021/05369), s. 60.

E-hälsomyndigheten ska ta fram och tillhandahålla en infrastruktur för ett nationellt vårdsöksystem.²⁹ För att möjliggöra detta gav regeringen E-hälsomyndigheten i uppdrag att ta fram och tillhandahålla en digital tjänst i form av en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst. Informationen i katalogen ska kunna tillhandahållas till myndigheter, aktörer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten samt andra berörda.³⁰

Mot bakgrund av ovanstående har utredningen avgränsat sitt fokus och redogör inte ingående för konsekvenser som bedöms uppstå om ingen åtgärd vidtas. De övergripande konsekvenserna av att inte införa någon åtgärd bedöms dock vara att de samhällsekonomiska nyttor som presenteras i kapitel 5 inte uppnås.

7 Konsekvenser för regioner

De flesta av de sju intervjuade regionerna, både stora och mindre regioner, ser att den nationella katalogen är en förutsättning för nationell vårdförmedling och att katalogen ger överblick över utbudet av tillgänglig vård utanför den egna regionen. Majoriteten av regionerna uttrycker även att ett nationellt kodverk för verksamhetsinriktning kan leda till kostnadsbesparingar på sikt, och de ser framför sig att exempelvis MVO-kodverket³¹ hos Socialstyrelsen och Ineras kodverk i HSA³² ersätts av det nya kodverket. Att få överblick över kvalitetsssäkrade grunduppgifter för alla vårdgivare, även privatfinansierad vård, upplevs positivt. Det skapar bättre förutsättningar vid upphandling och kvalitetsuppföljning. Regionerna efterlyser exempelvis uppgifter om när andra regioner avslutat avtal i förtid med en privat vårdgivare. Två regioner bedömer att den nationella katalogen kan bidra till minskad välfärdsbrottslighet. Några regioner menar att standardisering och en gemensam struktur underlättar digitalisering och datadelning mellan regioner. Vissa regioner ser även en möjlighet att på sikt kunna minska antalet myndigheter som uppgifter ska rapporteras in till. Det

²⁹ *Ändring av uppdraget att genomföra en förstudie om hur ett nationellt vårdsöksystem kan utvecklas, organiseras och förvaltas (S2022/01372).*

³⁰ *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst (S2023/02118 (delvis)).*

³¹ Socialstyrelsens webbplats, MVO-kodverket är koder över medicinska verksamhetsområden, hämtat 2025-03-13.

³² Katalogtjänst HSA beskrivs närmare i E-hälsomyndighetens *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Första delredovisning (S2023/02118 (delvis))*, kapitel 3.2.1.1.

råder dock delade meningar bland regionerna om nyttan med den nationella katalogen. Tre regioner ser utmaningar med bland annat arbetsinsatsen.

7.1 Överföringsätt och ombud

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att majoriteten av regionerna förordar att Inera är ombud för överföring av uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning även när en författningsreglerad uppgiftsskyldighet finns på plats. De regioner som förordar Inera som ombud bedömer att förutsättningarna för detta är goda och att det skulle innebära ett merarbete för regionerna att själva överföra uppgifterna även om de har de tekniska förutsättningarna för detta. Vidare ser regionerna behov av en e-tjänst för att registrera uppgifter om avtal och uppdrag samt möjlighet att registrera samtliga uppgifter.

7.1.1 Regionernas förutsättningar att överföra uppgifter

Region Stockholm har goda förutsättningar för egen överföring och bedömer att alla uppgifter, förutom uppgifter om utbud av vårdtjänster, finns i regionens masterdata-plattform. Uppgifterna kommer att överföras av regionen via API på sikt, eftersom regionen konstaterar att alla detaljerade uppgifter inte finns i HSA hos Inera.

VGR och Region Skåne föredrar båda att uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning överförs av Inera till den nationella katalogen och menar att det är den minst kostsamma lösningen. Båda regionerna har dock förutsättningar för egen överföring via API. Region Skåne pekar dock på stora utmaningar avseende de uppgifter som avser organisation, se vidare kapitel 7.3.1. Region Skåne anser att det bör finnas möjlighet att registrera uppgifter i en e-tjänst som komplement.

Avseende överföring av uppgifter om avtal och uppdrag bedömer VGR att dessa uppgifter kommer att registreras manuellt via e-tjänst men regionen utesluter inte att överföring skulle kunna ske via API i en framtid. Region Skåne har i dag inte uppgifter om avtal digitalt strukturerade men arbete pågår för att utveckla en avtalskatalog. Därmed kan Region Skåne inte uttala sig om hur överföring av uppgifter om avtal skulle genomföras.

De tre mindre regionerna förordar att Inera är ombud för att överföra uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning. Region Östergötland menar att Inera skulle vara ett praktiskt ombud. Regionerna konstaterar att samtliga efterfrågade uppgifter inte finns i HSA i dag. Två regioner menar att det så kallade HSA-schemat skulle kunna utökas med de attribut som

saknas. Samtliga regioner har tekniska förutsättningar att överföra uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning själva via API. Ingen av de mindre regionerna ser behov av en e-tjänst för att registrera uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning.

Avseende överföring av uppgifter om avtal och uppdrag bedömer region Östergötland att uppgifterna delvis finns digitalt strukturerade i dag, att en kartläggning behöver göras och att överföring skulle ske via API. Två av de mindre regionerna bedömer att delar av uppgifterna om avtal finns digitalt strukturerade men att det sannolikt behöver utföras ett arbete för att samla uppgifterna i ett lämpligt systemstöd för vidare överföring via API. De två regionerna menar att en e-tjänst kan behövas tills dess att lämpligt systemstöd finns på plats. En av de mindre regionerna har få avtal och uppgifterna är inte digitalt strukturerade. Regionen skulle använda en e-tjänst för att registrera regionens få avtal manuellt.

7.1.2 Närmare om Inera som ombud

En region menar att de har många andra beroenden till HSA och nämner behörighetshantering, SITHS-kort, 1177, Webcert för sjukintyg, Pascal för läkemedel samt flertalet kvalitetsregister.

Under intervjuerna har det framkommit att regionernas lokala HSA-kataloger, som finns i många regioner, för vissa regioner är den huvudsakliga källan för uppgifter om organisation. De lokala HSA-katalogerna förser HSA med information. En region beskriver att deras lokala HSA-katalog inte är en masterdataplattform men används på ett sådant sätt i dag i regionen.

En region menar att det går att extrahera uppgifterna från HSA men att informationen inte skulle motsvara en bild av regionens organisation som ett ”hierarkiskt träd”. Vidare beskrivs att de privata aktörerna själva lägger in sin information i olika lokala HSA-kataloger i dag och samma privata aktör kan därmed finnas i flera lokala HSA-kataloger. De privata vårdgivarna visas därmed inte heller som ett eget ”hierarkiskt träd” i HSA.

7.2 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen

Generellt fastslås i intervjuerna att flera av de detaljerade attributen avseende organisation och verksamhetsinriktning inte finns eller inte är obligatoriska i HSA för närvarande. En av regionerna bedömer dock att 90 procent av uppgifterna om organisation finns i regionens lokala

HSA-katalog som försörjer HSA. Några regioner lyfter utmaningar att kartlägga uppgifter avseende avtal och uppdrag.

Majoriteten av regionerna beskriver att uppgifter om vårdtjänster inte finns digitalt strukturerade i dag varken för den egna verksamheten eller för avtalen med privata vårdgivare. Samtliga regioner betonar att arbetet med att kartlägga och implementera utbudet av vårdtjänster kommer att bli omfattande och resurskrävande.

7.2.1 Uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning

Med uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning avses här samtliga uppgifter som föreslås omfattas av uppgiftsskyldigheten, förutom uppgifter om utbud av vårdtjänster och sociala insatser samt uppgifter om avtal och uppdrag.

Organisation & organisatorisk enhet: Region Stockholm ser inga utmaningar utan menar att regionen har uppgifterna nedbrutna till nivån ”vårdutförande enhet” i masterdata-plattformen, det vill säga den plats eller adress där vården utförs. Region Skåne beskriver att de har två reglerade nivåer, ”vårdenhet”, den nivå på vilken verksamhetschefen finns, respektive ”vårdutförande enhet” till vilken de i dag kopplar cirka 60 olika attribut med olika system som källa. Region Skåne menar att uppgifterna går att extrahera från HSA men att organisationens enheter inte skulle gå att presentera i ett ”hierarkiskt träd”. Övriga regioner menar att de flesta attributen finns i respektive lokal HSA-katalog som försörjer HSA. Attribut som väcker vissa frågor är *typ, status, giltig, ägarkategori* och en region pekar på att *organisatoriskt samband* kan vara utmanande avseende delägarskap i bolag.

Verksamhetsinriktning: Region Stockholm är positiv till ett nytt nationellt kodverk för typ av verksamhet och är förberedd att införa detta. Region Skåne använder i dag MVO-kodverket. Båda regionerna betonar vikten av att konsolidera eller ersätta de befintliga kodverken såsom MVO-koder och Ineras kodverk. Övriga regioner använder alla Ineras kodverk i dag. Samtliga regioner betonar att det krävs en arbetsinsats att översätta kodverket men de flesta regioner bedömer denna som liten. En region menar att Inera bör göra översättningen av Ineras kodverk till det nya kodverket.

Kontaktuppgifter & Plats: Region Stockholm beskriver att uppgifterna finns i masterdata-plattformen och geografiska uppgifter hämtas från Lantmäteriet. Region Skåne beskriver att uppgifterna finns men inte är strukturerade, att det saknas en del attribut i HSA samt att det kan krävas en

arbetsinsats för att anpassa uppgifterna och extrahera dem till den nationella katalogen. Övriga regioner bedömer att uppgifterna finns strukturerade i de lokala HSA-katalogerna men att vissa attribut kanske saknas.

Person & personroll: Region Stockholm beskriver att uppgifter om verksamhetschef finns i masterdata-plattformen. Region Skåne förklarar att *person*, det vill säga verksamhetschef, finns på ”vårdenhetsnivå” och inte på nivån ”vårdutförande enhet”, men att uppgiften ska gå att extrahera ur regionens datamodell. För *personroll* föreslår regionen att använda AID-kodverket³³. En region förklarar att uppgifterna inte finns strukturerade och att man centralt inte alltid känner till vem som är verksamhetschef eftersom denne utses av centrumchefen. Övriga regioner bedömer att uppgifterna finns i de lokala HSA-katalogerna men att vissa justeringar kan behöva göras eftersom definitionen i HSA är ”behörighetsansvarig verksamhetschef”.

7.2.2 Uppgifter om avtal och uppdrag

Med uppgifter om avtal och uppdrag avses här uppgifter om de avtal som huvudmän tecknat med privata vårdgivare, de uppdrag som ingår i dessa avtal samt uppdrag från regionen till egna verksamheter i egen regi.

Några regioner lyfter utmaningar att kartlägga dessa uppgifter och nämner att uppdrag till verksamhet i egen regi inte är lika välbeskrivna som vid avtalsupphandlingar, att det finns en stor mängd uppdrag till exempelvis vårdcentraler i dag samt att arbetet skulle involvera många medarbetare. En mindre region påpekar att endast ett fåtal av deras avtal är tillgängliga för vårdlotsar i andra regioner. Frågor lyfts kring attributen *avtalssamband*, *avtalsområde* samt *typ*.

7.2.3 Uppgifter om utbud av vårdtjänster

Region Stockholm är positiva till ett nytt nationellt kodverk för vårdtjänster och anser att den stora arbetsinsatsen inte ska hindra ett framtida införande. Om en statlig myndighet ansvarar för förvaltning av det nya kodverket anser regionen att det kan leda till kostnadsbesparingar för regionen. Några regioner ser viss nytta att få överblick av utbud av vårdtjänster och tillgänglighet samt möjlighet för uppföljning på vårdtjänstnivå. En region

³³ SKR:s webbplats, arbetsidentifikation kommuner och regioner, AID, utgör grunden för den partsgemensamma lönestatistiken, hämtat 2025-03-04.

flaggar för att om verksamheten inte ser den direkta nyttan kan det bli svårt att motivera arbetsbördan att kartlägga uppgifterna.

Region Skåne genomför ett arbete för att standardisera vårdkontaktsorsaker, alltså orsaken till att patienten har en vårdkontakt. Detta sker genom att kartlägga vilket utbud av vårdtjänster som erbjuds och använda en modell för att beskriva vårdtjänsterna. Kartläggningen baseras på en mycket enkel och aggregerad form av utbud, eftersom det saknas strukturer i dag.

Regionen har således gjort försök att använda vårdtjänster för att beskriva utbud för att underlätta för remittenterna. Samtliga övriga regioner beskriver att uppgifter om utbud av vårdtjänster inte finns digitalt strukturerade i dag varken för den egna verksamheten eller för avtalen med privata vårdgivare. En region beskriver att den finansiella ersättningen till vårdgivare innebär att insatser kodas men att uppgifterna inte finns digitalt strukturerade.

Samtliga regioner betonar att arbetet med att kartlägga och implementera vårdtjänster kommer att bli omfattande och resurskrävande samt att stora delar av organisationen kommer att involveras, såsom den kliniska professionen. Region Stockholm bedömer att införandet kommer kräva en tidplan på flera år samt att tidplanen är beroende på när ett nationellt kodverk för vårdtjänster presenteras. En region menar att man bör prioritera de scenarion då en region kan behöva söka mycket specialiserad vård i annan region, exempelvis ”traumabehandling”. En region resonerar att kartläggningen av vårdtjänster skulle kunna genomföras genom att alla vårdenheter får en lista i vilken de kryssar i vilka vårdtjänster de erbjuder. En region beskriver att kartläggningen av vårdtjänster för avtalen inte bör bli tidskrävande. För LOU-avtal³⁴ finns uppgifterna i avtalsdokumentationen, LOV-avtalen³⁵ bygger på ett definierat ”grunduppdrag” och innehållet i avtalen för nationella taxan³⁶ är lagstadgad.

Två regioner pekar på att införandet av kodverk för vårdtjänster kan påverka verksamhetssystemen. En stor region beskriver att många medarbetare kan bli berörda i det dagliga arbetet för att exempelvis utfärda remisser.

Regionerna lyfter fram att det kommer bli en utmaning att skapa kodverket, att det behöver skapas tillsammans med professionen och att man bör ta hänsyn till det europeiska hälsodataområdet, EHDS. Några regioner lyfter frågan om med vilket syfte kodverket ska användas. För att skicka en remiss

³⁴ Upphandlad verksamhet enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling.

³⁵ Vårdvalet enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem.

³⁶ Privatpraktiserande läkare och fysioterapeuter enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

utan föregående kontakt behöver kodverket vara detaljerat, vilket dock kommer att kräva en större arbetsinsats. Om kodverket definieras på en för övergripande nivå, exempelvis ”knäoperationer”, finns det risk att ingen kommer att ha verklig nytta av uppgifterna. Några regioner påpekar att det är viktigt att alla regioner använder exakt samma definitioner av kodverket.

7.3 Finansiella konsekvenser

7.3.1 Uppgifter om organisation och avtal

I tabell 1 visas en sammanställning av de finansiella konsekvenser som regionerna uppskattat för införande av uppgiftsskyldighet för samtliga uppgifter, förutom uppgifter om vårdtjänster.

Utredningen bedömer att kostnadsuppskattningarna sannolikt inte omfattar alla initiala kostnader avseende exempelvis verksamhetsresurser för intern kartläggning av uppgifter för vissa regioner. Kostnadsuppskattningarna kan därmed vara i underkant. Vissa regioner har inkluderat detta i sina uppskattningar medan det för andra regioner har varit otydligt om dessa kostnader har inkluderats eller ej. Detta avser främst de regioner som uppskattat låga kostnader. Region Östergötland beskriver exempelvis att det kan krävas internt arbete för att definiera vilken organisatorisk enhet som ska ha vilka koder samt att regionen skulle behöva inleda med att kartlägga vilka avtal som finns i hela organisationen.

Tabell 1. Finansiella konsekvenser för regioner

Samtliga kostnader är uppskattningar och antal organisatoriska enheter och avtal är ungefärliga. I de fall regionerna uppskattat kostnaden i antal timmar har detta räknats om till kronor baserat på lönestatistik från SKR³⁷. I de fall regionen angett ett spann för tids- eller kostnadsuppskattningen har den högre uppskattningen av spannet använts. Tomma rutor betyder att uppskattning saknas.

	Stock-holm	Skåne	VGR	Öster-götland	Halland	Kalmar	Norr-botten
Antal enheter				300 st		600 st	900 st
Antal avtal	1000 st	1500 st	900 st	180 st	150 st	70 st	6 st
ORGANISATION							
Initial kostnad	<1 mkr	Mycket omfattande	ca 0,1 mkr*	<0,2 mkr	<0,4 mkr***	<1 mkr**	ca 0,04 mkr*
Löpande kostnad			marginellt	ja	marginellt	marginellt	ja
AVTAL							
Initial kostnad	<1 mkr			Ingår i ovan	<0,7 mkr	ca 0,01 mkr	marginellt
Löpande kostnad					marginellt	marginellt	marginellt

*Ingen direkt kostnad för regionen om Inera AB är ombud

**Inera AB är ombud

***Inera AB är ombud och regionen överför resterande cirka 5% av uppgifterna själva

Den initiala kostnaden för överföring av uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning uppskattas till 0,04–1 miljon kronor per region. Region Skåne har inte haft möjlighet att göra kostnadsuppskattningar men jämför införandet av uppgiftsskyldighet för uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning med regionens pågående arbete att definiera och utveckla vårdgivarstrukturen för privata vårdgivare och verksamhet i egen regi. Detta arbete påverkar cirka 30–40 olika system och applikationer och omfattar i dag cirka 30 resurser från såväl central som lokal nivå där merparten arbetar heltid med olika ingående delar. Avseende överföring eller registrering av uppgifter om avtal och uppdrag uppskattar fem regioner kostnaden från marginell upp till en miljon kronor.

Vidare konstaterar utredningen att olika regioner är olika förberedda i sitt arbete kring masterdata och standardisering och att vissa ser större utmaningar än andra, exempelvis avseende formatet för hur informationen lämnas till katalogen.

³⁷ SKR, Lönestatistik för regioner och kommuner 2023, systemutvecklare regioner 373 kr/timme inklusive sociala avgifter, beställning 2025-03-06. Har använts för beräkning av kostnader för överföring av uppgifter om *organisation* för regionerna VGR, Östergötland, Halland, Norrbotten samt för uppgifter om *avtal* för region Kalmar.

Som framgår av tabellen baserar två av regionerna sina kostnadsuppskattningar på att Inera kommer att vara ombud för överföring av uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning till den nationella katalogen. Eftersom utredningen har valt att avgränsa ombud vet utredningen i dagsläget inte vilken kostnad som kan uppstå hos ombuden, vilken indirekt kan komma att belasta regionerna.

7.3.2 Uppgifter om utbud av vårdtjänster

Samtliga regioner anser att det är mycket svårt eller omöjligt att uppskatta kostnaden att införa kodverk för vårdtjänster i verksamheten.

Region Stockholm uppskattar kostnaden till 5–10 miljoner kronor men betonar att arbetet som helhet kommer att kosta mer när man inkluderar påverkan på medarbetarna i den dagliga verksamheten. Region Östergötland uppskattar att det kommer att krävas 100 heltidstjänster per år, en uppskattning som skiljer sig från övriga regioner och privata vårdgivare. Region Skåne anser att man inte kan uppskatta kostnaden men gör en jämförelse med det pågående arbetet med att standardisera och kartlägga vårdkontaktsaker vilket omfattar mer än cirka 20 resurser, varav flera arbetar heltid.

Region Norrbotten anser att det skulle krävas en mindre it-utvecklingsinsats i regionens interna katalog för att anpassa till kodverket för vårdtjänster. Regionen anser att it-utvecklingen bör ske i samarbete med Inera för att de nya attributen för vårdtjänster ska komma med i en nationell schemaändring för HSA, eftersom alla regioner står inför samma krav. Regionen uppskattar arbetsinsatsen för utbildning, inventering och genomförande till en veckas arbete för 500 lokala administratörer samt två heltidstjänster för projektledning under ett år, vilket regionen summerar till 24 000 timmar. Vidare uppskattar Region Norrbotten att det kommer att krävas en heltidstjänst för förvaltning, kvalitetskontroll, löpande utbildning och upprätthållande.

8 Konsekvenser för kommuner

Samtliga fyra intervjuade kommuner anser att den nationella katalogen kan bidra till minskad välfärdsbrottslighet genom att exempelvis ge tillgång till information om att avtal med en privat leverantör avslutats i förtid i en annan kommun. Två kommuner menar att det generellt är bra med en katalog med kvalitetssäkrade och uppdaterade uppgifter om aktörer samt gemensam terminologi. Kommunerna ser möjligheter att i katalogen söka

efter specialiserade utförare, utförare i andra kommuner, utförare som finns på ramavtal som kommunen kan avropa på samt att nå fler än de stora privata aktörerna. Vid upphandling och kvalitetsuppföljning ser kommunerna möjlighet att slippa söka information på flera webbplatser. Detta förutsätter att katalogen innehåller information om exempelvis vilka tillstånd utföraren har samt att katalogen kompletteras med ekonomisk information från exempelvis Bolagsverket, Kronofogden och Skatteverket³⁸. En kommun med ett eget register över sina utförare ser möjligheter att förenkla arbetet med att göra egna uppdateringar om sina utförare. En kommun har svårt att se nyttan med att registrera den egna verksamheten i egen regi eftersom kommuner inte kan avropa uppdrag från andra kommuners verksamhet i egen regi.

Konsekvenserna för kommunerna har kartlagts som helhet för uppgiftsskyldigheten i deras roll som såväl vårdgivare som utförare av socialtjänst. Utredningen har inte specifikt kartlagt konsekvenser för en eventuell uppgiftsskyldighet avgränsad till kommunernas roll som vårdgivare och huvudmän för kommunal hälso- och sjukvård. Därmed har utredningen inte heller kartlagt hur många enheter eller hur stor andel av kommunernas verksamhet som skulle träffas av en eventuell uppgiftsskyldighet som endast omfattar hälso- och sjukvård.

Under intervjuerna har det framkommit att hemsjukvården inte är ett kommunalt ansvar inom Region Stockholm. Kommunerna har inte tecknat avtal med Region Stockholm om övertagande av hemsjukvård. Därmed har kommunerna i Stockholmsområdet få vårdgivare. Kommuner i andra regioner har fler vårdgivare.

Under intervjuerna har de intervjuade lyft fram att kommunerna har ansvar för hälso- och sjukvård i särskilda boenden för äldre, korttidsboenden, bostäder med särskild service för personer med funktionsnedsättning och dagverksamheter som är reglerade i socialtjänstlagen. Denna hälso- och sjukvård är inte tillgänglig för andra än de boende och brukarna.

8.1 Överföringssätt och ombud

I konsekvensutredningen framkommer att vissa kommuner sannolikt upplever det som ett hinder att överföra uppgifterna själva via API. Några intervjuade kommuner ser möjligheter att själva överföra uppgifterna till

³⁸ E-hälsomyndigheten har inte inkluderat ekonomisk information i förslagen för den nationella katalogen.

den nationella katalogen. Sammanfattningsvis konstaterar utredningen, baserat på intervjuerna, att Inera i dagsläget sannolikt inte är ett adekvat ombud för kommunerna, varken för uppgifter om hälso- och sjukvård eller utförare av socialtjänst. Två kommuner nämner att det vore att föredra om information som lämnas till IVO i dag även skulle kunna överföras från IVO till katalogen. Detta behöver utredas vidare vilket framgår av slutredovisningen till vilken denna konsekvensutredning är en bilaga.³⁹ Utredningen konstaterar även att kommunerna ser behov av en e-tjänst för att registrera uppgifter om avtal och uppdrag samt möjlighet att registrera samtliga uppgifter.

8.1.1 Kommunernas förutsättningar att överföra uppgifter

Stockholms stads ambition är att överföra uppgifterna maskinellt via API. Uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning bör överföras via API från kommunen men de ser inte att detta kan göras med enkelhet i dag. Kommunen bedömer att det finns tekniska förutsättningar att automatiskt överföra uppgifter om avtal och uppdrag till privata aktörer samt uppdrag till den egna verksamheten i egen regi. Eventuellt skulle det bli aktuellt att registrera vissa uppgifter manuellt via e-tjänst initialt.

En medelstor kommun ser inte att informationen om organisation och verksamhetsinriktning går att extrahera från befintliga systemen i dag. Kommunen skulle initialt registrera uppgifterna manuellt via e-tjänst för att i ett nästa steg uppdatera vissa av uppgifterna via API. Uppgifter om avtal och uppdrag bedömer kommunen initialt kommer att registreras manuellt via e-tjänst.

De två andra medelstora kommunerna bedömer att merparten av uppgifterna om organisation och verksamhetsinriktning finns i IVO:s register, det vill säga vårdgivarregistret och omsorgsregistret.⁴⁰ De anser att uppgifter som lämnas till IVO i dag skulle kunna överföras från IVO till katalogen. Om uppgifterna inte överförs från IVO skulle den ena av kommunerna registrera uppgifterna manuellt i e-tjänsten. Den andra av de två kommunerna menar att vissa begränsade uppgifter även finns i HSA hos Inera. Kommunen menar att de själva skulle kunna överföra de begränsade uppgifter som finns

³⁹ E-hälsomyndigheten (2025), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst - Slutredovisning* (S2023/02118).

⁴⁰ IVO:s vårdgivarregister och omsorgsregister beskrivs närmare i E-hälsomyndighetens *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Första delredovisning* (S2023/02118 (delvis)), kapitel 3.2.1.2 respektive 3.2.1.3.

i HSA via API men beskriver att det skulle utgöra ett hinder om överföringen skulle innebära eventuella anpassningar av system. Båda de medelstora kommunerna bedömer att uppgifter om avtal kommer att registreras manuellt via e-tjänst.

Vidare resonerar en medelstor kommun att efterfrågade uppgifter kanske finns i kommunens verksamhetssystem för kommunal vård och omsorg som levereras av Cambio, och skulle kunna överföras därifrån. Respondenterna resonerar att i detta scenario skulle alla kommuner som använder samma verksamhetssystem kunna dra nytta av att leverantören anpassar för överföring av uppgifterna via API.

8.1.2 Närmare om Inera som ombud

En kommun menar att uppgifter om enhet, verksamhetsinriktning, kontaktperson samt ansvarig för både privata och offentliga aktörer finns i HSA, men säger samtidigt att HSA innehåller mycket begränsad information om kommunens utförare. Respondenterna menar att regionerna har mer information om organisationer och enheter i HSA bland annat eftersom HSA försörjer 1177 med information om regionernas vårdgivare. Två kommuner tror inte att uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning finns i HSA. En kommun tror inte att HSA används i kommunen. En kommun använder HSA primärt för personuppgifter om huvuddelen av personalen inom äldreomsorgen. En kommun har uppgifter om sjuksköterskor med förskrivningsrätt i HSA med koppling till kommunen, men förklarar att det saknas koppling mellan individ och enskilda organisatoriska enheter inom kommunen.

Konsekvensutredningen har kommit fram till att kommunernas enskilda enheter inte finns i HSA samt att informationen som avser kommuner i HSA för närvarande är begränsad och avsedd att användas för behörighetsstyrning för vårdrelaterade it-lösningar.

8.2 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen

Stockholms stad bedömer att uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning samt uppgifter om avtal och uppdrag finns i interna verksamhetssystem. De medelstora kommunerna lyfter utmaningar avseende beskrivning av organisationsstruktur samt verksamhetsinriktning.

Stockholms stad har till viss del strukturerad information om utbud av vårdtjänster och sociala insatser för vissa verksamheter i egna system.

Övriga intervjuade kommuner har inte beskrivit liknande kartläggningsarbete av vårdtjänster och sociala insatser.

8.2.1 Uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning

Med uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning avses här samtliga uppgifter som föreslås omfattas av uppgiftsskyldigheten förutom uppgifter om utbud av vårdtjänster och sociala insatser samt uppgifter om avtal och uppdrag.

Stockholms stad bedömer att uppgifterna som efterfrågas finns registrerade i dag i kommunens två egna register integrerade i verksamhetssystemet. Kommunens hierarki för den egna organisationen är uppbyggd i 4–5 nivåer och man uppskattar att antalet organisatoriska enheter i egen regi uppgår till cirka 500 stycken. Kommunen bedömer att införandet skulle kunna bli komplext, både ur tekniskt och organisatoriskt perspektiv, och att införandet skulle kunna innebära mer manuellt arbete.

De medelstora kommunerna lyfter utmaningar avseende beskrivning av organisationsstruktur samt *verksamhetsinriktning*. En kommun bedömer att det skulle krävas en arbetsinsats att identifiera och definiera uppgifterna samt att organisationsförändringar när enheter delas upp eller slås samman kommer att behöva registreras manuellt. En av kommunerna menar att organisationsstrukturerna samt vad som avses med *organisatorisk enhet* skiljer sig mellan kommuner i hög utsträckning i dag.

Uppgiften om *person och personroll* bedömer en medelstor kommun bör kunna försörjas från IVO:s register. En kommun menar att endast avdelningschef, ej enhetschefer, rapporteras till IVO:s register. Samma kommun bedömer att uppgifter om chefer inte uppdateras automatiskt i något system och därmed inte går att extrahera enkelt i dag. En kommun förklarar att ansvarig chef finns i HSA.

8.2.2 Uppgifter om avtal och uppdrag

Med uppgifter om avtal och uppdrag avses här uppgifter om de avtal som huvudmän tecknat med privata utförare, de uppdrag som ingår i dessa avtal samt uppdrag från kommunen till egna verksamheter i egen regi.

Stockholms stad har cirka 1 200 avtal med privata utförare och cirka 500 egna organisatoriska enheter med uppdrag och har tekniska förutsättningar att automatiskt överföra uppgifterna till den nationella katalogen. Kommunen beskriver att de har information om avtal i 4–5 interna system.

En medelstor kommun har uppgifter om avtal i ett internt system men bedömer att uppgifterna kommer registreras manuellt via e-tjänst. Kommunen har cirka 600 avtal med privata utförare samt 70–80 egna organisatoriska enheter med uppdrag.

En medelstor kommun har inte uppgifter om avtal samlade som digitalt strukturerade data i dag. Kommunen har 15–20 LOV- och LOU-avtal, använder Addas ramavtal⁴¹ samt har cirka 200 egna enheter med uppdrag. Kommunen kommer att registrera uppgifterna manuellt via e-tjänst.

En annan medelstor kommun har uppgifter om avtal i PDF:er⁴² i dag och börjar nu lagra uppgifter om nya avtal som metadata. Kommunen har 7 ramavtal, 5 LOV-avtal samt cirka 80 egna enheter med 1–3 uppdrag vardera. Kommunen bedömer att uppgifterna initialt kommer att registreras manuellt via e-tjänst.

8.2.3 Uppgifter om utbud av vårdtjänster och sociala insatser

I Stockholms stad pågår ett arbete att strukturera information om utbud av sociala insatser för vissa verksamheter. På sikt kommer det därmed finnas förutsättningar att överföra denna information via API. Uppgifter om vårdtjänster finns i kommunens egna så kallade Vårdgivarkatalog. I dagsläget registreras uppgifterna manuellt och syftet är att de olika stadsdelsförvaltningarna ska kunna koppla vårdtjänster till vårdgivarna. Det är ett omfattande arbete att registrera och underhålla dessa uppgifter.

En medelstor kommun förklarar att uppgifter om utbud inte finns i befintliga system i kommunen. En medelstor kommun menar att de för närvarande inte kan precisera utbud per avtal. Två kommuner bedömer att nytt kodverk för vårdtjänster respektive sociala insatser kan få följdverkningar på information i andra verksamhetssystem. Två kommuner betonar att kodverken inte bör vara för detaljerade eftersom det skulle innebära att uppgifterna behöver uppdateras ofta. En kommun pekar även på att uppgift om utbud borde överensstämma med uppgiften om tillstånd som utfärdas av IVO.

Avseende kodverk för sociala insatser framför en kommun att kodverket bör vara anpassat efter verksamhetens behov. Inom exempelvis äldreomsorgen

⁴¹ Addas webbplats, Adda AB och Adda Inköpscentral AB ingår i SKR och erbjuder avtal, lärande och rådgivning inom alla de områden kommuner och regioner verkar, hämtat 25-03-18.

⁴² Portable Document Format, ett filformat som gör det möjligt att presentera och utbyta dokument på ett säkert sätt.

bör kodverket kategorisera på brukarbehov, till exempel heldygnsomsorg, och inte vilken målgrupp som verksamheten inriktar sig på, till exempel demens.

Baserat på den beskrivning av attribut som föreslås ingå i kodverket för vårdtjänster, se bilaga 1, menar en kommun att denna inte är anpassad till kommunal verksamhet. Kommunens vårdtjänster är en del av insatser på exempelvis ett äldreboende och erbjuds särskilt till boendets brukare. Vårdtjänsterna är knutna till brukarens behov vid äldreboendet, snarare än att avse särskilda vårdtjänster.

8.3 Finansiella konsekvenser

Under intervjuerna med kommunerna har det blivit tydligt att det är förknippat med svårigheter för kommunerna att kostnadsuppskatta ett införande av nationellt kodverk för vårdtjänster och sociala insatser.

Avseende överföring eller registrering av övriga uppgifter har två medelstora kommuner kunnat göra vissa tidsuppskattningar. Baserat på det som framkommit under intervjuerna är det för närvarande även osäkert om det finns en lämplig aktör som förfogar över kommunernas uppgifter och skulle kunna ombesörja överföring av uppgifter för flertalet kommuner.

Nedan följer en sammanställning av finansiella konsekvenser för kommuner att överföra eller registrera uppgifter om organisation, verksamhetsinriktning samt uppgifter om avtal och uppdrag.

Förberedelsearbete: Kommunerna beskriver att det krävs ett arbete att identifiera var man hittar uppgifterna samt definiera uppgifterna. Kommunerna behöver kartlägga organisationen, översätta eventuella befintliga kodverk till nya nationella kodverket samt matcha informationsmängder. En medelstor kommun menar att förändringen kan leda till att olika dialoger initieras internt avseende definitionsfrågor samt vem i organisationen som får besluta om socialtjänstens uppdrag på enhetsnivå. Detta är frågor som kanske behöver lyftas till kommunfullmäktige.

Utbildning: Två medelstora kommuner bedömer att det behövs en utbildningsinsats för ett fåtal medarbetare i kommunen, cirka 5–10 personer. En kommun bedömer att det krävs en kommunikationsinsats internt för att förklara katalogens syfte.

Manuell registrering: Två medelstora kommuner uppskattar tidsåtgången till cirka 300 timmar respektive ”ett par dagars arbetsinsats” för att

registrera sina respektive 80 organisatoriska enheter manuellt via e-tjänsten. De tre medelstora kommunerna avser att registrera uppgifter om avtal och uppdrag manuellt initialt. En kommun bedömer att det skulle innebära en marginell arbetsinsats att registrera sina 12 avtal samt uppdragen till sina egna 80 organisatoriska enheter. En annan medelstor kommun uppskattar tidsåtgången till två timmar per avtal för att registrera sina 600 avtal.

Extrahering och överföring: Stockholms stad betonar att det kan finnas utmaningar att förbereda för maskinell överföring av uppgifter om organisation men att det finns förutsättningar för automatisk överföring av uppgifter om avtal. En medelstor kommun menar att de sannolikt kommer att uppdatera vissa uppgifter om organisation automatiskt i ett nästa steg och de bedömer inte att den nödvändiga it-utvecklingen är omfattande.

Löpande kostnader: En medelstor kommun uppskattar den löpande kostnaden att uppdatera uppgifter om organisation till 15 procent av en heltidstjänst i det fall uppgifterna inte kan överföras från en annan aktör. Samma kommun bedömer att löpande förvalta uppgifter om avtal kan ta tid i början men bör minska över tid. En medelstor kommun bedömer att löpande uppdatering av förändrade avtal och uppdrag är en marginell arbetsinsats.

9 Konsekvenser för privata vårdgivare och utförare

9.1 Konsekvenser för privata vårdgivare

Sammanfattningsvis kan utredningen baserat på intervjuerna med privata vårdgivare konstatera att några skulle överföra uppgifterna själva till den nationella katalogen och några lyfter fram Inera eller Svensk e-identitet som möjliga ombud. Vårdgivarna menar att en e-tjänst skulle användas för vissa uppdateringar. Vidare konstaterar utredningen att det upplevs som ett hinder att vårdgivarnas organisation inte beskrivs som ett eget ”hierarkiskt träd” i dag i HSA samt att de privata vårdgivarna upplever att de saknar ”rådighet” över vissa av uppgifterna. Kostnaden för överföring av uppgifter om organisation och verksamhetsinriktning bedöms som relativt modest. Kostnaden att införa kodverk för vårdtjänster bedöms hög men skulle sannolikt bidra till kostnadsbesparingar för Sverige. Sammanfattningsvis konstaterar utredningen att de privata vårdgivarnas kostnadsuppskattningar ligger i linje med regionernas kostnadsuppskattningar.

9.1.1 Fördelar med den nationella katalogen

Det är främst den största av de fyra intervjuade vårdgivarna som är mycket positiv till införandet av den nationella katalogen. Fördelar som lyfts fram är möjligheten att bli mer datadrivna samt att ensa kodverken för verksamhetsinriktning och vårdtjänster. Flera vårdgivare pekar på att den nationella katalogen skulle kunna erbjuda tydlighet och transparens mot myndigheter, organisationer och patienter⁴³, samt möjlighet att exponera vårdgivares utbud. Den största vårdgivaren menar att den nationella katalogen kan bidra till minskad kriminalitet inom vårdsektorn. De intervjuade vårdgivarna förväntar sig även att endast behöva registrera sina organisationer i ett register eller katalog i Sverige.

Avseende nationellt kodverk för vårdtjänster ser vårdgivarna att det skulle kunna underlätta remisshantering och att hitta tillgänglig specialistvård samt öka patienters egenmakt⁴⁴. Långsiktigt bedömer den största privata vårdgivaren att besparingarna med ett obligatoriskt nationellt kodverk för vårdtjänster avsevärt skulle överstiga den initiala investeringen. Vårdgivaren är övertygad om att förändringen skulle leda till långsiktiga besparingar för hela Sverige, och inte minst nytta för den enskilda patienten.

9.1.2 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen

Organisation: Vårdgivare med flera organisationsnummer nämner utmaningar att i dag ”mappa” organisationen i HSA mot den egna interna bilden av organisationens struktur.

Organisatorisk enhet: Uppgifterna finns i HSA i dag och i interna system hos vissa vårdgivare. De intervjuade pekar på utmaningar avseende att de privata vårdgivarna registreras i regionernas ”hierarkiska träd”, vilket leder till att vissa enheter kan finnas på flera platser i HSA. Den största vårdgivaren hänvisar till FIHR-standarden⁴⁵ för definition av organisatorisk enhet. En av vårdgivarna registrerar uppgifterna i en webbtjänst hos Svensk e-identitet.

⁴³ Syftet med den nationella katalogen är i dagsläget inte att erbjuda tillgång för privatpersoner och en sådan eventuell utveckling är ej utredd.

⁴⁴ Syftet med den nationella katalogen är i dagsläget inte att erbjuda tillgång för privatpersoner och en sådan eventuell utveckling är ej utredd.

⁴⁵ FIHR är en e-hälsostandard som används för att standardisera utbytet av information mellan olika it-system.

Verksamhetsinriktning: Verksamhetskod finns i HSA i dag. Det är viktigt att en verksamhet kan ha flera verksamhetstyper. Den vårdgivare som erbjuder primärvård menar att ansvaret att definiera denna uppgift kanske bör flyttas från regionerna till de privata aktörerna men konstaterar samtidigt att huvudmännen reglerar innehållet i avtalen.

Kontaktuppgifter, Plats, Person & Personroll: De flesta uppgifterna finns i HSA och i egna system hos vissa vårdgivare. Det behöver vara tydligt vilka adresser som avses. En av vårdgivarna beskriver att regionen uppdaterar dessa uppgifter i dag alternativt ger behörighet för varje enhet att uppdatera. Om uppgifterna ska vara kopplade till en person, snarare än en verksamhet, framförs att det kan bli utmaningar att uppdatera telefonnummer eftersom en person som byter jobb inom organisationen behåller numret. En vårdgivare känner till att det förekommit hot mot verksamhetschefer och att det därmed inte alltid är bra att exponera denna informationen brett mot enskilda patienter.

Utbud av vårdtjänster: Uppgifterna finns inte som strukturerad data i dag att enkelt extrahera, men tre av vårdgivarna beskriver att de har kartlagt vårdtjänster och att uppgifter finns i register och system för att exempelvis underlätta remittering. Den vårdgivare som bedriver specialistvård påpekar att de nödvändigtvis inte har *remisskrav* på en specifik vårdtjänst när de erbjuder den som vård som betalas av patienten själv, men i avtalet med regionen kanske vårdtjänsten har ett remisskrav. Om allt vårdutbud ska finnas i katalogen, även privatfinansierad vård, bör man ta hänsyn till detta. Vidare förklarar samma vårdgivare att ibland har en verksamhet rätt specialist för att utföra fler vårdtjänster än exakt de tjänster vårdgivaren har avtal om, samt att specifika medicinska instrument snabbt kan införskaffas om efterfrågan på vårdtjänsten finns. En vårdgivare ser risker om kodverket för vårdtjänster blir för detaljerat och man jämför med Socialstyrelsens föreskrifter för listningstjänsten samt Ineras arbete med Utbudstjänsten⁴⁶. De två största vårdgivarna förordar att ha fokus på de vårdtjänster som har störst volymer och flöden. Avseende attributet *mötesform* framförs att i dag är nästan all vård en kombination av digitala och fysiska möten beroende på vad som passar patienten bäst så länge det inte hindras i något avtal. Avseende uppgiften "*giltig från-till*" menar en vårdgivare att uppgiften

⁴⁶ Inera AB:s webbplats, Inera har fattat beslut om att pausa förvaltningen av Utbudstjänsten och det kodverk för vårdtjänster som ligger till grund för tjänsten tills vidare, 2023-06-21, hämtat 2025-03-07.

endast är relevant för LOU-upphandlingar eller om en enhet planerar att stänga ner sin LOV-verksamhet.

Vidare kommenterar vårdgivarna uppgifter om *avtal*. Den vårdgivare som erbjuder specialistvård menar att attributen *remisskrav* och *mötesform* kanske hör bättre hemma under uppgifter om avtal. Samma vårdgivare föreslår att det i uppgifter om avtal bör framgå om ett avtal kan användas av en annan region än den som tecknat avtalet. Vårdgivaren som erbjuder primärvård och nationell online vård beskriver att det i dag saknas enhetlighet mellan regioner avseende vilka vårdtjänster som omfattas i avtal om primärvård.

9.1.3 Finansiella konsekvenser, överföringssätt och ombud

De privata vårdgivarnas kostnadsuppskattningar för överföring av samtliga uppgifter, förutom uppgifter om vårdtjänster, är relativt modesta och ligger i linje med regionernas kostnadsuppskattningar.

Den största vårdgivaren bedömer att de flesta uppgifterna om organisation finns digitalt strukturerade i egna system samt i HSA. De anser att de själva skulle överföra uppgifterna till den nationella katalogen via API och att en e-tjänst eventuellt skulle vara användbar för sällanuppdateringar. De uppskattar kostnaden för att extrahera och överföra de grundläggande uppgifterna om organisation, exklusive uppgifter om verksamhetsinriktning, till cirka 200 000 kronor. Vårdgivaren ser möjligheter för kostnadsbesparingar. I dag behöver vårdgivaren manuellt uppdatera uppgifter i regionernas ”hierarkiska träd” i de lokala HSA-katalogerna och med en nationell katalog ser vårdgivaren möjlighet att undvika detta manuella arbete som uppskattas omfatta 3–5 årsarbetare.

Den vårdgivare som erbjuder primärvård menar att om Inera skulle agera ombud och vårdgivaren har möjlighet att lägga till vissa data via en e-tjänst behöver vårdgivaren inte göra någon egen it-utveckling. Vårdgivaren ser en risk att man då bygger samma organisatoriska struktur som i dag där de privata vårdgivarnas enheter ligger i regionernas organisationsstruktur. Ett annat alternativ är att vårdgivaren hämtar ut uppgifterna om sin egen organisation från HSA, strukturerar om uppgifterna och överför uppgifterna till den nationella katalogen via API. Vårdgivaren uppskattar den initiala kostnaden för detta alternativ till cirka 500 timmars arbetsinsats och den tekniska förvaltningen uppskattas till 0,5 årsarbetare löpande, samt ytterligare utvecklingskostnader i takt med att den nationella katalogen utvecklas över tid. Vårdgivaren bedömer att de i dag inte har ”rådighet”

över vissa av uppgifterna om sin egen organisation i HSA. Samtidigt menar vårdgivaren att nuvarande arbetsprocess fungerar väl, vilken innebär att vårdgivaren skickar uppdateringar till regionen som i sin tur uppdaterar den lokala HSA-katalogen. Vårdgivaren bedömer att det skulle bli kostsamt om vårdgivaren ska extrahera uppgifterna från sina egna system för överföring till den nationella katalogen.

Den vårdgivare som erbjuder primärvård och nationell digital vård menar också att överföring från Inera med möjlighet att komplettera uppgifter via en e-tjänst vore ett enkelt alternativ. Även denna vårdgivare lyfter dock utmaningen med de privata vårdgivarnas organisationsstruktur i HSA. Att ett ombud, exempelvis Svensk e-identitet, överför uppgifterna anser vårdgivaren sannolikt vara den billigaste och mest effektiva lösningen. Kostnaden för detta alternativ uppskattas till cirka 150 000–200 000 kronor. Vidare menar vårdgivaren att arbetet att själva manuellt registrera uppgifterna om organisation i den nationella katalogen skulle innebära en arbetsinsats på, som vårdgivaren uttrycker det, hundratals timmar. Vårdgivaren menar även att det skulle vara kostnadseffektivt om regionerna skulle kunna agera ombud.

Den vårdgivare som erbjuder specialistvård har förutsättningar att själv överföra uppgifter om organisation till den nationella katalogen via API. Vårdgivaren använder i dag Svensk e-identitet för att förvalta HSA och skulle vända sig till dem avseende överföring av uppgifterna. Svensk e-identitet är dock inte ombud till alla regioners lokala kataloger, även om Svensk e-identitet har tillgång till HSA för vårdgivarens hela verksamhet i Sverige. Vårdgivaren bedömer att vissa uppdateringar kanske enklast skulle göras genom att använda en e-tjänst.

Avseende implementering av kodverk för vårdtjänster beskriver de privata vårdgivarna att dessa informationsmängder inte finns i dag och att det saknas ett nationellt kodverk. Den vårdgivare som erbjuder primärvård menar därför att det skulle innebära ett mycket stort arbete som skulle kosta ”många miljoner” och att förändringen skulle ta 3–5 år. Den vårdgivare som erbjuder specialistvård uppskattar kostnaden för det initiala arbetet till 1–10 miljoner kronor och det löpande arbetet att underhålla uppgifterna till cirka en miljon kronor årligen. Den största vårdgivaren beskriver att de skulle bygga ett nytt eget internt register i sitt masterdata-managementsystem samt att det sannolikt skulle innebära stor påverkan på journalsystemen. Kostnaden uppskattas till 5–15 miljoner kronor och innefattar även kostnaden att implementera kodverk för verksamhetsinriktning. Vårdgivaren

ser stor nytta med ett nationellt kodverk och skulle anpassa sig snabbt men bedömer att införandet i Sverige som helhet sannolikt kommer ta lång tid.

9.2 Konsekvenser för privata utförare av socialtjänst

Sammanfattningsvis kan utredningen baserat på intervjuerna med privata utförare av socialtjänst konstatera att de större utförarna skulle överföra uppgifterna själva och de små utförarna skulle använda en e-tjänst för att registrera uppgifterna. De större utförarna skulle använda en e-tjänst för sällanuppdateringar. Några utförare nämner att vissa uppgifter kanske kan försörjas från IVO eller att IVO hämtar uppgifter från den nationella katalogen. Inera ses inte som ett naturligt ombud ens för uppgifter som avser utförarnas roll som vårdgivare. Kostnadsuppskattningarna från de små utförarna är mycket modesta. Kostnadsuppskattningarna för de två stora privata utförarna av socialtjänst skiljer sig åt. Den ena uppskattar kostnader i linje med de stora regionernas och de privata vårdgivarnas kostnadsuppskattningar att överföra uppgifter om organisation. Den andra stora utföraren indikerar betydligt högre kostnader men inkluderar sannolikt implementering av uppgifter om vårdtjänster och sociala insatser i detta. Utredningen konstaterar att utförarna ser potential för ökad samhällsnytta för Sverige.

9.2.1 Fördelar med den nationella katalogen

Den främsta fördelen som tre av de intervjuade privata utförarna lyfter fram är möjligheten att exponera sitt erbjudande till potentiella kunder, intressenter och även brukare⁴⁷. En stor utförare menar att det blir enklare för kommuner att söka specifik omsorg i en annan kommun, såsom demensboende för ålderskategorin 55+. De två större utförarna menar att fördelarna med den nationella katalogen kan bidra till ökad samhällsnytta. De mindre utförarna beskriver att de i dag är hänvisade till privata annonseringsbolag för att vara synliga och valbara för alla Sveriges kommuner. En av utförarna uttrycker att ”för att varje barn ska komma till rätt verksamhet bör kvaliteten och vården vara avgörande och inte vilken utförare som har mest muskler för marknadsföring”. Samma utförare beskriver att det i dag är svårt att identifiera vilka HVB-hem som finns.

⁴⁷ Syftet med den nationella katalogen är i dagsläget inte att erbjuda tillgång för privatpersoner och en sådan eventuell utveckling är ej utredd.

HVB-hemmen är många och utspridda i landet och inte gemensamt organiserade.

Två utförare menar att katalogen bidrar till transparens och refererar till att många register i dag är slutna och inte tekniskt tillgängliga, exempelvis omsorgsregistret hos IVO.

En av de stora utförarna beskriver att de för närvarande strukturerar sin data och bygger en masterdata-plattform och ser möjligheter att den nationella katalogen skulle kunna bidra med en branschstandard. Standardisering skapar förutsättningar för förbättrad datakvalitet, bättre åtkomst och enklare integrationer med andra aktörer. Den andra stora utföraren ser även de nytta med att använda samma struktur för uppgifterna internt samt möjlighet att ”hämta hem” uppgifter från den nationella katalogen, vilket kan leda till kostnadsbesparingar.

Två utförare uttrycker sig positivt till införande av nationellt standardiserat kodverk för verksamhetsinriktning. En av utförarna menar att kommunerna då kan bli tydligare i sina upphandlingar vilket bidrar till att ge lika möjligheter för utförare i upphandlingar

9.2.2 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen

En av de större utförarna pekar på att många av uppgifterna redan finns i IVO:s register och att de därmed helst ser att andra register kan vara konsument av den nationella katalogen för att inte öka administrationen. En av de mindre utförarna beskriver att de i dag uppdaterar uppgifter till exempelvis Bolagsverket och IVO samt till Arbetsmiljöverket via verksamt.se. Den andra stora utföraren betonar att arbetsinsatsen skulle bli omfattande för att anpassa sig till samtliga beskrivna uppgifter och attribut, och bedömer att arbetsinsatsen skulle bli betydligt större än nyttan för utföraren. De anser att uppgifterna är på en mycket detaljerad nivå och att en mer begränsad omfattning på en mer övergripande nivå skulle vara enklare, eftersom det i huvudsak skulle innebära strukturering av befintliga data.

Organisation: De stora utförarna anser att uppgifterna finns i stort sett som strukturerade data i dag men det kommer att krävas en arbetsinsats att kartlägga uppgifterna. De två stora utförarna har 45 respektive 100 olika bolag med egna organisationsnummer. En av aktörerna föredrar att det är det legala perspektivet av organisationssambanden som ska registreras i katalogen, eftersom omorganisationer ofta sker i den operativa organisationsstrukturen samt att tillstånden baseras på den legala strukturen. De två mindre utförarna ser inga problem att registrera uppgifterna och en

av dem ser det som positivt att strukturera sin, lilla, koncern i ett ”hierarkiskt träd”.

Organisatorisk enhet: De två stora utförarna beskriver att de sannolikt har alla uppgifter som strukturerade data. Den ena menar att det skulle krävas ett kartläggningsarbete, viss komplettering av uppgifter och en ”mappning” för att anpassa till katalogens struktur. Avseende detaljerade uppgifter så lyfts att attributet *giltig* bör motsvara en ”aktiv enhet” samt att attributet *alias* kan användas när man ibland använder ett namn internt och ett annat namn externt. De mindre utförarna ser inga utmaningar.

Verksamhetsinriktning: Samtliga utförare är positiva till ett nationellt kodverk för verksamhetsinriktning. De stora utförarna har till viss del en egen kategorisering i dag och ser att det skulle krävas en arbetsinsats att översätta till det nya kodverket. En av utförarna deltar gärna i arbetet att utveckla kodverket. Enheter inom socialtjänst erbjuder ofta även vårdtjänster och då primärt till sina brukare. Utförarna resonerar om varje enhet ska ha en verksamhetskod som motsvarar enhetens huvudsakliga inriktning alternativt att enheterna ska kunna ha flera verksamhetskoder. De mindre utförarna ser inga utmaningar. En av dem ser möjlighet att kommunerna kan bli tydligare i sina upphandlingar med ett nationellt kodverk. Utföraren refererar även till att Adda genomförde en ramavtalsupphandling för HVB-hem 2022 som blivit normerande i branschen.

Kontaktuppgifter: En av de stora utförarna beskriver att de registrerar uppgifterna enkelt hos IVO i en e-tjänst som IVO numera tillhandahåller. De registrerar dels kontaktuppgifter till olika huvudkontor samt till verksamhetsställen. Attributen *tillgänglighetstid* och *störningsinformation* finns dock inte strukturerade i dag och finns heller inte hos IVO. Den andra stora utföraren bedömer att de har uppgifterna som strukturerade data men ej samlat och enkelt att extrahera. De mindre utförarna ser inga utmaningar men en av dem påpekar att man behöver förhålla sig till LSS-lagstiftningen som säger att boendet är till för brukaren och således inte att likställa med exempelvis en vårdcentral. Därmed kanske inte alla efterfrågade uppgifter blir aktuella.

Plats: En av de stora utförarna ser utmaningar med att en enhet kan ha flera adresser såsom besöksadress och leveransadress. Det är basala uppgifter men kan trots detta vara svåra att ha full kontroll på. Attributen *länskod* och *kommunkod* bör kunna hämtas från andra register och *besöksadress* bör vara kopplat till tillståndet hos IVO. Behov av en e-tjänst nämns för att kunna registrera eller komplettera vissa av uppgifterna. Utföraren ser möjlighet att

”hämta hem” uppgifterna från den nationella katalogen för att exempelvis kunna exponera på webbplatser etc. De mindre utförarna ser inga utmaningar men betonar att plats för skyddade boenden ej får röjas⁴⁸ samt att man även i detta fall bör förhålla sig till LSS-lagstiftningen.

Person & personroll: De stora utförarna menar att uppgifterna finns som strukturerade data men att de ändras ofta samt att man behöver förhålla sig till GDPR. Tillfälliga ändringar under kortare tid än sex månader behöver inte anmälas till IVO avseende tillstånden. De mindre utförarna ser inga utmaningar.

Utbud av vårdtjänster & sociala insatser: En av de stora utförarna erbjuder vårdtjänster till sina brukare samt hemsjukvård men erbjuder ej vårdtjänster med regionen som huvudman. Avseende utbud av sociala insatser menar utföraren att uppgifterna finns men ej som strukturerade data. Utföraren betonar att kodverket behöver vara relevant för socialtjänsten och nämner att attribut såsom *mötesform* och *remisskrav* inte känns relevanta samt att underhållet av uppgifterna skulle bli mycket omfattande. Den andra stora utföraren beskriver att en kartläggning behöver göras, vilket kräver en större arbetsinsats, samt ett it-utvecklingsarbete. Uppgifterna är i dag utspridda i olika interna system och finns även till viss del hos IVO och utföraren menar att uppgifterna kanske skulle kunna hämtas från IVO. En av de mindre utförarna beskriver att det kommer krävas en initial arbetsinsats men är positiv till att utförarna ”tvingas” att konkretisera och synliggöra sitt utbud. Inom socialtjänsten har man ett mer kvalitativt angreppssätt när man utreder brukarens behov och utgår inte från diagnoser när man bedömer vilka insatser som är rätt för exempelvis ett barn. Vidare menar utföraren att utförare med gamla tillstånd har mycket ”breda” beskrivningar och dessa utförare kommer kanske inte vilja kategorisera sitt utbud. Den andra mindre utföraren ser inga utmaningar.

9.2.3 Finansiella konsekvenser, överföringssätt och ombud

En av de stora utförarna har bidragit med kostnadsuppskattningar. De uppskattar den initiala kostnaden för insamling av uppgifter till en årsarbetare under en månad. Den initiala kostnaden för it- och integrationskostnader uppskattas till cirka 500 000 kronor. Löpande

⁴⁸ E-hälsomyndigheten (2024), *Uppdrag att ta fram en nationell katalog över vårdgivare och utförare av socialtjänst – Andra delredovisningen* (S2023/02118 (delvis)), Bilaga 2, i delrapporten föreslås i författningsförslagen att uppgiftsskyldigheten inte ska gälla verksamheter i form av skyddat boende enligt 6 kap. 1 a § socialtjänstlagen (2001:453).

verksamhetskostnader uppskattas till cirka en årsarbetare, i det fall IVO:s register och den nationella katalogen inte kommunicerar med varandra. Den löpande it-förvaltningen uppskattas till en miljon kronor per år. Avseende ombud menar utföraren att de initialt skulle vända sig till sin leverantör Svensk e-identitet som förvaltar utförarens innehåll i HSA. Detta skulle vara det snabbaste alternativet för att implementera en överföring av uppgifterna via API till den nationella katalogen. Utföraren menar att IVO även skulle kunna förse den nationella katalogen med uppgifter. På sikt bedömer utföraren att de själva skulle överföra uppgifterna via API, eftersom de har kompetens och tekniska förutsättningar för detta och ser nytta att använda samma struktur för uppgifterna även internt. Utföraren ser behov av en e-tjänst för att registrera kompletteringar och sällanuppdatering av exempelvis attributen *plats* och *alias*.

Den andra stora utföraren betonar att det skulle krävas ett stort och omfattande projekt samt att det är svårt att göra kostnadsuppskattningar baserat på den information respondenterna fått hittills. Respondenterna bedömer att det mest effektiva är att genomföra hela arbetsinsatsen för den totala uppgiftsskyldigheten, inklusive uppgifter om utbud, i ett och samma projekt. Utföraren beskriver att arbetet skulle omfatta projektledning, informations- och dataanalys, it-utveckling samt resurser från verksamheten för att exempelvis ”mappa” utbud av sociala insatser mot det nya kodverket. Därutöver skulle det krävas resurser för att bygga en förvaltningsstruktur och exempelvis etablera manuella rutiner för uppdatering och kvalitetssäkring samt resurser för löpande förvaltning av uppgifterna. Utföraren betonar att organisationen inte har budget för ett så pass stort projekt utan det skulle innebära omprioriteringar. Utföraren bedömer inte att det finns några naturliga ombud för överföring av uppgifterna.

En av de mindre utförarna uppskattar den initiala arbetsinsatsen för att sätta sig in i det nya kodverket samt registrera uppgifter om HVB-verksamheten till totalt cirka åtta timmars arbete. Den löpande uppdateringen uppskattas till ett par timmars arbete per år. Utföraren bedömer att de själva skulle registrera uppgifterna i e-tjänsten. Utföraren nämner att IVO möjligen skulle kunna överföra uppgifterna eftersom IVO bör ha tillgång till dem. IVO skulle kanske även kunna ansvara för att utföra en del av kodningen enligt de nya kodverken. Kommunerna ses inte som naturliga ombud. Vidare beskriver utföraren att det inom HVB-verksamhet inte finns stora marknadsdominerande leverantörer av journal- och verksamhetssystem. Leverantörerna är mycket små och utföraren bedömer att det skulle ta lång tid för leverantörerna att utveckla eventuell API-överföring.

Den andra mindre utföraren bedömer att det krävs en insats för att strukturera och kartlägga uppgifterna samt säkerställa att man följer kodverken och uppskattar den initiala arbetsinsatsen till cirka en veckas arbete, det vill säga 40 timmar. Den löpande uppdateringen av uppgifterna uppskattas till cirka två arbetsdagar per år. Utföraren ser det som självklart att använda en e-tjänst för att registrera uppgifterna. Avseende ombud bedömer utföraren att den mesta av informationen finns i IVO:s register. Vidare anser utföraren att Inera inte förfogar över uppgifterna för utförarens roll som vårdgivare på enhetsnivå, samt att det saknas förutsättningar för Inera att agera ombud eftersom omsorgsverksamheten inte finns hos Inera.

10 Konsekvenser för statliga myndigheter

10.1 Konsekvenser för E-hälsomyndigheten

I tabell 2 nedan sammanfattas E-hälsomyndighetens kostnadsuppskattningar. Beräkningen av kostnaderna baseras huvudsakligen på kostnader för den personal som ska genomföra arbetet. Tabellen innehåller

- utfallet av historiska kostnader och investeringar i E-hälsomyndighetens nuvarande regeringsuppdrag avseende den nationella katalogen
- framtida kostnadsuppskattningar för införande och anslutning av aktörer, utveckling och förvaltning samt fortsatt utveckling av den nationella katalogen för att omfatta fler verksamhetsgrenar såsom apotek, tandvård etc.

Tabell 2. Konsekvenser för E-hälsomyndigheten, miljoner kronor

För avskrivningen av investeringarna antas att första driftsättning sker i juli 2025 samt att avskrivningarna startar i augusti 2025.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Kostnader	5	29	27	22	22	22
Investeringar	0	8	12	5	3	3
Avskrivningar	0	0	2	4	5	6

Kostnader för införande och anslutning omfattar framtagande av en tydlig strategi som beskriver varför denna förändring ska ske, vad förändringen innebär för målgrupperna, hur införandet ska ske, vilka som berörs av införandet samt hur förändringen ska mätas över tid. Kostnadsberäkningen inkluderar också kunskapsstöd och utvecklingsstöd för förändringsarbeten hos producenter och konsumenter av information om verksamhet och organisation, relaterat till införandet av den nationella katalogen.

Kostnaderna för förvaltning och vidareutveckling av den nationella katalogen omfattar huvudsakligen personalresurser men även fasta kostnader för licenser avseende programvara och teknisk plattform. Arbetsuppgifterna innefattar exempelvis koordinering och samverkan, förvaltningsledning, kommunikation, informatisk vidareutveckling och förvaltning av informationsmängder samt teknisk vidareutveckling och förvaltning av den nationella katalogen. Kompetenser som omfattas är exempelvis experter inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, digitalisering, informatik, semantik, terminologi, arkitekturstyrning, kravanalys, systemdesign, it-utveckling, test, kvalitetssäkring samt juridik med fokus på digitalisering och standardisering.

Utredningsarbetet avseende fortsatt utveckling av informationsmängder i den nationella katalogen, såsom apotek och tandvård, kommer att påbörjas under 2025. Kostnadsuppskattningen för detta arbete ingår i tabell 2 ovan.

10.2 Konsekvenser för IVO

E-hälsomyndigheten har intervjuat IVO med syfte att kartlägga finansiella och verksamhetsmässiga konsekvenser för IVO. Som underlag för kostnadsuppskattningarna har utredningen i dialog med IVO utgått från två hypotetiska alternativ för en framtida integration mellan IVO:s register, vårdgivarregistret och omsorgsregistret, och den nationella katalogen. De båda alternativen syftar till att undvika att uppgiftsskyldiga respektive anmälningsskyldiga aktörer ska lämna samma eller liknande uppgifter till två olika myndigheter. Båda alternativen innebär att uppgifter om tillstånd samt tillsynsbeslut som innebär att viss verksamhet förbjuds, överförs/hämtas från IVO till E-hälsomyndigheten.

Alternativ 1 innebär att IVO samlar in uppgifter från aktörerna. De uppgifter som är överlappande med de uppgifter som uppgiftsskyldigheten för den nationella katalogen föreslås omfattas överförs/hämtas till E-hälsomyndigheten. E-hälsomyndigheten samlar in de övriga uppgifter uppgiftsskyldigheten föreslås omfattas från aktörerna.

Alternativ 2 innebär att E-hälsomyndigheten samlar in de uppgifter som uppgiftsskyldigheten för den nationella katalogen föreslås omfatta från aktörerna. IVO hämtar de uppgifter som IVO enligt sitt uppdrag har behov av från E-hälsomyndigheten. IVO begär in de kompletterande uppgifterna från aktörerna som IVO har behov av för att uppfylla sitt uppdrag.

IVO betonar i sitt svar till utredningen att kostnadsuppskattningar är svåra att göra eftersom såväl juridiska som tekniska och verksamhetsmässiga förutsättningar för båda alternativen är oklara i dagsläget. IVO betonar att det sannolikt tillkommer arbetsuppgifter som inte varit möjliga att ringa in i detta skede.

IVO beskriver att båda alternativen omfattar arbete för att exempelvis bygga om kodverket för vårdgivarregistret och strukturen i omsorgsregistret, bygga om e-tjänster för anmälan av verksamhet, uppdatera och migrera informationen, visst utredningsarbete samt informations- och utbildningsaktiviteter. Kostnadsuppskattningarna innefattar även arbetsinsatser avseende informationssäkerhet, dataskydd, rättslig kvalitetsgranskning samt övriga juridiska frågor kopplade till ombyggnation av digitala miljöer. Vidare beskriver IVO att alternativ 2 innebär att föreskrifter (HSLF-FS 2023:7) om anmälan enligt patientsäkerhetslagen behöver omarbetas. Ett arbete som involverar flertalet roller inom myndigheten.

IVO uppskattar de initiala kostnaderna för alternativ 1 till 11 miljoner kronor respektive 13 miljoner kronor för alternativ 2. Den löpande förvaltningskostnaden uppskattas till en miljon kronor per år för båda alternativen.

Inom ramen för det gemensamma uppdrag E-hälsomyndigheten föreslår kommer olika alternativ för samordnad informationsförsörjning mellan IVO:s register och den nationella katalogen att fördjupas. Arbetet kan komma att resultera i andra alternativa lösningar. Det gemensamma arbetet ger även förutsättningar för mer kvalitetssäkrade kostnadsuppskattningar.

Bilaga 1 Uppgifter att lämna till den nationella katalogen

I arbetet med konsekvensutredningen har utredningen utgått från hypoteser bland annat avseende vilka detaljerade uppgifter uppgiftsskyldigheten kan komma att omfatta. Hypoteserna har använts som underlag i intervjuerna med representanter från de berörda aktörerna.

Följande lista beskriver en hypotes av de uppgifter och attribut som föreslås lämnas till den nationella katalogen. Hypotesen baseras på den informationsspecifikation som tagits fram i uppdraget. Informationsspecifikationen innehåller en begrepps- och informationsmodell med terminologibundna kodverk samt beskrivna eller definierade begrepp och entydiga termer. Den baseras på den behovsanalys som gjordes i första delen av uppdraget.

Innehåll I katalogen	Definition och beskrivning
Organisation	<p><i>Definition:</i> Person eller grupp av personer med ansvar, befogenheter och samband för att nå gemensamt mål</p> <p><i>Anmärkning:</i> Här avses organisationer som är juridiska personer eller enskilda näringsidkare.</p> <p>(ISO 9000 har en generell definition av organisation. Där kan en grupp av personer som gått samman för att nå sina mål ses som en organisation, oavsett om det finns någon styrelse eller några stadgar.)</p> <p>Detaljerat Innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Id (kan innehålla flera olika typer av id och är beständiga) • Typ (kodverk) • Status • Namn • Alias • Juridisk form • Ägarkategori • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt) • Samband mellan olika organisationer (organisation samband)
Organisatorisk enhet	<p><i>Definition:</i> Formellt bildad enhet som utgör en del av en organisation</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Id • Typ (kodverk) • Status • Namn • Alias • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt) • Organisationens struktur (organisatorisk enhet samband)

Verksamhet	<p><i>Definition:</i> Arbete som fortlöpande utförs i linje med viss övergripande inriktning</p> <p><i>Anmärkning:</i> Inom en viss organisatorisk enhet utför man en rad aktiviteter. Enheterna kan, inom samma verksamhet, också ha specialiserat sig på vissa typer av aktiviteter. Vissa utför undersökningen X, medan andra inte gör det. Inom olika verksamheter kan man utföra samma slags aktivitet. Aktiviteten "preventivmedelsrådgivning" utförs inom både barnmorske- och gynekologiverksamhet. Verksamheter kan vara av olika slag, såsom öron-, näs- och halssjukvård, mödrahälsovård och psykologverksamhet. Inom en verksamhet kan olika vårdtjänster erbjudas. Inom öron-, näs- och halssjukvård kan till exempel tonsilloperation eller operation på hörselgångar erbjudas. Verksamhet kan finnas på olika specialiseringsnivåer, såsom ortopedi och handkirurgi. Inom socialtjänstområdet är ett exempel på verksamhet äldreomsorg. Inom området finns även mer specialiserade verksamhetsområden som exempelvis särskilt boende för äldre och personlig assistans.</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Typ (kodverk)
Vårdtjänstutbud	<p><i>Definition:</i> Samlingen av alla vårdtjänster som erbjuds av en organisation eller en organisatorisk enhet</p> <p><i>Vårdtjänst, definition:</i> Tjänst inom hälso- och sjukvård som erbjuds för att tillgodose vårdbehov hos invånare</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Id • Typ (kodverk, olika beroende på typ av verksamhet) • Remisskrav • Mötesform • Beskrivning • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt) • Målgrupp (kod, beskrivning, värde min, värde max, värdekod) • Villkor (beskrivning, kod,värde kod, värde max, värde min).
Utbud av sociala insatser	<p><i>Förklaring:</i> Samlingen av alla sociala insatser som tillhandahålls av en organisation eller en organisatorisk enhet.</p> <p><i>Social insats, förklaring:</i> Insats inom socialtjänstens verksamhet som avser förebyggande, utredande och individstödande aktiviteter.</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Id • Typ (kodverk, olika beroende på typ av verksamhet) • Remisskrav • Mötesform • Beskrivning • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt) • Målgrupp (kod, beskrivning, värde min, värde max, värdekod) • Villkor (beskrivning, kod,värde kod, värde max, värde min).

<p>Kontaktuppgift</p>	<p><i>Förklaring:</i> Uppgift om var och hur en person eller organisation kan kontaktas.</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Id • Syfte (kodverk) • Adress • Postnummer • Land • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (datum) • Tillgänglighetstid (dygnet runt, starttid, sluttid, veckodag) • Telekommunikation (värde, system, rangordning, giltig fr.o.m., giltig t.o.m.) • Störningsinformation (beskrivning, giltig fr.o.m., giltig t.o.m.)
<p>Plats</p>	<p><i>Förklaring:</i> Avgränsad geografisk eller fysisk yta med välbestämt läge.</p> <p><i>Anmärkning:</i> Här avses plats ur ett geografiskt eller fysiskt perspektiv, inte ur ett organisations- eller verksamhetsperspektiv.</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Id • Namn • Status • Platstyp (kodverk) • Besöksadress • Länskod • Kommunkod • Geografiska koordinater • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt)
<p>Person och personroll</p>	<p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Namn på person • Kod för personroll • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt)
<p>Avtal</p>	<p><i>Definition:</i> Överenskommelse som medför rättigheter och skyldigheter för parterna</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avtalsområde (kod) • Beskrivning • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt) • Id • Lagrum

	<ul style="list-style-type: none"> • Option förlängning • Url • Avtalssamband (kod)
Uppdrag	<p><i>Definition:</i> Uppgift med ett uttalat mål som någon tilldelats att utföra under en längre (ofta inte bestämd) tid</p> <p>Detaljerat innehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Giltig fr.o.m., giltig t.o.m. (tidpunkt) • Typ • Koppling till utbud

Dokumentinformation

Dokumentnamn	Diarienummer
Konsekvensutredning nationella katalogen för vårdgivare och utförare av socialtjänst	2025/01736
Godkänt av (Namn, Befattning, Avdelning)	
Madeleine Hanberger, Farmaceutisk utredare, E-hälsotjänster	
Dokumentansvarig (Namn, Roll, Enhet, Avdelning)	
Gunilla Dyrhage Cederqvist, konsult, E-hälsotjänster	

Versionshistorik

Utgåva	Datum	Kommentar
0.1	25-03-17	Första utkast för intern remiss
1.0	25-04-23	Slutlig version