



**Regeringskansliet**

**Promemoria**

2024-02-28  
U2024/01035

**Utbildningsdepartementet**

Hållbar och högkvalitativ läkarutbildning  
och klinisk forskning  
– förslag till ett reviderat ALF-avtal

# Förord

Den 26 augusti 2022 beslutade Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet) att en utredare skulle biträda Utbildningsdepartementet med ta fram ett underlag inför en omförhandling av Avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (U 2023:A). Den 27 februari 2023 beslutades om en förlängd tid för uppdraget som skulle redovisas senast den 29 februari 2024. Till utredare utsågs från och med den 13 mars 2023 professor Bertil Lindahl. Maria Wästfelt och Agneta Rönn, ämnessakkunniga vid Utbildningsdepartementet, har biträtt som sekreterare i utredningen.

De bedömningar som görs och de förslag som lämnas i denna promemoria är utredarens egna.



# Innehåll

<b>Förord</b> .....	<b>1</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>9</b>
<b>1 Historik och tidigare utredningar</b> .....	<b>17</b>
1.1 De första LUA- och ALF-avtalen .....	17
1.2 Ersättningsmodeller .....	18
1.2.1 Ekonomiska ersättningar i de tidigare LUA- avtalen och ALF-avtalet 1984 .....	18
1.2.2 Statens ersättning för läkarutbildning och forskning i ALF-avtalet 1989.....	20
1.2.3 Statens ersättning för läkarutbildning och forskning i ALF-avtalet 2004.....	22
1.3 Nuvarande ALF-avtal, ALF 2015 .....	23
1.3.1 Centralt avtal .....	24
1.3.2 Regionala avtal.....	25
1.3.3 Nationell styrgrupp för ALF .....	27
1.3.4 ALF-ersättningen .....	28
1.3.5 Resursfördelningsmodellen .....	29
<b>2 Utredningsuppdraget</b> .....	<b>31</b>
2.1 Behovet av en utredning .....	31
2.2 Målbild för ett nytt ALF-avtal.....	33
2.3 Utredningens genomförande .....	33
2.3.1 Utredningens arbete med uppdraget.....	33
2.3.2 Dialoger och samråd.....	34

<b>3</b>	<b>Ekosystemet för klinisk forskning och läkarutbildning ....</b>	<b>37</b>
3.1	Olika aktörer.....	37
3.2	Sjukvården som arena för klinisk forskning och utbildning.....	43
3.2.1	Delat ansvar för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet .....	43
3.2.2	Förändringar i sjukdomspanoramat.....	43
3.2.3	Ändrad demografi .....	45
3.2.4	Snabb kunskapsutveckling.....	46
3.2.5	Förändringar i sjukvårdens organisation och förändrade vårdbehov .....	46
3.2.6	Vård inom primärvård, öppenvård och distansvård.....	49
3.2.7	Regioner sluter i ökad utsträckning avtal med privata vårdgivare .....	51
3.2.8	Digitalisering och ökat användande av hälsodata och AI .....	52
3.2.9	Ökad specialisering och fokus på precisionsmedicin.....	53
3.2.10	Förändringar i allmänhetens och patienternas förväntningar på sjukvården .....	54
3.2.11	Ökning av anställda läkare.....	55
3.2.12	Prognoser för behov av läkare kommande år .....	56
3.2.13	Trender och prognoser för annan hälso- och sjukvårdspersonal .....	59
3.3	Universitetens förutsättningar att bedriva läkarutbildning.....	60
3.3.1	Utbyggnad av läkarutbildningen .....	60
3.3.2	Statens finansiering av läkarutbildningen .....	61
3.3.3	Kostnader för den kliniska delen av den 5,5-åriga läkarutbildningen .....	62
3.3.4	Kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna .....	67
3.3.5	Regionernas egen hantering och fördelning av ALF-ersättningen för läkarutbildningen .....	67
3.3.6	Statens nuvarande ersättning för den kliniska delen av läkarutbildningen .....	69

3.3.7	Ersättningens kostnadstäckning.....	71
3.3.8	En ny läkarutbildning med ökat kliniskt innehåll.....	72
3.3.9	Ekonomiska konsekvenser av en ny 6-årig läkarutbildning.....	74
3.4	Universitetens förutsättningar att bedriva klinisk forskning .....	75
3.4.1	Finansiering av svensk forskning.....	76
3.4.2	Finansiering av klinisk forskning .....	78
3.4.3	Minskat utrymme för forskning i det dagliga sjukvårdsarbetet.....	82
3.4.4	Förändring i lagstiftning påverkar förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning.....	83
3.5	Samverkan inom klinisk forskning .....	90
3.5.1	Internationell samverkan inom klinisk forskning.....	90
3.5.2	Nationell samverkan inom klinisk forskning .....	90
<b>4</b>	<b>Uppföljning och utvärdering av läkarutbildning och klinisk forskning.....</b>	<b>93</b>
4.1	Regionernas redovisning av ALF-ersättningens användning .....	93
4.1.1	Sammanställningar av regionernas användning av ALF-ersättningen.....	94
4.1.2	Användning av ALF-ersättningen inom primärvården.....	96
4.2	Utvecklingen för läkarutbildningen.....	97
4.2.1	Regionernas redovisning av ALF-ersättningen för läkarutbildningen.....	97
4.2.2	Utveckling baserat på antalet helårsstudenter på läkarutbildningen.....	99
4.3	Utvecklingen för klinisk forskning.....	102
4.3.1	Utveckling baserat på antal och andel disputerade läkare .....	102

4.3.2	Utveckling av klinisk forskning baserat på ansökningar om etikprövning .....	105
4.3.3	Utveckling av klinisk forskning baserat på bibliometri .....	107
4.4	Utvärderingar som genomförts i enlighet med gällande ALF-avtal .....	111
4.4.1	Utvärdering av universitetssjukvården .....	111
4.4.2	Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet .....	114
<b>5</b>	<b>Bedömningar och förslag om ALF-avtalets konstruktion och allmänna bestämmelser .....</b>	<b>117</b>
5.1	ALF-avtalets syfte .....	117
5.2	ALF-avtalets namn .....	118
5.3	Det nuvarande ALF-avtalets ändamålsenlighet och framtida behov .....	119
5.3.1	Finansieringsprinciperna .....	119
5.3.2	Förutsättningar för verksamhetsintegrerat lärande .....	120
5.3.3	Klinisk forskning av hög kvalitet .....	120
<b>6</b>	<b>Bedömningar och förslag för den 6-åriga läkarutbildningen.....</b>	<b>123</b>
6.1	Grundläggande principer för ALF-ersättning för utbildningen av läkare .....	123
6.1.1	Formerna för ersättningen .....	123
6.1.2	Jämlik fördelning mellan de lärosäten som bedriver läkarutbildning.....	125
6.2	Kostnader och ersättning för regionernas medverkan i den nya läkarutbildningen.....	127
6.2.1	Förslag till förändrad ersättning.....	127
6.2.2	Olika underlag som beskriver ekonomiska konsekvenser .....	128
6.3	Vinster och andra konsekvenser av införandet av den nya läkarutbildningen.....	133

6.3.1	Bedömning av vinster och andra konsekvenser...	133
6.3.2	Olika underlag som beskriver vinster och andra konsekvenser .....	135
6.4	Utvärdering av läkarutbildningen .....	139
<b>7</b>	<b>Bedömningar och förslag för den kliniska forskningen .</b>	<b>141</b>
7.1	ALF-ersättningens roll i forskningsfinansieringssystemet.....	141
7.2	Definitionen av klinisk forskning .....	145
7.3	Universitetssjukvårdsbegreppet.....	147
7.4	Behov inom strategiska områden.....	150
7.4.1	Behov av klinisk forskning inom primärvården...	151
7.4.2	Behov av infrastruktur för klinisk forskning .....	153
7.4.3	Behov inom internationellt samarbete .....	154
7.5	Förslag till fördelning av ALF-ersättningen för klinisk forskning .....	155
7.5.1	Förslag till fördelning vid oförändrade anslag.....	155
7.5.2	Förslag om och fördelning av en ökning av ALF-ersättningen .....	156
7.6	Behov av nationell och internationell samverkan inom klinisk forskning .....	158
7.7	Uppgifter och funktion för en nationell grupp för uppföljning och nationell samverkan (GUNS) .....	159
7.8	Uppföljning av ALF-avtalet .....	161
7.8.1	GUNS roll i uppföljning av ALF-avtalet .....	161
7.8.2	Redovisning av den samlade resursanvändningen.....	162
7.9	Utvärderingar i ALF-avtalet.....	163
7.9.1	Utvärdering av universitetssjukvården.....	164
7.9.2	Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet.....	165
7.9.3	Uppföljning av utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet .....	167



7.10	Resursfördelningsmodell .....	168
<b>8</b>	<b>Konsekvenser av förslagen .....</b>	<b>171</b>
8.1	Allmänt om förslagets konsekvenser .....	171
8.2	Kostnader .....	172
8.3	Betydelse för miljön .....	172
8.4	Samhällsekonomiska effekter .....	173
	<b>Förkortningar och ordförklaringar .....</b>	<b>175</b>

# Sammanfattning

Utredaren har haft i uppdrag att biträda Regeringskansliet (Utbildningsdepartementet) med att ta fram ett underlag inför en omförhandling av Avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet). Syftet med utredningen är att bistå staten med ett underlag till ett nytt avtal som långsiktigt bidrar till en läkarutbildning av hög kvalitet, internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning och utveckling av en kunskapsbaserad, effektiv och modern hälso- och sjukvård.

## **Värdet av hög kvalitet på klinisk forskning och läkarutbildning**

En stark klinisk forskning och en läkarutbildning i toppklass är förutsättningar för en hälso- och sjukvård präglad av hög kvalitet och som kan möta befolkningens behov. Svensk klinisk forskning och läkarutbildning håller hög kvalitet, men i den allt snabbare kunskapsutvecklingen och de stora utmaningar hälso- och sjukvården står inför är det av stor vikt att kvaliteten på såväl utbildning som klinisk forskning kan bibehållas och helst ytterligare stärkas. I den hårdnande internationella konkurrensen behöver den kliniska forskningen i Sverige ständigt utvecklas för att inte tappa mark.

## **En ny läkarutbildning ställer utökade krav**

Sedan den senaste ALF-avtalet som trädde i kraft 2015 har en ny läkarutbildning startats (2021) som innebär att omfattningen av läkarexamen utökas till 360 högskolepoäng, vilket motsvarar sex års heltidsstudier. Den nya utbildningen ska ligga till grund för

läkarlegitimation, vilket innebär att allmäntjänstgöring (AT) tas bort som krav för att få legitimation. Den nya utbildningen förutsätter därför en ökad andel verksamhetsintegrerat lärande inom hälso- och sjukvården.

## **Värdet av både bredd och spets**

För att klara målet om en internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning och en läkarutbildning i toppklass behöver staten ha en genomtänkt strategi. En högkvalitativ läkarutbildning ställer höga krav på en vetenskapligt baserad teoretisk undervisning kombinerat med träning på nödvändiga kliniska färdigheter genom stora inslag av praktik inom hälso- och sjukvården. En stark klinisk forskning kräver att hela kedjan från en bred bas av forskarutbildade till en spets av absoluta spetsforskare kan säkras. Forskningen måste också kunna utföras där patienterna befinner sig, dvs inom hälso- och sjukvårdens alla olika vårdnivåer. Statens olika finansieringssystem för forskning har olika roller, där ALF-systemet har en alldeles särskild roll att spela för såväl läkarutbildningen som för den kliniska forskningen och som skiljer sig från exempelvis Vetenskapsrådets roll.

## **ALF-systemet ska vara robust och stabilt över tid**

Utredaren menar att det är av vikt att ALF-systemet och finansieringen genom ALF-ersättningen är robust och stabil över tid och att den ger möjlighet att såväl läkarutbildning som klinisk forskning av hög kvalitet ska kunna bedrivas inom samtliga ALF-regioner och på likvärdiga villkor. Vidare menar utredaren att ALF-systemet ska säkra en bred bas av klinisk forskning i Sverige, bland annat för att möjliggöra rekrytering av framtida spetsforskare, lärare med vetenskaplig kompetens inom områden nödvändiga för den kliniska utbildningen av läkare, och kliniskt verksamma läkare med vetenskaplig kompetens som kan bidra till en kontinuerlig utveckling av evidensbaserad hälso- och sjukvård i hela Sverige. Samtidigt bör ALF-systemet ge incitament till ökat samarbete mellan ALF-regionerna för att möta den ökade internationella konkurrensen. Den ALF-finansierade forskningen ska vara fri inom ramen för

definitionen av klinisk forskning, så att forskningsområden, frågor och metoder kan formuleras och väljas fritt av forskarna själva.

## Bedömningar och förslag

Mycket av innehållet i nuvarande ALF-avtal är ändamålsenligt och bör behållas, däribland parternas avsiktsförklaring om samarbete, liksom systemet med regionala avtal så att användande av ALF-ersättningen kan anpassas efter lokala behov och förutsättningar. Men för att långsiktigt säkerställa en klinisk utbildning av blivande läkare av hög kvalitet, en internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning och en kunskapsbaserad utveckling av svensk hälso- och sjukvård föreslår utredaren en del ändringar och justeringar av innehållet i ALF-avtalet.

## Allmänna utgångspunkter

- ALF-avtalets namn ska anpassas så att det tydligare reflekterar innehållet. Begreppet ”utveckling av hälso- och sjukvården” ska ersättas av ”nyttiggörande av klinisk forskning och ny kunskap i hälso- och sjukvården”.
- Beskrivningen i ALF-avtalet av universitetssjukvården och dess betydelse för läkarutbildning, klinisk forskning, samt för kunskapstillämpning och kunskapsutveckling i hälso- och sjukvården ska behållas. Särskilda bestämmelser om universitetssjukvårdsenheter ska däremot inte anges i ALF-avtalet.

## Läkarutbildningen

- Ersättningen till regionerna för deras medverkan i utbildningen av läkare ska fortsatt regleras genom en fastslagen ersättning per helårsstudent och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår.
- Ersättningen per helårsstudent ska fortsatt vara lika stor för de olika ALF-regionerna oavsett geografisk placering eller andra förutsättningar.

- Region Örebro län ska få en utökning med helårsstudenter som de får ersättning för med start 2026. Övriga regioner ska få ett oförändrat antal helårsstudenter 2026, men en ökning av samtliga ALF-regioners antal helårsstudenter ska införas från och med 2027 när den tolfte terminen på den nya läkarutbildningen påbörjas.
- ALF-ersättningen per helårsstudent ska ökas med anledning av den ökade andelen verksamhetsintegrerat lärande som följer av examensordningen enligt högskoleförordningen för den nya läkarutbildningen och att läkarexamen är direkt legitimationsgrundande. Ersättningen ska höjas redan från 2026 för att kompensera för övergångskostnader från det 5,5-åriga till det 6-åriga läkarprogrammet.

### Den kliniska forskningen

- Definitionen av begreppet klinisk forskning ska förtydligas genom ett tillägg. Följande lydelse föreslås: ”Med klinisk forskning avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa, och som kräver tillstånd av Läkemedelsverket eller Etikprövningsmyndigheten.”
- Vid oförändrade anslag för ALF-ersättningen för klinisk forskning ska nuvarande procentuella fördelningsprincip mellan ALF-regionerna behållas.
- Staten ska substantiellt utöka ALF-ersättningen för klinisk forskning.
  - Vid en höjning av anslaget utöver nuvarande nivå ska tillskottet fördelas enligt en ny princip som utgår från ALF-regionernas antal helårsstudenter samt den kliniska forskningens kvalitet mätt som citeringsgenomslag.
- Det ska inte i det centrala ALF-avtalet avsättas en särskild pott av ALF-ersättningen för den kliniska forskningen för att stimulera forskning inom vissa utpekade områden, inte heller för nationella infrastrukturer. Däremot kan enskilda ALF-regioner besluta om

strategiska satsningar utifrån bedömningar av regionala behov enligt överenskommelser i det regionala avtalet.

- Den kliniska forskningen internationella konkurrenskraft ska stärkas genom att stimulera till ett större och bredare samarbete mellan de olika ALF-regionerna. Ett nytt ALF-avtal ska därför skapa incitament för detta.

### **Ny samverkansgrupp ersätter styrgrupp**

- Nuvarande styrgruppssammansättning, uppdrag och mandat ska revideras. En ny Grupp för Uppföljning och Nationell Samverkan (GUNS) ska bildas och ska bestå av sju representanter var från regionerna och universiteten i ALF-avtalet. GUNS får i uppdrag att:
  - följa upp att avtalet och dess intentioner efterföljs och vid behov föreslå justeringar.
  - följa upp utvärderingarna av den kliniska forskningen ur ett nationellt perspektiv.
  - stimulera till nationellt samarbete och besluta om särskilda satsningar för detta ändamål.
  - arbeta nationellt med andra identifierade problemområden och ta fram förslag till insatser som kan stärka svensk klinisk forskning.
  - ta fram en enkel modell för hur ALF-ersättningens användande på ALF-regionnivå kan redovisas för nationella jämförelser.
  - en procent av ALF-ersättningen för den kliniska forskningen ska avsättas för sina uppdrag att stärka svensk forskning
  - årligen rapportera om sin verksamhet till de avtalsskrivande parterna.
  - Vetenskapsrådet ska få i uppdrag att bistå GUNS med administrativt stöd.

## Utvärderingar

- Utvärderingen av universitetssjukvården ska upphöra som en del av ALF-avtalet.
- Utvärderingen av den kliniska forskningen ska behållas.
- Den kliniska forskningen ska fortsatt utvärderas utifrån de tre aspekterna, den vetenskapliga produktionens kvalitet, forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta och forskningens förutsättningar. Utvärderingarna ska utöver att beskriva och utvärdera nuläget ha starkare betoning på vad som behöver utvecklas/förbättras, vad som planeras framåt och vad som gjorts bakåt för att utveckla verksamheten/åtgärda identifierade brister.
- Samma utvärderingspaneler som i nuvarande avtal behålls och gör fortsatt bedömningen enligt den tregradiga skalan undermålig, god-hög respektive mycket hög kvalitet, dock utan någon begränsning av hur många ALF-regioner som kan hamna i respektive kategori.
- Utvärderingarna ska fortsatt genomföras vart fjärde år.
- Vetenskapsrådet ska få fortsatt uppdrag att organisera utvärderingen. De ska också få i uppgift att regelbundet följa den kliniska forskningen med bibliometriska analyser och genom sammanställningar av annan relevant data.
- Vetenskapsrådet ska få i uppdrag att undersöka om det finns delar av utvärderingen av universitetssjukvården som bör införlivas i utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet.
- Den nya gruppen för uppföljning och nationellt samarbete (GUNS) ska fungera som en referensgrupp för Vetenskapsrådets arbete med uppdraget.

## Ny resursfördelningsmodell

- Den nuvarande resursfördelningsmodellen ska göras om för att ge incitament till att kontinuerligt förbättra och utveckla förutsättningarna för att kunna bedriva klinisk forskning av hög internationell kvalitet inom alla ALF-regioner.

- Modellen för resursfördelningen bygger på att alla regioner garanteras ett grundbelopp av sin andel av ersättningen för den kliniska forskningen. Ett mindre belopp reserveras i form av ett kvalitetsbelopp.
- Om ALF-regionen enligt utvärderingen nöjaktigt har identifierat utvecklingsområden och eventuella brister, presenterat realistiska och genomförbara planer för att åtgärda dessa, samt visat att de har arbetat med och åtgärdat vid föregående utvärdering identifierade utvecklingsområden/brister, och erhållit minst omdömet god-hög kvalitet inom alla tre bedömningsområdena, får ALF-regionen behålla hela sin tilldelning (grund- och kvalitetsbelopp) av ALF-ersättningen under kommande fyra-årsperiod.
- Om ALF-regionen enligt utvärderingen inte nöjaktigt har identifierat utvecklingsområden och eventuella brister, presenterat realistiska och genomförbara planer för att åtgärda dessa, samt visat att de har arbetat med och åtgärdat vid föregående utvärdering identifierade utvecklingsområden/brister, eller erhållit omdömet undermålig kvalitet inom något av bedömningsområdena, får ALF-regionen inte behålla sitt kvalitetsbelopp under kommande fyra-årsperiod. Kvalitetsbelopp som inte fördelats får användas av gruppen för uppföljning och nationell samverkan (GUNS) under den aktuella tidsperioden till insatser för att öka och stimulera till nationellt samarbete.





# 1 Historik och tidigare utredningar

I Sverige har det funnits en lång tradition med ett utvecklat samarbete mellan huvudmännen för sjukvård och huvudmännen för läkarutbildning och forskning som baserats på parternas gemensamma intresse och ansvar för verksamheterna. Olika former för styrning och samverkan mellan staten och sjukvårdshuvudmännen har utvecklats under åren. Likaså har principerna för kostnadsfördelning för verksamheten varierat över tid, men från mitten på 1900-talet har grundtanken varit att staten skall betala för de merkostnader som regionerna får av att läkarutbildning och klinisk forskning bedrivs inom regionens verksamheter. Olika system har genom åren prövats för statens ersättning till sjukvårdshuvudmännen.

Många olika utredningar och rapporter har beskrivit bakgrunden till dagens Avtal mellan svenska stenen och vissa landsting om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet)<sup>1</sup>. Nedan görs en kort sammanfattning.

## 1.1 De första LUA- och ALF-avtalen

Det första gemensamma avtalet mellan staten och samtliga berörda sjukvårdshuvudmän, Läkarutbildningsavtal (LUA) träffades 1970. Förhandlingar samordnades av Statens förhandlingsnämnd (SFN) och en särskild förhandlingsdelegation knuten till Landstingsförbundet.

Det första ALF-avtalet (Avtal om Läkarutbildning och Forskning) kom 1984 och bestod av ett övergripande samarbetsavtal, ett ramavtal, som innehöll för alla utbildningsorter gemensamma

---

<sup>1</sup> Universitetskanslersämbetet, PM om ALF-avtalet 2022; Utvecklat samarbete för verksamhetsförlagd utbildning – långsiktiga åtgärder för sjuksköterskeprogrammen SOU 2024:9

bestämmelser om samarbetet mellan staten och berörda regioner (då landsting/kommuner) om läkarutbildning och forskning. Det innehöll också regionala avtal om läkarutbildning och forskning med de regioner där läkarutbildning bedrevs. Sjukvårdshuvudmännen ställde i princip hela sin organisation till förfogande för klinisk utbildning och forskning genom avtalet. Där fastslogs att läkarutbildningen och forskningen inom de medicinskt kliniska ämnesområdena fick bedrivas inom landstingets hälso- och sjukvårdsorganisation. Därefter har ALF-avtalet ersatts av nya versioner där akronymen ALF bestått men avtalets fulla namn och antalet samarbetspartner ändras något genom åren. Grundkonstruktionen med ett centralt avtal och tillhörande regionala avtal har bestått.

## 1.2 Ersättningsmodeller

### 1.2.1 Ekonomiska ersättningar i de tidigare LUA-avtalen och ALF-avtalet 1984

Det första Läkarutbildningsavtalet (LUA 70) innebar bl.a. att driftersättningarna utgick med ett visst bestämt belopp per år. Samtidigt tillsattes en särskild utredning, den s.k. Samuelsonska utredningen, i syfte att utforma ett nytt ersättningssystem. Utredningen redovisades i *PM med frågor av betydelse för samarbetet mellan stat och kommun beträffande de kommunala undervisningssjukhusen*<sup>2</sup>.

Det system (LUA 74, 77 m.fl.) som kom att tillämpas under åren 1974–1983 utgick från att driftersättningarna skulle bestämmas med utgångspunkt från utbildningsvolymen mätt i antalet utbildningsplatser och forskningsvolymen mätt i antalet forskningstimmar för läkare. Vidare skulle ersättningarna uppjusteras för pris- och löneförändringar enligt särskilt löne- och prisindex.

Det första Avtalet om läkarutbildning och forskning (ALF-avtalet; ALF 84) började gälla 1984. Där tillämpades ett system för fastställande av driftersättningar uteslutande baserat på förhandling. Ersättningsbeloppen fastställdes med beaktande av bl.a. antalet utbildningsplatser, fastställda utbildningsplaner och befintlig forskningsorganisation. ALF 84 var ett övergripande samarbetsavtal med

---

<sup>2</sup> Ds 1972:11

åtta ortsvisa avtal om läkarutbildning och forskning. Avtalet innebar att årliga förhandlingar skedde mellan staten genom Statens förhandlingsnämnd (SFN) och sjukvårdshuvudmännen, om bl.a. driftersättningar. Förhandlingarna var inte helt synkroniserade med den statliga budgetprocessen utan avtalen godkändes i särskild ordning av riksdagen.

I den proposition<sup>3</sup> som behandlade ALF 84 fanns resonemang kring frågan om beräkning av ALF-ersättningen som fortfarande är relevanta:

”För att kunna bedriva klinisk medicinsk forskning och läkarutbildning utnyttjar staten sjukvårdsorganisationen hos vissa sjukvårdshuvudmän. Systemet förutsätter och ger till resultat en långt gående samordning av sjukvård, forskning och utbildning. Staten betalar till de berörda sjukvårdshuvudmännen ersättningar, som avses svara mot de merkostnader dessa åsamkas genom att utbildning och forskning bedrivs tillsammans med sjukvård. Dessa ersättningar är dels driftersättning, dels investeringsersättning. Driftersättningen är således ett bidrag till sjukvårdshuvudmannens kostnader för sin sjukvårdsorganisation med hänsyn till att staten tar i anspråk resurser inom den löpande sjukvårdsverksamheten för att bedriva läkarutbildning och forskning. Den kan jämföras med en hyresersättning.

Att staten när det gäller läkarutbildning och forskning replierar på sjukvårdshuvudmannens resurser är en riktig princip. Läkarutbildningen måste ske i omedelbar anslutning till praktiskt bedriven sjukvård. Den kliniska medicinska forskningen har lika självklart sin plats mitt inne i sjukvården. Framgångarna inom den kliniska forskningen kan säkerligen tillskrivas just en sådan integration. Den starka integrationen mellan å ena sidan läkarutbildning och forskning, å den andra hälso- och sjukvården, medför emellertid svårigheter att reda ut var den ena verksamheten börjar och den andra slutar. Avtalsparterna har också undvikit att försöka dra upp mer eller mindre konstlade gränser mellan verksamheterna. Sålunda beräknas driftersättningen för närvarande mycket schablonmässigt. Ytterst har det varit en fråga om vid vilken ekonomisk nivå som parterna har kunnat komma överens.

---

<sup>3</sup> prop. 1984/85:28

Naturligtvis beräknas driftersättningen på grundval av antaganden om vilka faktiska merkostnader, som sjukvårdshuvudmannen drabbas av inom sin totala sjukvårdsorganisation på grund av att staten förlägger läkarutbildning och medicinsk forskning till organisationen. Utgångspunkten för båda parter är att överenskomna belopp skall utgöra en korrekt kompensation. Den starka integrationen medför emellertid att det inte är realistiskt att tro att man med någon form av alltför förfinade metoder kan fastställa vilka kostnader som just är förbundna med klinisk utbildning och forskning. Med hänsyn till de stora fördelarna med integrationen från samhällsekonomisk synpunkt bör man enligt min mening godta detta förhållande.

Av vad jag sagt framgår att förhållandena inom detta avtalsområde är speciella, framför allt på grund av den höga graden av integration mellan statlig och landstingskommunal verksamhet. Det är inte fråga om att betala ut statsbidrag till en verksamhet, som utförs av någon annan än staten.”

### **1.2.2 Statens ersättning för läkarutbildning och forskning i ALF-avtalet 1989**

Regeringen tillsatte en utredning 1988 i syfte att finna ett enkelt system som alternativ till då gällande systemet för driftersättning för utbildning som forskning. Önskemålet var att kunna skapa ett system där driftersättning ges i form av schablonbidrag, t.ex. per studerande och per högre forskartjänst. I den s.k. Sandgrenska utredningen<sup>4</sup> bedömdes att verksamhetens starkt integrerade karaktär inte gjorde det meningsfullt eller ens möjligt att med någon slags förfinad kostnadsanalys finna nya principer eller metoder för beräkning av kostnaderna. Utredningen tog under sitt arbete del av en betydande mängd underlagsmaterial för belysning av de merkostnader som är förknippade med att klinisk utbildning och forskning bedrivs inom hälso- och sjukvårdsorganisationen. Utredningen uppskattade att ersättningsbeloppen till sjukvårdshuvudmannen till ca 85 procent avsåg kompensation för forskningskostnader och till ca 15 procent för utbildningskostnader. Ersättningen var vid den tiden

---

<sup>4</sup> Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet; SOU 1989:29

inte formellt uppdelad på utbildning respektive forskning. Utredningen analyserade dåvarande ersättningar avseende storlek och fördelning mellan sjukvårdshuvudmännen och konstaterade att det saknades en säker grund för att förändra fördelningen av den totala ersättningen mellan landstingen/kommunerna.

Ett nytt ALF-avtal träffades 1989 (ALF 89), utifrån förslagen från den Sandgrenska utredningen<sup>5</sup>. Det nya ALF-avtalet 1989 innebar att bedrivandet av klinisk utbildning och forskning inom hälso- och sjukvårdsorganisationen och samrådsförfarandet i princip var oförändrade från föregående avtal. Landstinget skulle tillhandahålla ”personal, lokaler och utrustning samt övriga nyttigheter och annan service”. Frågor rörande vissa tjänster som professor, klinisk lärare, klinisk amanuens mm samt utrustning reglerades i ALF 89. Läkarutbildningens omfattning och inriktning grundades på det antal nybörjarplatser som fastställs av riksdagen samt på fastställda utbildningsplaner.

Den statliga ersättningen till landstingen skulle utgå i form av årliga driftersättningar. Utgångspunkten för beräkningar av ersättningarnas storlek och fördelning mellan landstingen fr.o.m. 1990 var de belopp som enligt gällande avtal 1987-03-17 utgick för 1989. Ekonomisk reglering av kostnadsnivåförändringar skulle huvudsakligen ske enligt de principer för pris- och löneomräkning, PLO, som gäller för anslagen till högskolan för forskning/forskarutbildning samt för grundläggande högskoleutbildning<sup>6</sup>. Ekonomisk reglering av volymförändringar i utbildningsorganisationen skulle ske med utgångspunkt från antalet tillhandahållna utbildningsplatser på läkarlinjen och andra berörda utbildningslinjer. Eventuella skillnader mellan utbildningarna vad gäller t.ex. utnyttjandegrad, examinationsfrekvens skulle inte beaktas. Ersättningen per tillhandahållen utbildningsplats<sup>7</sup> vid läkarlinjen var i 1989 års kostnadsläge 170 000 kronor.

---

<sup>5</sup> prop. 1989/90:90

<sup>6</sup> Ramanslag i statens budget räknas årligen upp som kompensation för prisförändringar i omvärlden. Denna så kallade pris- och löneomräkning (PLO) har funnits sedan 1990-talet och tar hänsyn till den allmänna prisutvecklingen för bland annat löner och hyror. Från kompensationen för löneutvecklingen görs ett avdrag, det så kallade produktivitetsavdraget, som ska avspegla att löneökningar i näringslivet till viss del möjliggörs genom produktivitetsförbättringar. På så sätt kompenseras för kostnadsökningar samtidigt som det läggs in ett effektivitetsbeting. (Ur Riksrevisionens rapport RiR 2022:2)

<sup>7</sup> Det är oklart vad man menade med en utbildningsplats. Den Samuelsonska utredningen (Ds 1972:11) utgick i sina beräkningar utifrån sju kliniska terminer.

Enligt prop. 1989/90:90 skulle driftersättningarna till berörda sjukvårdshuvudmän kalenderåret 1989 uppgå till 949 miljoner kronor. Härutöver tillkom investeringsersättningar om ca 70 miljoner kronor. De statliga driftersättningarna beräknades ”huvudsakligen avse kostnader för den kliniskt medicinska forskningen - ca 800 miljoner kronor”. Återstående medel, ca 150 miljoner kronor beräknades huvudsakligen avse den kliniska delen av läkarutbildningen m.fl. utbildningar som bedrivs inom ramen för hälso- och sjukvårdsorganisationen. Vid denna tid omfattade avtalet även utbildning av vissa andra yrkeskategorier, utöver läkare, inom hälso- och sjukvård.

### **1.2.3 Statens ersättning för läkarutbildning och forskning i ALF-avtalet 2004**

Staten tillsatte 2001 en förhandlare för ALF-avtalet, Bengt Norrving, som även skulle kartlägga hur medel fördelades per landsting samt göra en internationell utblick och beskrivning av hur andra länder ordnat/löst frågan. Bakgrunden var bl.a. att staten övertagit huvudmannaskap för vissa vårdutbildningar från landstingen och att staten sagt upp gällande ALF-avtal i december 1998. Utredning resulterade i en rapport<sup>8</sup> och förhandlingen ledde fram till att ett nytt ALF-avtal träffades 2003. Avtalet kompletterades med sex regionala avtal som tecknades under våren 2004.

Det nya avtalet (ALF 2004) innebar ett nytt system för ersättning för läkarutbildningen och medförde en viss resursförstärkning. Ersättningen till landstingens medverkan i grundutbildningen av läkare ökade mer än ersättningen till forskning. Någon omfördelning mellan landstingen skedde inte utan den ursprungliga fördelningen behölls vad gällde ALF-ersättningen för forskning. Den statliga ersättningen delades upp i två poster, en för grundutbildning av läkare och en för kliniskt inriktad medicinsk forskning. Grundutbildningsdelen skulle från 2007 fördelas efter antalet helårsstudenter och den totala ersättningen skulle bestämmas av det antal helårsstudenter som regeringen varje år i budgetpropositionen föreslår för riksdagen. Begreppet helårsstudenter hade inte tidigare använts men infördes som en konsekvens av de förändringar som

---

<sup>8</sup> ALF-avtalet Resurser Samverkan Fördelning; U2001/3698/UH

hade genomförts av resursfördelningssystemet inom alla universitet och högskolor<sup>9</sup>.

### 1.3 Nuvarande ALF-avtal, ALF 2015

Staten sa upp det från 2004 gällande ALF-avtalet 2009. Regeringen och berörda landsting kom i september 2014 överens om ett nytt ALF-avtal som började gälla den 1 januari 2015. Avtalet omfattar de sju regioner där läkarutbildning bedrivs och består i likhet med tidigare ALF-avtal av ett centralt avtal som kompletteras av regionala avtal.

I ALF 2015 etablerades begreppet universitetssjukvård, dvs. den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Det infördes återkommande utvärderingar av universitetssjukvården med högt ställda krav på kvalitet, vilket innebär att universitetssjukvården ska uppnå en viss miniminivå. Vidare har staten rätt att med omedelbar verkan säga upp ALF-avtalet gentemot ett landsting som uppvisar brister och inte når upp till den stipulerade miniminivån, och som inte åtgärdar bristerna inom en viss tid.

För att främja hög kvalitet på den kliniska forskningen infördes en ny kvalitetsbaserad resursfördelningsmodell från och med 2016. En viss procent av ersättningen för klinisk forskning utgår som ett grundbelopp till regionerna. År 2016 och 2017 utgjorde grundbeloppet 90 procent av ersättningen för klinisk forskning. Därefter har grundbeloppet minskat till 85 procent år 2018, och från och med 2019 utgör grundbeloppet 80 procent av ersättningen för klinisk forskning. Resterande andel har fördelats utifrån återkommande utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet (se avsnitt 1.3.5).

I enlighet med avtalet tillsattes under hösten 2014 en nationell styrgrupp för ALF med företrädare från staten och berörda regioner (vid denna tidpunkt landsting).

---

<sup>9</sup> Proposition om universitet och högskolor - frihet för kvalitet (prop. 1992/93:1) och proposition om högre utbildning för ökad kompetens (prop. 1992/93:169)



### 1.3.1 Centralt avtal

Det centrala ALF-avtalet är tecknat mellan svenska staten och Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget i Östergötland, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting. I avtalet överenskommer parterna om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Avtalet reglerar vidare statens ersättning för landstingens åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning, den så kallade ALF-ersättningen.

I avtalet definieras klinisk forskning som sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa. Vidare avses med universitetssjukvård i avtalet den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling. Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering och endast begränsade delar av hälso- och sjukvården kan utgöra universitetssjukvård. Samtidigt lyfter avtalet fram behovet av en bred samverkan som ska skapa möjligheter för alla aktörer att vidga tillgången till utbildningsmiljöer, tillgodose behovet av patientdata och trygga patienters deltagande och delaktighet i klinisk forskning och utbildning. Det fastslås också att regioner som ingår avtal med en privat vårdgivare ska säkerställa att utbildning och forskning kan utföras med hög kvalitet även hos den vårdgivaren. I ALF-avtalet 2015 infördes också bestämmelser om en partsgemensam nationell styrgrupp som ska följa avtalets tillämpning och vid behov föreslå justeringar i avtalet, samt lämna förslag på utformning och genomförande av utvärderingar och redovisningar (se avsnitt 1.3.3).

En utvärdering av universitetssjukvården ska enligt avtalet genomföras vart fjärde år. Struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling ska utvärderas i syfte att stödja universitetssjukvårdens utveckling. I utvärderingen ska fastslås en viss miniminivå som universitetssjukvården ska uppnå. Vidare ska

det i utvärderingen ges rekommendationer för vilka åtgärder som regionen i samråd med berört universitet ska genomföra om inte miniminivån för universitetssjukvård är uppfylld. Parterna bär gemensamt kostnaden för genomförandet.<sup>10</sup>

I syfte att främja hög kvalitet på den kliniska forskningen infördes en kvalitetsbaserad fördelningsgrund för en viss del av den årliga ersättningen för klinisk forskning i ALF-avtalet 2015. Resursfördelningen baseras på en utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet utifrån olika underlag och indikatorer inom tre domäner: den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, den genomförda forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta, samt forskningens förutsättningar<sup>11</sup>.

I enlighet med bestämmelserna i ALF-avtalet 2015 kom parterna år 2016 överens om en ny resursfördelningsmodell baserad på utvärderingen (se avsnitt 1.3.5). Från och med 2019 infördes en ny modell för resursfördelning baserad på utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet. Modellen innefattar expertbedömning av olika underlag och indikatorer såsom forskningens förutsättningar, den genomförda forskningens kliniska betydelse och en bibliometrisk utvärdering (se avsnitt 1.3.4).

### 1.3.2 Regionala avtal

En förutsättning för att det centrala avtalet ska gälla för en avtalslutande region är att regionen har ingått ett regionalt ALF-avtal med berört universitet. De regionala avtalen ska bygga på gemensamt utarbetade visioner och målsättningar för den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården och bland annat innehålla inrättande av ett gemensamt ledningsorgan för samarbete mellan region och universitet.

Även om de regionala avtalen utgår från de förhållanden som enligt det centrala avtalet ska regleras regionalt så finns stora skillnader i hur de olika regionerna fördelar och använder ALF-

---

<sup>10</sup> Socialstyrelsen fick i under 2016 i uppdrag att utvärdera universitetssjukvården (S2016/06247/FS)

<sup>11</sup> Vetenskapsrådet gavs år 2016 i uppdrag att utvärdera den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, samt att utvärdera den kliniska forskningens kvalitet avseende forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta samt forskningens förutsättningar (U2016/02935/F; U2016/04203/F)

ersättningen. Detta framgår av den sammanställning som gjorts av Universitetskanslersämbetet (tabell 1.1).

**Tabell 1.1 Vad får ALF-ersättningen användas till enligt de regionala ALF-avtalen**

<b>Region och universitet</b>	<b>Användning av ALF-medel</b>
Region Uppsala och Uppsala universitet	ALF-medel för utbildning ska i huvudsak finansiera handledning och färdighetsträning av läkarstuderande i öppen och sluten vård.
	ALF-medel för forskning får användas för infrastruktur, projekt, lokaler och personal. I verksamhetsplanen får anges vilka andra ändamål som ALF-medel för forskning får användas till.
Västra Götalandsregionen och Göteborgs universitet	Grundutbildning
	Forskningsprojekt, strategiska satsningar och återväxt
Region Västerbotten och Umeå universitet	Gemensamma kostnader inom forskning och utbildning, inklusive strategiska satsningar
	Sökbara forskningsmedel
Region Stockholm och Karolinska Institutet	Infrastruktur för klinisk forskning och klinisk utbildning
	Sökbara medel för klinisk forskning och för klinisk utbildning
	Aktivitetsfördelade medel till klinisk forskning
	Medel för klinisk utbildning
	Särskilda satsningar
	Utveckling av hälso- och sjukvården
Region Örebro och Örebro universitet	Nytt regionalt ALF-avtal från 2020-07-01 preciserar inte vad ALF-ersättningen ska gå till.
Region Östergötland och Linköpings universitet	Ny- och ersättningsinvesteringar för gemensam infrastruktur för klinisk forskning och läkarutbildning.
	Driftskostnader inom läkarutbildningen
	Forskningsprojekt
Region Skåne och Lunds universitet	Grundutbildning av läkare
	Övrig grundutbildning d.v.s. logopeder, fysioterapeuter och sjukhusfysiker
	Forskningsprojekt och forskningsutrymmen
	Innovativa små eller nystartade projekt
	Särskilda åtgärder, plattformar och reserv
	Sjukhusövergripande kostnader, infrastruktur och investeringar
Gemensam administration	

Källa: Universitetskanslersämbetet, PM om ALF-avtalet, 2022

ALF-ersättningen för klinisk forskning fördelas bl.a. i öppna utlysningar men även utifrån vissa uppställda indikatorer (såsom antal disputerade, publikationer, doktorander etc) eller till strategiska satsningar i regionen.

Det centrala ALF-avtalet tillåter också att medel avsedda för klinisk forskning kan användas för utbildning av läkare om det gemensamma ledningsorganet kommit överens om detta.

**Tabell 1.2 Bas för fördelning av ALF-ersättningen för forskning i olika ALF-regioner**

Region	Bas för fördelning av tilldelade medel (%)		
	Öppna ansökningar <sup>a</sup>	Indikatorer <sup>b</sup>	Strategiska satsningar <sup>c</sup>
Stockholm	50	47	3
Uppsala	42	36	22
Östergötland	50	15	35
Skåne	79	0	20
Västra Götaland	73	13	14
Örebro	70	0	<sup>d</sup>
Västerbotten	69	6	24

Källa: Vetenskapsrådet, Background report, ALF evaluation, 2022

<sup>a</sup> tjänster, projektmedel (helt öppet eller efter viss övergripande fördelning)

<sup>b</sup> kombinationstjänster, disputationer, doccenter, publikationer, extern finansiering

<sup>c</sup> strategiska områden, infrastruktur, core faciliteter, support

<sup>d</sup> uppgift saknas

### 1.3.3 Nationell styrgrupp för ALF

Enligt ALF 2015 ska det finnas en partsammansatt, nationell styrgrupp för ALF. Styrgruppen ska följa avtalets tillämpning och vid behov föreslå justeringar i avtalet. Styrgruppen ska också ange riktlinjer för utformning och genomförande av återkommande utvärderingar av universitetssjukvården, föreslå utformning och genomförande av återkommande utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet, samt utveckla en redovisningsmall i syfte att ge en samlad bild av resursanvändningen. I den senare ska det ingå en gemensam redovisning av vilka resurser utöver ALF-ersättningen som regioner och universitet kommit överens om att samarbeta

kring, och annat som parterna i den nationella styrgruppen kommer överens om ska redovisas.

### 1.3.4 ALF-ersättningen

I det centrala ALF-avtalet regleras hur ALF-ersättningen fördelas i form av ersättning för utbildning av läkare och ersättning för klinisk forskning. Staten lämnar ersättning för regionernas förmedverkan i den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare med en viss summa per helårsstudent. Denna summa fastställs i ALF-avtalet i 2015 års prisnivå och räknas om till löpande års prisnivå, på samma sätt som görs för anslagen till universitet och högskolor, med beaktande av besparingar eller utgiftsminskningar som riksdagen beslutar om. Ersättningen som lämnas för varje år bestäms av de medel som anslås av riksdagen och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår. ALF-ersättningen ska användas det år för vilket riksdagen beslutat om tilldelning. Medel som inte förbrukats under året ska återbetalas senast tre månader efter kalenderårets utgång.

I ALF-avtalet fastslås ett grundbelopp till respektive region för medverkan i den kliniska forskningen. I syfte att främja hög kvalitet på den kliniska forskningen infördes en kvalitetsbaserad fördelingsgrund för en viss del av den årliga ersättningen för klinisk forskning från och med 2016. Från och med 2019 fördelas 80 procent av ersättningen för klinisk forskning i form av ett grundbelopp. Grundbeloppet till varje region beräknas utifrån en bestämd procentuell andel av det totala grundbeloppet för regionerna. Resterande medel fördelas utifrån en expertbedömning av den kliniska forskningens kvalitet utifrån olika underlag och indikatorer inom tre domäner: den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, den genomförda forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta, samt forskningens förutsättningar. Den första utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet genomfördes 2017/2018 och den andra 2022/2023. Utgångspunkter för utvärderingen beslutas av den nationella styrgruppen för ALF. Staten genomför utvärderingarna och bär kostnaderna för genomförandet. Vetenskapsrådet gavs under 2016 i uppdrag att utvärdera den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, samt att utvärdera den kliniska forskningens

kvalitet avseende forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta samt forskningens förutsättningar<sup>12</sup>.

### 1.3.5 Resursfördelningsmodellen

I en överenskommelse mellan staten och de i ALF-avtalet ingående regionerna från 2016 enas parterna om en resursfördelningsmodell för fördelning av 20 procent av den årliga ALF-ersättningen för den kliniska forskningen. Syftet med den kvalitetsbaserade resursfördelningen är att stärka den kliniska forskningens kvalitet, öka dess kliniska betydelse och därigenom främja hälso- och sjukvårdens utveckling.

Den kvalitetsbaserade resursfördelningen har använts sedan 2019 och syftar till att lyfta fram och premiera goda exempel på regioner som utmärker sig nationellt inom olika områden och därmed kan vara förebilder för de andra regionerna så att det långsiktiga målet att lyfta hela nationens kliniska forskning på sikt kan uppnås. Modellen syftar även till att skapa förutsägbarhet för regionerna i deras långsiktiga planering av den kliniska forskningen.

Utvärderingen som ligger till grund för resursfördelningen sker i tre expertpaneler som utvärderar olika aspekter av den kliniska forskningen. De medel som ska omfördelas är den så kallade fördelningspotten på 20 procent av ALF-ersättningen för klinisk forskning som enligt ALF-avtalet ska fördelas utifrån den kliniska forskningens kvalitet och förutsättningar fördelas i enlighet med resursfördelningsmodellen utifrån (1) den vetenskapliga produktionens kvalitet, 50 procent av medlen, (2) forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta, 25 procent av medlen, och (3) forskningens förutsättningar, 25 procent av medlen. Expertpanelerna grupperar regionerna inom sitt respektive utvärderingsområde i tre kvalitetskategorier: Undermålig, God-hög, samt Mycket hög. Vetenskapsrådet som är utförande myndighet för utvärderingarna sammanställer panelernas resultat.

Den eller de regioner var kvalitet bedöms som undermålig tar inte del av panelernas fördelningspott. De regioner som bedöms ha en god-hög kvalitet får en garanterad tilldelning på minst 15 procent av regionens grundbelopp multiplicerat med panelens andel. Den eller

---

<sup>12</sup> U2016/02935/F; U2016/04203/F

de (minst 1, maximalt 3) regioner som bedöms hålla en mycket hög kvalitet får de medel som finns kvar fördelat utifrån storleken på grundbeloppet. Dock kan ingen region tilldelas en större summa än 40 procent av sitt grundbelopp multiplicerat med panelens andel.

## 2 Utredningsuppdraget

ALF-utredningen har haft i uppdrag att ta fram ett underlag inför en omförhandling av Avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF-avtalet). Uppdraget omfattar de områden som ingår i nuvarande ALF-avtal: utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Syftet med utredningen är att bistå staten med ett underlag till ett nytt avtal som långsiktigt bidrar till en läkarutbildning av hög kvalitet, internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning och utveckling av en kunskapsbaserad, effektiv och modern hälso- och sjukvård.

### 2.1 Behovet av en utredning

Det gällande ALF-avtalet trädde i kraft 2015. Förutsättningarna för de verksamheter som avtalet reglerar har på olika sätt ändrats sedan dess. Landstingen benämns numera regioner och enligt av hälso- och sjukvårdslagen är det huvudsakligen regioner som är huvudmän för hälso- och sjukvården. Staten är huvudman för läkarutbildning, utbildning på forskarnivå och för den forskning som bedrivs vid universitet och högskolor som omfattas av högskolelagen. Samarbetet mellan huvudmännen för hälso- och sjukvården och huvudmännen för läkarutbildning och forskning har under lång tid genomstrukturerats av ett gemensamt intresse och ansvarstagande för dessa verksamheter och samverkan har reglerats via ALF-avtal. Dessa avtal har under åren anpassats och uppdaterats då förutsättningarna för verksamheterna förändrats.



Utvecklingen har sedan det senaste ALF-avtalet slöts på olika sätt lett till ett förändrat landskap för såväl läkarutbildning som den kliniska forskningen.

Den nya läkarutbildningen som startade 2021 innebär att utbildningen nu motsvarar sex års heltidsstudier som ligger till grund för läkarlegitimation. Detta innebär att allmäntjänstgöringen (AT) tas bort som ett krav för läkarlegitimation. I stället införs en bastjänstgöring (BT) som en inledande tjänstgöringsdel i specialistutbildningen (ST). Ansvaret för läkarutbildningen ligger på staten och utbildningen finansieras genom statliga anslag till lärosätena och genom ersättningen för utbildning av läkare inom ramen för ALF-avtalet. Dimensionering och finansiering av AT, BT och ST ligger på regionerna. Möjligheten att genomföra klinisk utbildning i regionernas verksamheter är en förutsättning för läkarutbildningens genomförande, samtidigt som det ligger i regionernas intresse att bidra till utbildningen för att säkra kompetensförsörjningen av läkare till hälso- och sjukvården.

Förändrad demografi med en allt större andel äldre, digitalisering, en snabb kunskapsutveckling, förändringar i sjukdomspanoramata, nya möjligheter inom diagnostik och behandling, och förändrade vårdbehov är faktorer som på olika sätt förändrar hälso- och sjukvården och dess organisation. Det pågår en omställning till och vidareutveckling av den nära vården samtidigt som andra delar av vården koncentreras i allt större utsträckning. Inom den högspecialiserade vården har det skett en stark utveckling inom precisionsmedicin framför allt inom områden som cancer och sällsynta sjukdomar, och även inom andra områden pågår en utveckling för att i större utsträckning kunna ge vård och behandling som är anpassad efter den enskilda patientens unika förutsättningar. Alltmer vård utförs av privata vårdgivare vilket gjort att antalet vårdgivare ökat och att möjligheterna till samverkan om utbildning, forskning och utveckling komplicerats. Bristen på utbildad personal sätter också stor press på hälso- och sjukvården.

Flera aktörer har påtalat att utrymmet för att bedriva forskning och undervisning inom det dagliga sjukvårdsarbetet minskat och att det är svårt att avsätta tid för forskning. Det kliniska arbetet kräver att särskild kompetens, tid och resurser kan avsättas och i en hårt pressad hälso- och sjukvård blir undervisning, forskning och utveckling ofta nedprioriterat.

Både regioner och universitet har påtalat behovet av höjd ersättning för läkarutbildningen, eftersom man anser att den nya läkarutbildningen är underfinansierad i relation till den nuvarande ALF-ersättningen<sup>13</sup>. Vidare har Örebro universitet och Region Örebro län begärt att erhålla ersättning på samma nivå som övriga universitet som bedriver läkarutbildning<sup>14</sup>.

## 2.2 Målbild för ett nytt ALF-avtal

En omförhandling av ALF-avtalet ska långsiktigt säkerställa en klinisk utbildning av blivande läkare av hög kvalitet, en internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning och en kunskapsbaserad, effektiv och modern hälso- och sjukvård. Vidare ska ett nytt ALF-avtal bidra till ett förtroendefullt och framåtsyftande samarbete mellan stat och regioner, en god nationell samordning av klinisk utbildning av läkare, forskning och utveckling. Avtalet ska också säkerställa transparens och effektivitet i användning av de resurser som görs tillgängliga i samarbetet.

## 2.3 Utredningens genomförande

### 2.3.1 Utredningens arbete med uppdraget

ALF-avtalet omfattar komplexa och mångfacetterade frågor och det finns många aspekter som ska beaktas i ett nytt avtal. Utredningen har i sitt arbete beaktat tidigare utredningar, nuvarande ALF-avtal samt Vetenskapsrådets och Socialstyrelsens utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet respektive universitetssjukvården. Utredaren har i sitt arbete särskilt beaktat utvecklingen av hälso- och sjukvården och dess framtida kunskapsbehov. Vidare har utredningen inhämtat information om olika tidigare och pågående utredningar.

Utredningen har haft i uppdrag att särskilt analysera vissa frågor kopplade till ALF-avtalet och att göra bedömningar och ta fram

---

<sup>13</sup> U2020/05380

<sup>14</sup> U2021/03615

förslag utifrån målbilden för ett nytt ALF-avtal<sup>15</sup>. Ett fokus har varit analyser av kostnader och vinster för regionernas medverkan i den nya läkarutbildningen och hur kostnader bör fördelas mellan staten och regionerna, samt att tilldelade medel fördelas jämnt mellan de lärosäten som bedriver läkarutbildning med beaktande av deras olika geografiska förutsättningar.

Utredningen har också analyserat statens och regionernas finansiering av klinisk forskning och utveckling och ALF-ersättningens roll i forskningsfinansieringssystemet. Andra frågor har varit i vilken utsträckning ALF-avtalet möjliggör att ersättningen används, eller i större utsträckning särskilt bör användas, för forskning inom primärvård, finansiering av infrastrukturer eller internationell och europeiskt forskningssamarbete.

Vidare har utredningens analyser berört om det nuvarande ALF-avtalet fungerar ändamålsenligt och bidrar till klinisk forskning som är anpassad efter hälso- och sjukvårdens behov, samt om strategiskt viktiga områden bör inkluderas i ALF-avtalet.

Utredningens analyser och dialoger har resulterat i ett antal förslag för ALF-avtalets utformning såsom finansiering av utbildning av läkare och klinisk forskning inom ramen för ALF-avtalet och hur organisationen för ALF-avtalets genomförande ska vara utformad.

### 2.3.2 Dialoger och samråd

Utredningen har genomfört ett antal dialogmöten och inhämtat synpunkter från universitet och högskolor, universitetssjukhusen, regioner och andra berörda aktörer (se tabell 2.1). Frågor som har diskuterats rör främst kostnader för den nya läkarutbildningen och vilken forskning som ska finansieras med ALF-ersättningen. De sju berörda regionerna har också getts möjlighet att besvara några skriftliga frågor om planering av och budget för den kliniska delen av läkarutbildningen. Några aktörer har dessutom lämnat skriftliga inspel med synpunkter och förslag till utredningen. Utredaren har även deltagit vid konferensen InFuturum 2023 med deltagare från ledningarna vid Sveriges medicinska fakulteter och landets universitetssjukhus.

---

<sup>15</sup> U2022/02845

Tabell 2.1 Aktörer som har deltagit i dialoger med utredningen

Grupperingar	Aktörer
Grupper sammansatta av region och universitetsföreträdare	Samtliga ALF-regioners gemensamma ledningsorgan
	Nationella styrgruppen för ALF
Grupper med företrädare från flera regioner	Nationella samverkansgruppen forskning/life science
	Styrgruppen för nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård
	FoU-direktörsnätverket
	Centra för klinisk forskning i Sjukvårdsregion Mellansverige
Universitetsföreträdare	Sveriges Universitets- och högskoleförbund
	Dekaner vid medicinska fakulteter
	Karolinska institutet
Intresseorganisationer och branschföreträdare	Svenska Läkaresällskapets Utbildningsdelegation
	Svenska Läkaresällskapets Forskningsdelegation
	Sveriges Läkarförbunds utbildnings- och forskningsråd
	Samling för Allmänmedicinsk Forskning och Utbildning
	Astma och Allergiförbundet
	Psoriasisförbundet
	Läkemedelsindustriföreningen
Myndigheter	Vetenskapsrådet
	Socialstyrelsen



## 3 Ekosystemet för klinisk forskning och läkarutbildning

Hälso- och sjukvården utgör ett typexempel på ett komplext system. Komplexa system karaktäriseras av att de består av mångfaldiga, olika och sammanlänkade element som interagerar med varandra och omgivningen<sup>16</sup>. Den kliniska forskningen och delar av läkarutbildningen (klinisk praktik) bedrivs inom detta komplexa system och förändringar i hälso- och sjukvården har stor påverkan på förutsättningarna för universiteten att genomföra sina uppdrag att bedriva klinisk forskning och utbildning av läkare och annan vårdpersonal. Omvänt påverkar förändringar i universitetens uppdrag inom dessa områden hälso- och sjukvården.

### 3.1 Olika aktörer

#### Statliga universitet och högskolor

De statliga universiteten och högskolornas huvuduppgifter är utbildning och forskning. Inom ramen för dessa uppgifter ska de också samverka med det omgivande samhället och verka för att deras kunskap och kompetens kommer samhället till nytta. Av högskolelagen (1992:1434) framgår också att den akademiska friheten ska främjas och värnas. För forskningen gäller att forskningsproblem fritt får väljas, forskningsmetoder fritt får utvecklas och

---

<sup>16</sup> Begun, J. W., Zimmerman, B., Dooley, K., 2003. Health Care Organizations as Complex Adaptive Systems. S. M. Mick and M. Wytttenbach, *Advances in Health Care Organization Theory*, s. 253-288

forskningsresultat fritt får publiceras. Statliga universitet och högskolor är myndigheter under Utbildningsdepartementet<sup>17</sup>.

Sju svenska universitet har medicinsk fakultet och tillstånd att bedriva läkarutbildning. Dessa är Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Linköpings universitet, Lunds universitet, Umeå universitet, Uppsala universitet och Örebro universitet, som alla är statliga universitet under Utbildningsdepartementet och styrs av bestämmelserna i högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100). Samtliga sju omfattas tillsammans med berörda regioner av ALF-avtalet.

### Enskilda utbildningsanordnare

Enskilda utbildningsanordnare är lärosäten som drivs av andra huvudmän än staten, till exempel av företag, stiftelser eller föreningar. För enskilda utbildningsanordnare har gällande lagen (1993:729) om tillstånd att utfärda vissa examina. Utbildningen ska vila på vetenskaplig eller konstnärlig grund och på beprövad erfarenhet och bedrivs så att den i övrigt uppfyller krav som ställs på utbildning i första kapitlet högskolelagen. I övrigt gäller inte högskolelagen för dessa utbildningsanordnare. Forskning bedrivs i betydande omfattning hos enskilda utbildningsanordnare, till exempel vid Chalmers Tekniska Högskola, Handelshögskolan i Stockholm och Stiftelsen Högskolan i Jönköping, som alla är privaträttsliga forskningsutförare.

### Statliga myndigheter

Utöver universitet och högskolor har flera andra statliga myndigheter forskningsuppgifter inom ramen för sin ordinarie verksamhet. Dessa har en förordningsreglerad uppgift som omfattar forskning, t.ex. i förordningen (2013:1020) med instruktion för Folkhälsomyndigheten. Uppgiften att forska kan även regleras på annat sätt, t.ex. direkt i lag eller genom särskilda regeringsbeslut.

Dessutom kan flera myndigheter genom sina uppdrag ha direkt eller indirekt påverkan på förutsättningarna för den kliniska

---

<sup>17</sup> med undantag för Sveriges lantbruksuniversitet som är en myndighet under Landsbygds- och infrastrukturdepartementet

forskningen, exempelvis Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering.

## Statliga företag och stiftelser

Regeringskansliet förvaltar ett antal företag, hel- eller delägda av staten som på olika sätt stöder forskning. Statliga forskningsinstitut drivs ofta i myndighetsform. Exempel på sådana forskningsinstitut är Institutet för rymdfysik och Totalförsvarets forskningsinstitut. Det finns dock även forskningsinstitut som drivs i aktiebolagsform med staten som delägare helt eller delvis. Det statliga bolag som har närmast koppling till klinisk forskning är RISE (Research Institutes of Sweden) som är ett helägt statligt forskningsinstitut, som samverkar med universitet, näringsliv och samhälle för innovationsutveckling och hållbar tillväxt.

Det finns även ett antal stiftelser och andra organisationer som stöder forskning och som har bildats av staten eller som staten har inflyttande över. Till dem hör Chalmers Tekniska Högskola, Stiftelsen Högskolan i Jönköping, Östersjöstiftelsen, Stiftelsen för internationalisering av högre utbildning och forskning, Stiftelsen för kunskap och kompetensutveckling och Stiftelsen för strategisk forskning.

## Regioner

De svenska regionerna är självstyrande enheter med ett geografiskt ansvarsområde som motsvarar ett län. Regionerna ansvarar för bland annat hälso- och sjukvården, tandvård för barn och unga och regionalt utvecklingsansvar. Regionerna beslutar om hälso- och sjukvårdens dimensionering, organisering, bemanning, uppdrag och ersättning. Hälso- och sjukvården finansieras huvudsakligen av regionerna och kommunerna själva genom den särskilda beskattningsrätten, men finansieras till viss del även genom statliga bidrag och stimulansmedel i olika former och av patientavgifter.

I hälso- och sjukvårdsförordningen finns bestämmelser om att Sverige ska vara indelat i sex så kallade samverkansregioner för den hälso-och sjukvård som berör flera regioner. Samverkansregionerna



är Norra sjukvårdsregionen, Sjukvårdsregion Mellansverige, Stockholms sjukvårdsregion, Sydöstra sjukvårdsregionen, Västra sjukvårdsregionen och Södra sjukvårdsregionen. Inom varje samverkansregion finns det minst ett universitetssjukhus (region-sjukhus). Vid vård som är komplex eller sällan förekommande, och där det därför finns ett behov av att koncentrera vården för att vårdgivaren ska kunna upprätthålla kompetens, finns ett system för nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen leder arbetet med att identifiera den högspecialiserade vård som behöver koncentreras till 1–5 enheter i landet.

Sveriges regioner har sedan 2018 ett gemensamt nationellt system för kunskapsstyrning som syftar till att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap. Inom systemet finns 26 nationella programområden, uppdelade på diagnosområden. Det finns också sju nationella samverkansgrupper som har övergripande uppdrag inom utveckling, analys, uppföljning och kvalitet. Systemet ska göra det enklare att samordna kunskapsstöden som används i hälso- och sjukvården och leda till en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård av hög kvalitet. Nationell samverkansgrupp forskning och life science uppdrag är att beskriva och stärka forskningens roll inom kunskapsstyrningen, t.ex. genom att de nationella programområden i sina arbeten identifierar kunskapsluckor där ny forskning behövs. Systemet för kunskapsstyrning har däremot inget uppdrag att bedriva eller finansiera forskning.

Sveriges regioner och kommuner har genom hälso- och sjukvårdslagen krav på medverkan vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. Vidare ska regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete.

Sju svenska regioner är parter i ALF-avtalet. Dessa är Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen, Region Örebro län och Region Västerbotten. Övriga 14 regioner bidrar på olika sätt i den kliniska delen av läkarutbildningen och i klinisk forskning.

## Kommuner

Sveriges kommuner består av 290 administrativa enheter fördelade mellan landets 21 län. 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. Ansvaret omfattar också personer i bostad med särskild service (LSS-boenden) samt dagliga verksamheter som är reglerade i LSS (lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade). De flesta kommuner har också genom avtal övertagit ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Kommunerna har också visst ansvar för läkemedel och för habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning.

## Näringsliv

Företagen spelar en viktig roll i det svenska forskningssystemet, bland annat som finansiärer och utförare av forskning och utveckling. Enligt en rapport från Vetenskapsrådet<sup>18</sup> är det oftast inom teknikområden och de medicinska forskningsområdena som företag bedriver projekt. De näringsgrenar som investerar mycket i forskning och utveckling medverkar också ofta i vetenskapliga publiceringar och i offentligt finansierade projekt. Näringsgrenen farmaceutiska basprodukter och läkemedel är störst när det gäller företagens vetenskapliga publiceringar, och samverkan kring dessa publiceringar förekommer ofta med ALF-regionerna. Företagen uppger att forskningsinfrastrukturer, centrumbildningar och testanläggningar är viktiga för att möjliggöra dialog och utbyte mellan företagen och universitet och högskola.

Företagen inom life science-sektorn verkar främst inom läkemedel, biomedicin, bioteknik och medicinteknik. Enligt en rapport från Vinnova 2023<sup>19</sup> hade Sverige år 2020 drygt 51 700 anställda i ca 3 340 life science-företag, och antalet företag inom life science visar en stark tillväxt de senaste 10 åren. Även antalet anställda har ökat. Ökningen rör främst de små och medelstora företagen. Även nettoomsättningen i life science-sektorn har

---

<sup>18</sup> Företagen som finansiärer och utförare i det svenska forskningssystemet, 2022

<sup>19</sup> Statistik över svenska life science företag, Vinnova Rapport 2023:04



## **3.2 Sjukvården som arena för klinisk forskning och utbildning**

### **3.2.1 Delat ansvar för det svenska hälso- och sjukvårdssystemet**

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är ett delat ansvar mellan stat, region och kommun. Finansieringen kommer huvudsakligen från regionerna och kommunerna, genom den särskilda beskattningsrätten, men även från statliga bidrag och stimulansmedel i olika former. Hälso- och sjukvården finansieras till viss del även av patientavgifter. Regionerna och kommunerna beslutar om dimensioneringen och organiseringen av hälso- och sjukvården. De styr också över bemanning, uppdrag och ersättning till den egna verksamheten och till privata utförare med offentlig finansiering. Riksdagen ger ramarna för hälso- och sjukvården i form av lagstiftningen på hälso- och sjukvårdsområdet. Riksdagen beslutar också om generella och riktade statsbidrag till verksamheten. Flera statliga myndigheter bland andra Socialstyrelsen, Folkhälso-myndigheten, Inspektionen för vård och omsorg och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ansvarar för att ta fram föreskrifter, kunskapsstöd och statistik samt att göra uppföljningar och utvärderingar av hälso- och sjukvården. De ansvarar även för tillsyn, tillståndsprövning, hälsoekonomiska bedömningar och beslut om vad som ska ingå i högkostnadsskyddet. Regeringen tecknar årligen flera överenskommelser med Sveriges kommuner och regioner (SKR; som är en medlems- och arbetsgivarorganisation för samtliga kommuner och regioner). Överenskommelserna pekar ut riktning och finansiering inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i kommuner och regioner.

### **3.2.2 Förändringar i sjukdomspanoramata**

Under de senaste decennierna har det skett betydande förändringar i sjukdomspanoramata där vissa sjukdomar har minskat och andra ökat. Till exempel har antalet hjärtinfarkter minskat stadigt i Sverige. År 1990 var antalet fall ca 38 000, medan det år 2022 var ca 22 400

fall<sup>22</sup>. Omvänt har antalet nya fall per 100 000 invånare och år av cancer successivt ökat från ca 500 för män och 400 för kvinnor år 1970 till ca 700 för män och ca 600 år 2020<sup>23</sup>. Antalet vårdade inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård har under det senaste dryga decenniet ökat kraftigt i de yngre åldersgrupperna (<45 år), men legat väsentligen stabilt i de äldre åldersgrupperna (≥45 år), t.ex. ökade antalet vårdade kvinnor i åldersgruppen 18–29 år per 100 000 invånare och år från ca 4 500 år 2008 till drygt 8000 år 2022<sup>24</sup>.

För kroniska sjukdomar varierar också mönstret. Andelen med en diabetesdiagnos har ökat och data från Stockholms län<sup>25</sup> visar en ökning bland män från ca 6,1 procent år 2013 till 7,5 procent år 2021 och bland kvinnor från 4,4 procent till 5,5 procent<sup>26</sup>. För kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL) har prevalensen däremot minskat, och en studie i norra Sverige visade en minskning med 41 procent mellan 1994 och 2009<sup>27</sup>. Men även vid en oförändrad prevalens för en sjukdom innebär befolkningsökningen att det totala antalet personer som lever med sjukdomen i fråga ökar och därmed behovet av vård.

Prognosen för flertalet sjukdomar har under tidsperioden 1990–2019 förbättrats, bl.a. genom bättre diagnostik och behandling. Till exempel har 28-dagarsdödligheten efter att ha vårdats för hjärtinfarkt (alla åldrar) minskat från 28,4 procent till 9,9 procent mellan 1990–2022<sup>28</sup>; för bröstcancer har 5-årsöverlevnaden ökat från ca 80 procent till drygt 90 procent mellan 1990–2018<sup>29</sup>. Prognosen efter större kirurgiska ingrepp har också förbättrats, t.ex. efter kranskärlsoperation (koronar by-pass-operation) har 30-dagarsdödligheten halverats från drygt 2 procent under 1990-talet till ca 1 procent under tidsperioden 2018–2022<sup>30</sup>.

---

<sup>22</sup> Statistik om hjärtinfarkter 2022, Socialstyrelsen

<sup>23</sup> Statistik om nypptäckta cancerfall 2021. Socialstyrelsen

<sup>24</sup> [Psykisk hälsa och suicid i Sverige – Statistik om nuläge och utveckling fram till 2022 — Folkhälsomyndigheten \(folkhalso myndigheten.se\)](#)

<sup>25</sup> Det saknas säkra data på nationell nivå över utvecklingen över tid av prevalensen av diabetes, eftersom det inte finns något nationellt diagnosregister för primärvården till skillnad från slut- och specialistvård

<sup>26</sup> [Folkhälsorapport 2023 \(folkhalso rapportstockholm.se\)](#)

<sup>27</sup> Bakman H et al. Respi.Res 2020

<sup>28</sup> [Statistik om hjärtinfarkter - Socialstyrelsen](#)

<sup>29</sup> Statistik om bröstcancer. Socialstyrelsen, 2023-10-8807

<sup>30</sup> SWEDEHEART Årsrapport 2022

### 3.2.3 Ändrad demografi

Demografiska förändringar innebär utmaningar för hälso- och sjukvården. Mellan år 1990 och 2022 ökade antalet invånare i Sverige med drygt 22 procent från 8,6 miljoner till 10,5 miljoner<sup>31</sup>. Medellivslängden för män steg från 74,8 till 81,3 år och för kvinnor från 80,4 till 84,7 år<sup>32</sup>. Den ökande medellivslängden leder till en åldrande befolkning, och under samma period ökade antalet personer över 65 år från 1,5 miljoner till 2,1 miljoner (en ökning på mer än 40 procent) och antalet över 80 år från 0,4 miljoner till 0,6 miljoner (en ökning på nästan 60 procent). Eftersom prevalensen av många sjukdomar ökar kraftigt med åldern innebär det ökade antalet äldre i befolkningen automatiskt ett ökat antal patienter med dessa sjukdomar. Förbättrade behandlingsmöjligheter som leder till ökad överlevnad för många sjukdomar gör också att patienten kan leva med sin kroniska sjukdom under längre tid.

Samtidigt har det skett en betydande invandring till Sverige som också ställer nya och ökade krav på hälso- och sjukvården. Det kan t.ex. röra sig om att hantera brister i talad och skriven svenska eller i kulturell syn på sjukdomar. Det kan också handla om sjukdomar som varit ovanliga i en svensk kontext, men vanligt förekommande i vissa delar av världen (t.ex. thalassemi) och som svensk sjukvård nu måste lära sig diagnosticera och behandla. År 2022 var över 2 miljoner personer utrikes födda, vilket är 20 procent av befolkningen<sup>33</sup>. År 1990 var den siffran 9 procent. Samtidigt är det ännu bara ca var tionde person bland de utrikes födda som är över 70 år<sup>34</sup>.

I en rapport från SCB år 2023 presenteras en prognos för utvecklingen av Sveriges befolkning för åren 2023–2070. I rapporten antas en fortsatt ökande livslängd och att fler invandrar än utvandrar. I slutet av prognosperioden, år 2070, beräknas var femte person vara 70 år eller äldre i Sverige<sup>35</sup>. Som jämförelse var år 1990 bara knappt var åttonde person, och år 2022 var sjätte person, 70 år eller äldre<sup>36</sup>.

---

<sup>31</sup> [Sveriges befolkning i sammandrag 1960-2023 \(scb.se\)](#)

<sup>32</sup> [Medellivslängden i Sverige \(scb.se\)](#)

<sup>33</sup> [Utrikes födda i Sverige \(scb.se\)](#);

<sup>34</sup> [Inrikes och utrikes födda efter region, ålder och kön. År 2000 - 2023. PxWeb \(scb.se\)](#)

<sup>35</sup> SCB, Sveriges framtida befolkning 2023–2070, Demografiska rapporter 2023:2

<sup>36</sup> [Folkmängden efter region, civilstånd, ålder och kön. År 1968 - 2023. PxWeb \(scb.se\)](#)

### 3.2.4 Snabb kunskapsutveckling

Det sker en allt snabbare utveckling av kunskap och tekniska möjligheter inom det medicinska fältet. Detta gäller såväl förståelse av grundläggande biologiska mekanismer och sjukdomsmekanismer, som av diagnostiska metoder och evidensbaserade behandlingar. Som exempel ökade antalet publicerade vetenskapliga artiklar rörande diabetes (*diabetes mellitus*) från 5 619 år 1992 till 36 608 år 2022, för schizofreni (*schizophrenia*) var motsvarande ökning från 1 738 till 6 987. Inom diagnostikområdet ökade antalet artiklar inom genetisk diagnostik (*genetic diagnostics*) från 13 069 till 64 049 och för magnetkameraundersökning (*magnetic resonance imaging*) från 5 637 till 40 406 under samma tidsperiod<sup>37</sup>. Ett annat näraliggande exempel är det exceptionellt snabba framtagandet av vaccin mot SARS-CoV-2 efter utbrottet av pandemin årsskiftet 2019–2020.

### 3.2.5 Förändringar i sjukvårdens organisation och förändrade vårdbehov

Svensk hälso- och sjukvård har genomgått stora förändringar under de senaste 30 åren och allt talar för att hälso- och sjukvården kommer, och måste, fortsätta att förändras framöver. Behovet av förändringar betingas inte minst av den ovan beskrivna snabba kunskaps- och teknologiutvecklingen och förändringen av demografin. För att möta dessa förändringar pågår flera organisationsförändringar av hälso- och sjukvården. Omställningen till en god och nära vård syftar till att skapa en hälso- och sjukvård som tillhandahålls sammanhållet med utgångspunkt i patientens individuella behov och förutsättningar så att individens hela livssituation kan beaktas. Parallellt pågår en ökande specialisering och koncentration av vården för att kunna svara upp mot de ökade möjligheterna och förväntningarna på att erbjuda medborgarna avancerad vård och behandling, bl.a. genom införandet av nationell högspecialiserad vård. Digitaliseringen påverkar alla delar av hälso- och sjukvården och öppnar bl.a. upp för mer diagnostik och vård på distans. Dessa förändringar har stor påverkan på förutsättningarna att bedriva såväl klinisk forskning som läkarutbildning.

---

<sup>37</sup> [MEDLINE \(nih.gov\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

Det finns en långsiktig trend mot allt färre akutsjukhus i Sverige. Enligt en rapport från Myndigheten för Vårdanalys fanns det vid 90-talet början omkring 90 sjukhus som erbjöd akutsjukvård<sup>38</sup>. I dag finns det kvar knappt 70 akutsjukhus i Sverige, en minskning med drygt 20 procent. Många av de sjukhus som tidigare fungerade som akutsjukhus har i stället fått ett nytt uppdrag som närsjukhus med inriktning mot huvudsakligen planerad vård, inom exempelvis geriatrik. Antal sjukhusplatser per tusen invånare för somatisk och psykiatrisk vård har minskat från 3,27 år 2001 till 2,07, en minskning med 37 procent<sup>39</sup>. Under denna tidsperiod har minskningen av antalet vårdplatser skett till allra största delen inom den somatiska vården<sup>40</sup>.

Enligt statistiken från OECD hade Sverige år 2021 lägst antal vårdplatser på sjukhus per tusen invånare av jämförbara länder i västvärlden<sup>41</sup>. Omvänt är Sverige under perioden 2013–2021 ett av de länder som hade flest vårdplatser i långtids- och hemsjukvård per tusen invånare av jämförbara länder i Europa<sup>42</sup>. Statistiken illustrerar hur olika Europas länder organiserar sin hälso- och sjukvård. Enligt Socialstyrelsens riktvärden är antalet vårdplatser i vissa regioner i Sverige för lågt och behöver på kort sikt öka, samtidigt som regionerna behöver arbeta för att minska vårdplatsbehovet i relation till invånarantalet på sikt<sup>43</sup>.

Minskningen av vårdplatser har framför allt varit möjlig genom att det totala antalet vård dagar på akutsjukhus har minskat, detta trots att folkmängden samtidigt ökat. Enligt statistik från Socialstyrelsen gjordes under år 2022 totalt 1 379 000 inskrivningar i den slutna vården i Sverige, för vård av ungefär 827 000 individer. Det totala antalet vårdtillfällen i riket per år hade då minskat med nästan 14 procent sedan 2012 (en minskning med 218 000 vårdtillfällen), och antalet individer som skrevs in under ett år hade minskat med 12 procent (en minskning med 115 000 individer<sup>44</sup>). I en annan rapport från Socialstyrelsen 2023 redovisas utvecklingen i svensk

---

<sup>38</sup> Vårdanalys En akut bild av Sverige Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning, 2018:13

<sup>39</sup> <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm>

<sup>40</sup> Fakta om vårdplatser, SKR, 2022

<sup>41</sup> [Health at a Glance 2023 - OECD](#)

<sup>42</sup> [Statistics | Eurostat \(europa.eu\)](#)

<sup>43</sup> Socialstyrelsen, Riktvärden för beläggningsgrad och vårdplatser, 2023-5-8573

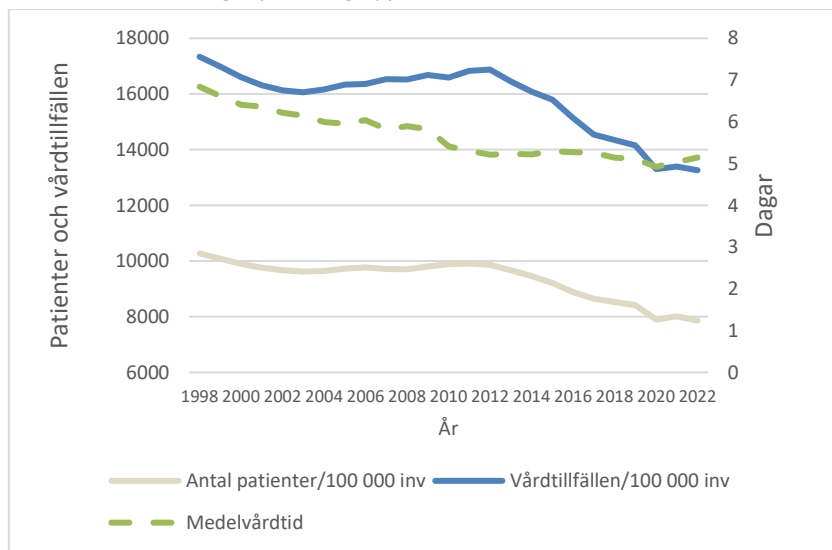
<sup>44</sup> Socialstyrelsen, På väg mot en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser, 2023-10-8814



sjukhusvård avseende somatisk slutenvård och specialiserad öppenvård<sup>45</sup>. Medelvårdtiden för somatisk slutenvård (exklusive geriatrik och psykiatri) var 3,9 dagar per vårdtillfälle år 2021. Samtidigt som sjukhusinläggningarna har minskat så har även medelvårdtiderna på sjukhus blivit kortare den senaste decennierna även om minskningen av medelvårdtiden ser ut att ha stannat av och legat på ungefär samma nivå de senaste åren (figur 3.1). Medelvårdtiden för all slutenvård på sjukhus i Sverige har minskat från 6,8 dagar år 1998 till 5,1 dagar år 2022<sup>46</sup>. Denna förändring förklaras huvudsakligen av nya metoder för utredning och behandling, samt en minskning i antalet vårddygn för utskrivningsklara patienter på sjukhus.

**Figur 3.1 Patienter i slutenvård 1998 – 2022.**

Utveckling mätt i antal patienter, vårdtillfällen per 100 000 invånare och medelvårdtid (vårdtid/antal vårdtillfällen) inom samtliga sjukdomsgrupper (ICD-10 SE)



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas, patientregistret<sup>47</sup>

I en rapport från SKR beskrivs att man har kunnat se en minskning av antalet vård dagar i alla åldersgrupper, men mest uttalat hos de allra äldsta. Skäl till minskningen som anges är den medicinska utvecklingen tillsammans med en generellt förbättrad folkhälsa.

<sup>45</sup> DRG-statistik 2021, 2023-1-8334

<sup>46</sup> Fakta om vårdplatser, SKR, 2022

<sup>47</sup> [Statistikdatabaser - Diagnoser - Val \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/statistikdatabaser-diagnoser-val)

Många hälsoproblem som tidigare krävde slutna sjukhusvård kan idag förebyggas eller skötas i öppna vårdformer. Väl genomarbetade vårdprocesser vid många diagnoser som t.ex. knä- och höftoperationer, hjärtinfarkt och stroke har lett till kortare vårdtider och därmed minskat behov av slutenvårdsplatser. Minskningen i antalet vårdplatser varierar dock stort för olika sjukdomsgrupper, mellan år 1999 och 2019 var minskningen särskilt uttalad (40 procent) för cirkulationsorganens sjukdomar, tumörsjukdomar samt sjukdomar i muskeloskeletala systemet och bindväven<sup>48</sup>.

### 3.2.6 Vård inom primärvård, öppenvård och distansvård

Som framgår av figur 3.2 har under tio-årsperioden 2011–2020 antalet läkarbesök per tusen invånare inom specialiserad öppenvård legat relativt konstant liksom besök på sjukhusens akutmottagningar (specialiserad slutenvård). Antalet besök per tusen invånare inom primärvård har däremot minskat och digitala vårdbesök ökat, även om man bortser från pandemiåret 2020<sup>49</sup>.

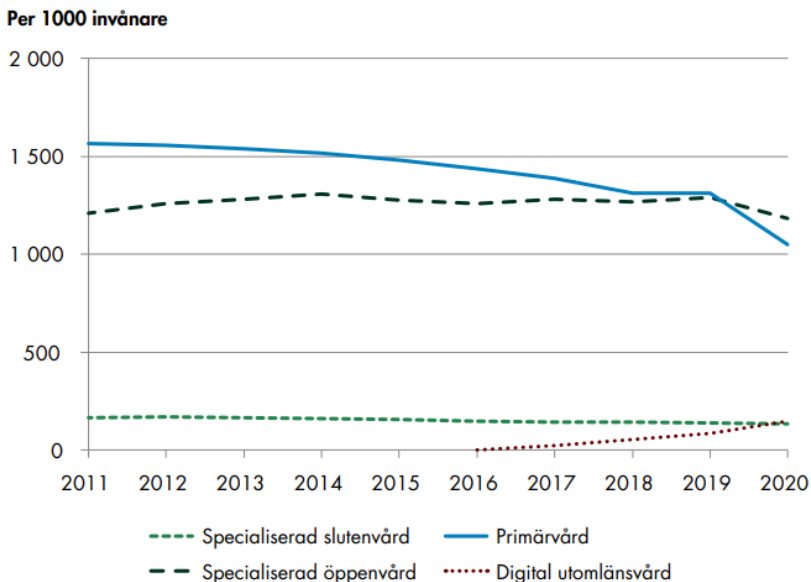
---

<sup>48</sup> Fakta om vårdplatser, SKR, 2022

<sup>49</sup> Vård och omsorgsanalys, Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet, PM 2022:3

**Figur 3.2 Läkarbesök inom olika vårdnivåer**

Läkarbesök i specialiserad somatisk vård, primärvård och digital utomlänsvård, per 1 000 invånare.



Källa: Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022. Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet, Vård och omsorgsanalys, PM 2022:3

Ett antal utredningar som syftat till att skapa ett effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården har lett till en pågående omställning av vården där primärvården förväntas kunna ta ett större ansvar för akuta vårdbehov och att vården ska organiseras nära befolkningen om det inte av kvalitets- eller effektivitetsskäl är motiverat att koncentrera vården<sup>50</sup>. Huvudprincipen är att vården ska ske i öppenvård och endast där så inte är möjligt ges som slutenvård. Sjukhusbunden slutenvård är en betydligt dyrare vårdform än öppenvård och ska koncentreras till de patienter och de åkommor som kräver sjukhusens specialiserade vård och teknik. Primärvården ska samspela med den specialiserade vården både på och utanför sjukhusen. Samtidigt har den digitala utvecklingen den senaste tiden medfört allt fler lösningar för att vårda patienter på distans. Den nya tekniken har medfört att såväl diagnostik som

<sup>50</sup> En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14); Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08); och Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01)

behandling och även mer specialiserad vård kan ges i eller närmare hemmet. Det finns förhoppningar om att omställningen mot en nära vård kommer att leda till att ett mer proaktivt arbetssätt tillämpas som gör att allt fler patienter kan få sina vårdbehov tillgodosedda i ett skede då de inte behöver resurserna på sjukhusens akutmottagningar och i förlängningen slutenvård. Att en stor och ökande del av vården förväntas ske inom öppna vårdformer påverkar förutsättningarna för såväl utbildning av läkare som forskning.

### **3.2.7 Regioner sluter i ökad utsträckning avtal med privata vårdgivare**

Hälso- och sjukvården i Sverige har lång tradition av offentligt huvudmannaskap. Det gäller såväl finansiering som utförande av vårdtjänster. Medan den offentliga finansieringen varit oförändrad under de senaste årtiondena, har driften i offentlig regi minskat och kompletterats med privat utförd vård. År 1990 stod offentligt finansierade vårdbesök inom vårdinrättningar drivna i egen regi av regionerna för den överväldigande majoriteten av alla vårdbesök, medan privata vårdinrättningar stod för endast en mindre del. Sedan dess har antalet privata vårdinrättningar ökat och blivit en allt vanligare del av den svenska sjukvården. Ökningen av privat driven vård har gått olika långt i olika delar av vården. Inom primärvården, delar av den specialiserade öppenvården, och viss medicinsk service har den privata andelen ökat kraftigt. Inom primärvården utfördes år 2021 ca 45 procent av läkarbesöken i privat regi, och för specialiserad psykiatrisk och somatisk öppenvård var andelen mottagningsbesök hos privatläkare 25 procent respektive 28 procent<sup>51</sup>. Utvecklingen skiljer sig dock markant mellan olika regioner. Den specialiserade sjukhusvården drivs däremot fortfarande till största delen i offentlig regi.

Utvecklingen med ett ökat inslag av privat driven vård har bl.a. motiverats med att verksamheterna kan drivas mer effektivt i enskild regi. Inom vissa områden väntas också förekomsten av privata alternativ och konkurrensutsättning leda till ökad effektivitet i de verksamheter som kvarstår i offentlig regi. Det är i huvudsak tjänster

---

<sup>51</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2021

med stor volym som utförs i privat regi, medan mer komplexa tjänster t.ex. inom specialistvården ofta kvarstår i offentlig regi<sup>52</sup>.

### 3.2.8 Digitalisering och ökat användande av hälsodata och AI

Dagens hälso- och sjukvård samt socialtjänsten, genererar stora mängder data och utvecklingen av digital teknik ihop med den vetenskapliga och teknologiska utvecklingen inom medicinen skapar möjligheter, men även utmaningar.

E-hälsomyndigheten konstaterar i en rapport från 2020 att de digitala läkarbesöken än så länge utgör en liten andel av läkarbesöken i primärvården, men att det är en växande företeelse. Den digitala primärvården slog besöksrekord 2019 då totalt 1,1 miljoner besök genomfördes digitalt vilket kan jämföras med ca 217 000 besök under 2017<sup>53</sup>. En annan trend är att användningen av digitala vårdtjänster riktade till patienter ökar och data om patienters hälsa samlas inte bara in av vården och omsorgen, utan även av forskare och av individer själva via exempelvis olika hälsoappar.

Digitaliserade hälsodata bedöms ha stor potential att bidra till en bättre och säkrare vård, ökad tillgänglighet och stärkt patientautonomi. Med hjälp av kraftfulla datorer och avancerad mjukvara kan uppgifter från stora mängder individer (så kallad "big data") analyseras för att hitta olika samband som kan ha betydelse för exempelvis förebyggande arbete, diagnostik och behandling. Analyser av detta slag bedöms också få en central roll för framtida metodutveckling och kvalitetssäkring inom vården. Detta skapar också möjligheter för en mer individbaserad vård, där behandlingen bättre anpassas efter varje patients specifika förutsättningar.

Med artificiell intelligens (AI) avses ofta datorprogram som kan utföra uppgifter som tidigare ansetts kräva mänsklig intelligens, såsom igenkänning av tal och bilder, översättning av språk, inläring, problemlösning och beslutsfattande. Utvecklingen på området går fort och i takt med att AI blir allt bättre på att göra förutsägelser, ökar förhoppningarna om att detta kan få en avgörande betydelse för den framtida hälso- och sjukvården. Forskning inom och utveckling av AI i hälso- och sjukvården pågår i dag inom en lång rad områden,

---

<sup>52</sup> Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi. Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys 2014:5

<sup>53</sup> E-hälsomyndigheten, Jämlik e-hälsa, Fokusrapport, Dnr: 2020/05075

från diagnostik och behandling till administration och medicinsk forskning.

Samtidigt innebär AI i hälso- och sjukvården flera betydande utmaningar, såväl av teknisk, juridisk som etisk art, vilka behöver uppmärksammas och hanteras. Det pågår många satsningar som syftar till att förbättra förutsättningarna för insamling, lagring, delning och tillgängliggörande av hälsodata. Utöver flera statliga offentliga utredningar pågår arbete med ett stort antal regeringsuppdrag hos olika myndigheter och satsningar inom ramen för den nationella kunskapsstyrningen.

### 3.2.9 Ökad specialisering och fokus på precisionsmedicin

När möjligheterna inom vården ökar genom forskning och tekniska framsteg och att den alltmer präglas av komplexa sjukdoms- och vårdförlopp med mer mångfacetterade behov ökar behovet av samordning, men också av nivåstrukturerad och fördelning av vården på olika specialiteter, vårdenheter och vårdgivare.

Särskilt inom kirurgiska specialiteter har det skett en utveckling där man samlar ingrepp med hög volym, t.ex. höftledsplastik eller operation av gråstarr, till separata enheter eller lägger ut verksamheten till privata utförare. För sällsynta tillstånd bedrivs det ett arbete inom ramen för Nationell högspecialiserad vård, med att koncentrera dessa verksamheter till ett fåtal enheter inom riket för att få tillräckliga volymer för att säkra vårdkvalitet och möjliggöra forskning.

Kunskapsutvecklingen innebär bland annat att sjukvårdens möjligheter att diagnostisera och behandla patienter ökar och blir mer effektiva, inte minst genom allt bättre, snabbare och billigare metoder för att kartlägga gener och hela arvsmassan<sup>54</sup>. I dag görs den här typen av genetiska kartläggningar framför allt vid sällsynta genetiska sjukdomar och vid cancer, men förväntas få ökad betydelse inom en rad andra sjukdomsområden. Denna utveckling har lett fram till skapandet av ett nytt begrepp, precisionsmedicin (även kallad individbaserad, personbaserad eller skraddarsydd medicin). Precisionsmedicin syftar till att ge patienter vård och behandling

---

<sup>54</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Genvägen till ökad precision - En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården, Rapport 2021:5

som är skraddarsydd efter patientens egna förutsättningar och behov, vilket kräver att hänsyn tas till både genetiska och icke-genetiska faktorer (ålder, kön, medicinska värden, levnadsvanor m.m.)<sup>55</sup>. Införandet av och utvecklandet av precisionsmedicin bygger också delvis på att stora mängder information om individer samlas in, struktureras och tillgängliggörs för olika aktörer. I regel handlar det om information av personlig och ofta känslig natur. Detta ställer höga krav på skyddet av självbestämmandet och den personliga integriteten<sup>56</sup>. Vidare ställer införandet av precisionsmedicin ökade krav på teknisk utveckling inom framför allt digitalisering samt på kompetensutveckling.

### 3.2.10 Förändringar i allmänhetens och patienternas förväntningar på sjukvården

Enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern 2022 anser merparten av invånarna i Sverige, 85 procent, att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver<sup>57</sup>. Samtidigt minskar förtroendet för hälso- och sjukvården i sin helhet, då 62 procent av invånarna svarar att de har ett mycket stort eller ganska stort förtroende, vilket är en minskning med 7 procentenheter jämfört med året innan. Andelen av invånarna som anser att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga har också minskat under samma tid, från 55 till 48 procent. En majoritet av invånarna, drygt tre av fyra, är positivt inställda till att använda 1177:s e-tjänster. Knappt hälften, 45 procent, av invånarna är positiva medan 31 procent är negativa till digital teknik för vård, konsultation och behandling. Drygt hälften, 56 procent, av invånarna är positivt inställda till större möjligheter att vårdas hemma, genom hembesök av vårdpersonal varvat med stöd av digital teknik.

---

<sup>55</sup> [Precisionsmedicin \(smer.se\)](https://smer.se)

<sup>56</sup> Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Genvägen till ökad precision - En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården, Rapport 2021:5

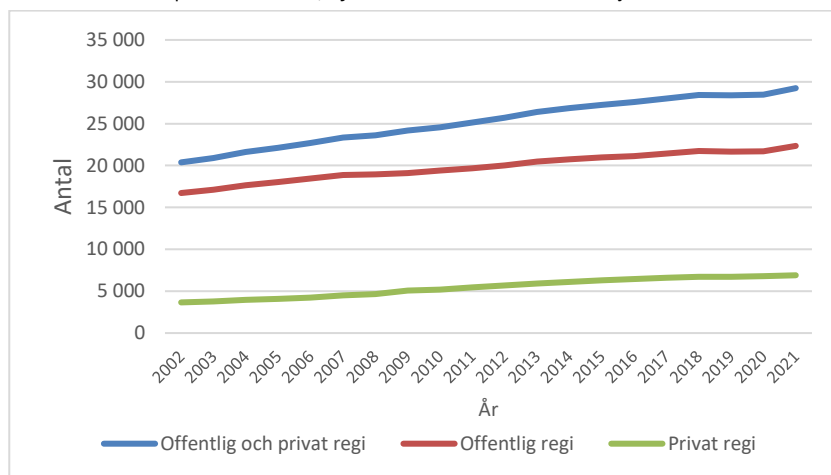
<sup>57</sup> [Befolkningens syn på hälso- och sjukvården 2022 \(vardenisiffror.se\)](https://vardenisiffror.se)

### 3.2.11 Ökning av anställda läkare

Enligt Socialstyrelsens statistik<sup>58</sup> fanns det år 2021 totalt ca 46 000 legitimerade läkare sysselsatta i Sverige, varav ca 35 000 i offentlig regi och ca 11 000 i privat regi. Antalet specialisläkare, såväl offentligt som privat anställda, har ökat kontinuerligt och med nästan 50 procent från 2002 (figur 3.3).

**Figur 3.3 Anställda specialisläkare 2002–2021**

Specialisläkare, sysselsatta inom hälso- och sjukvård



Källa: Socialstyrelsen, Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal<sup>59</sup>

Läkarförsörjningen påverkas av olika faktorer, bl.a. hur många läkare som examineras och legitimeras efter utbildning inom landet men även av hur många som legitimeras med utländska läkarutbildningar. Enligt data från OECD har Sverige en högre andel utlandsutbildade läkare än genomsnittet i OECD<sup>60</sup> (figur 3.4). Samtidigt är tillgången till personal med rätt kompetens avgörande för att säkra tillgången till vårdplatser och svårigheterna att rekrytera bedöms att tillta under kommande år<sup>61</sup>. Sverige ligger över EU-genomsnittet när det gäller antalet läkare och per invånare och år 2018 fanns det 4,3 läkare per tusen invånare (EU-genomsnitt: 3,9). Det är dock bara en av sju läkare i Sverige som är allmänläkare, så antalet allmänläkare per

<sup>58</sup> [Statistikdatabaser - Hälso- och sjukvårdspersonal - Val \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/statistikdatabaser-halso-och-sjukvardspersonal-val)

<sup>59</sup> [Statistikdatabaser - Hälso- och sjukvårdspersonal - Val \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/statistikdatabaser-halso-och-sjukvardspersonal-val)

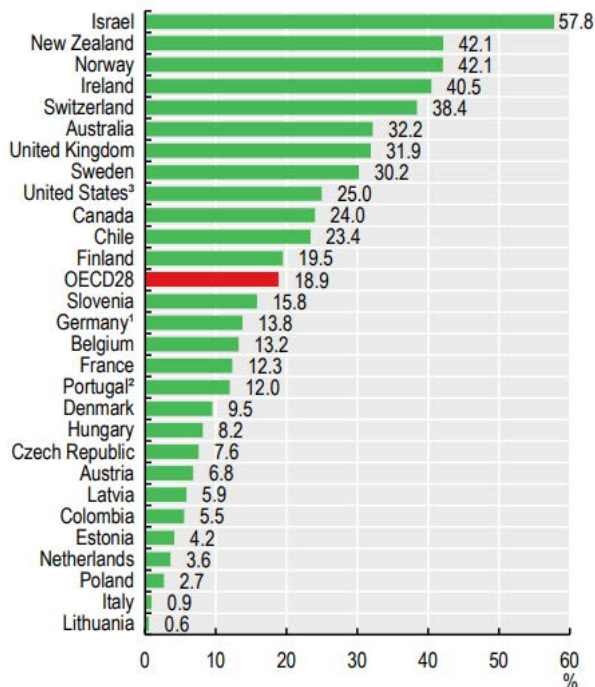
<sup>60</sup> [Health at a Glance 2023 - OECD](https://www.oecd.org/health-at-a-glance-2023/)

<sup>61</sup> Fakta om vårdplatser, SKR, 2022



invånare i Sverige (0,6 per tusen invånare) är lägre än EU-genomsnittet (nästan 1 per tusen invånare)<sup>62</sup>. Detta utgör en utmaning för den pågående omställningen mot nära vård.

Figur 3.4 Andel utlandsutbildade läkare inom OECD 2021



1. Data based on nationality (not on place of training); 2. Latest available data 2017. 3. Latest available data 2016.

Källa: OECD Health at a Glance 2023<sup>63</sup>

### 3.2.12 Prognoser för behov av läkare kommande år

Enligt Statistiska Centralbyrån (SCB) har läkarutbildningen sedan läsåret 2005/06 byggts ut med närmare 70 procent<sup>64</sup>. Störst var utbyggnaden av antalet nybörjarplatser läsåren 2007/08–2011/12. Antalet nybörjare på läkarutbildningen beräknas till ca 1 800 per år fram till 2035, vilket ger drygt 1 550 examinerade läkare i genomsnitt

<sup>62</sup> [Health equipment - Hospital beds - OECD Data](#)

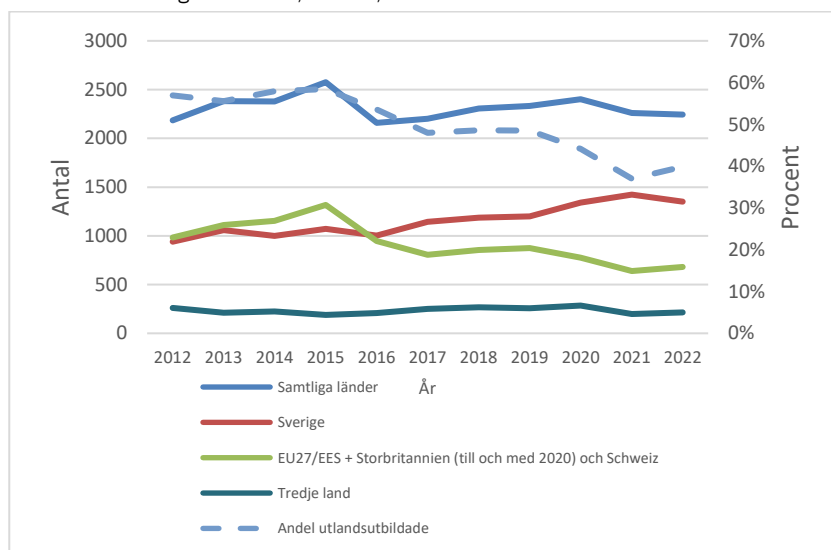
<sup>63</sup> [Health at a Glance 2023 - OECD](#)

<sup>64</sup> SCB – Trender och Prognoser 2020. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – med sikte på år 2035

per år. Till detta ska läggas en beräknad nettomigration på i genomsnitt närmare 400 läkare per år. En del av detta migrationsöverskott är tidigare boende i Sverige som studerat till läkare utomlands. Det är alltså betydligt fler läkare som legitimeras per år än de som examineras i Sverige. Men i takt med att läkarutbildningen i Sverige byggts ut (se avsnitt 3.3.1) har antalet nylegitimerade läkare i Sverige som fått sin läkarutbildning utanför Sverige minskat något, och är nu ca 40 procent av det totala antalet nylegitimerade (figur 3.5). Den största delen av de som utbildas utanför Sverige har fått sin läkarutbildning inom EU. En del av dessa utgörs av svenska medborgare som utbildat sig utomlands. Enligt statistik från CSN var det ca 2 400 personer som studerade medicin i utlandet läsåret 2022/23, varav merparten i Europa.

**Figur 3.5 Nylegitimerade läkare med utbildning i Sverige och utomlands**

Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Utfärdade legitimationer, Läkare, Båda könen



Källa: Socialstyrelsen, legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Utfärdade legitimationer<sup>65</sup>

Den kraftiga utbyggnaden av läkarutbildningen tillsammans med ett fortsatt inflöde från utlandet och en måttlig pensionsavgång ger en

<sup>65</sup> [Statistikdatabaser - Legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal – Utfärdade legitimationer - Val \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/statistikdatabaser-legitimerad-halso-och-sjukvardspersonal-utfardade-legitimationer-val)

beräknad tillgångsökning på ca 30 procent fram till år 2035<sup>66</sup>. Efterfrågan beräknas under samma period öka med mellan 20 och 25 procent. Denna utveckling beror enligt SCB framför allt på den väntade befolkningstillväxten samt att andelen äldre i befolkningen växer, vilket ökar behovet av läkare inom hälso- och sjukvården. Sammanfattningsvis beräknas tillgången på läkarutbildade öka i ungefär samma takt som efterfrågan. Dagens arbetsmarknadsläge väntas därmed vara relativt oförändrat på sikt, förutsatt att invandringsöverskottet av utbildade läkare ligger kvar på ungefär dagens nivå. Enligt SCB kommer det att råda ett varierat arbetsmarknadsläge 2035 för läkarutbildningen. Ett varierat arbetsmarknadsläge är en situation där arbetsgivarnas svar i Arbetskraftsbarometern inte är entydiga, utan varierar i stor omfattning mellan god tillgång, balans och brist. Det kan tyda på regionala skillnader, eller skillnader mellan olika utbildningsinriktningar.

Flera andra myndigheter och organisationer arbetar med bedömningar av hur det framtida behovet av läkare ser ut. Socialstyrelsen tar fram ett planeringsstöd rörande framtida behov av hälso- och sjukvårdspersonal. Den senaste rapporten är från februari 2023<sup>67</sup>. Samtliga regioner rapporterade om brist på läkare med specialistkompetens. Samtidigt varierar personalbristen mellan de 63 olika läkarspecialiteterna. En majoritet av regionerna rapporterade att de hade brist på personal inom 18 basspecialiteter. Flest regioner rapporterade om brist på specialister inom radiologi, allmänmedicin, barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri.

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning<sup>68</sup>. Det är Nationella vårdkompetensrådet som kommer att utarbeta förslaget till plan, som bland annat ska innehålla förslag på vilka insatser som kan behövas för att förbättra personalförsörjningen. I uppdraget ingår att göra en nationell kartläggning av behovsläget nu och framgent av hälso- och sjukvårdspersonal samt ge förslag på vilka insatser för befintlig och ny vårdpersonal som kan behövas för att förbättra personalförsörjningen inom hälso-

---

<sup>66</sup> SCB – Trender och Prognoser 2020. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – med sikte på år 2035

<sup>67</sup> Socialstyrelsen, Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård, Nationella planeringsstödet 2023

<sup>68</sup> Uppdrag att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256)

och sjukvården. Uppdraget omfattar såväl offentliga som privata vårdgivare. En slutredovisning av uppdraget ska lämnas till Socialdepartementet senast den 31 maj 2024.

Sveriges Kommuner och Regioner gör återkommande personalprognoser för personal i välfärden; den senaste 2022 avseende utvecklingen mellan år 2021 och 2031<sup>69</sup>. När det gäller läkare beräknas den demografiska utvecklingen leda till att antalet läkare skulle behöva öka med omkring 3 500 anställda (en ökning med 9 procent) samtidigt som drygt 6 500 läkare går i pension under perioden. Detta ger ett ökat behov av ca 10 000 läkare, från ett utgångsläge (2021) där antalet anställda läkare uppgår till ca 40 400 (inklusive privata utförare).

### 3.2.13 Trender och prognoser för annan hälso- och sjukvårdspersonal

I de bedömningar av behoven för sjukvårdens kompetensförsörjning som utredningen tagit del av bedöms behovet av sjuksköterskor som särskilt stort. I en pilotstudie i SCB:s Arbetskraftsbarometern uppskattades hösten 2020 bristen på grundutbildade sjuksköterskor till ca 2 500 personer. Bristen på specialistutbildade skattades till drygt 3 000, varav nära hälften gällde distriktssköterskor. SCB uppskattar i sin prognos för 2035 att tillgången på grundutbildade sjuksköterskor, med nuvarande utbildningsdimensionering, ökar i nästan samma takt som efterfrågan, och dagens bristsituation väntas därmed kvarstå under prognosperioden. För specialistsjuksköterskor bedömer SCB att det finns en risk för tilltagande brist på sikt, då tillgången, med nuvarande utbildningsdimensionering, beräknas vara relativt oförändrad samtidigt som efterfrågan väntas öka<sup>70</sup>. Bristen på sjuksköterskor riskerar att hämma särskilt den patientnära kliniska forskningen, men även det verksamhetsintegrerade lärandet för läkarstudenter.

---

<sup>69</sup> Sveriges Kommuner och Regioner, Välfärdens kompetensförsörjning, Personalprognos 2021–2031 och hur välfärden kan möta kompetensutmaningen 2022

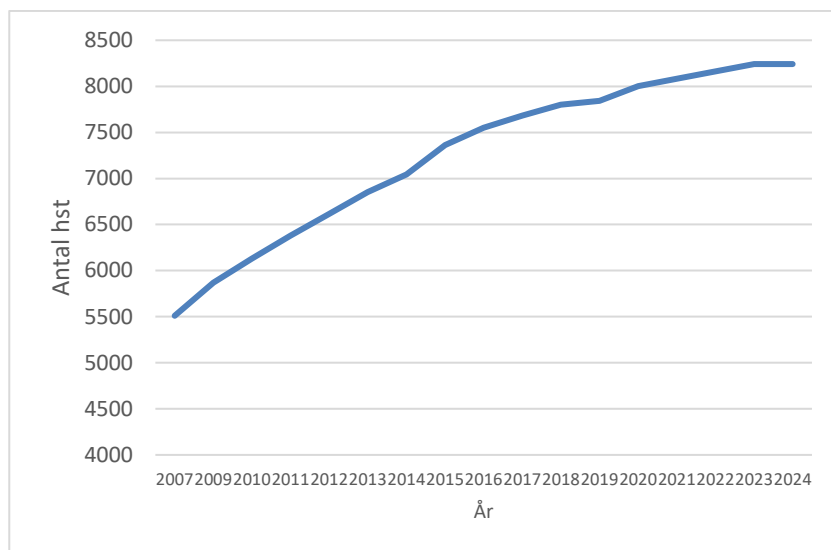
<sup>70</sup> SCB – Trender och Prognoser 2020. Befolkning, utbildning, arbetsmarknad – med sikte på år 2035

### **3.3 Universitetens förutsättningar att bedriva läkarutbildning**

Läkarutbildningen genomgår stora förändringar när en ny 6-årig läkarutbildning införs (se avsnitt 3.3.8). Antalet platser på läkarutbildningen har dessutom ökat väsentligt under de senaste 15 åren, vilket har lett till att alla delar av sjukvården nu måste nyttjas för den kliniska delen av utbildningen.

#### **3.3.1 Utbyggnad av läkarutbildningen**

Riksdagen tar årligen ställning till hur många nya läkare som anses behöva utbildas i Sverige. I budgetpropositionen för 2024 anges att antalet helårsstudenter på läkarutbildningen förväntas vara minst 8 242. De senaste 15 åren har det skett en stor utbyggnad av läkarutbildningen i Sverige. Antalet lärosäten som bedriver läkarutbildning har också ökat i och med att Örebro universitet fick examenstillstånd för läkare år 2011. Antalet helårsstudenter som staten ersätter har ökat med nästan 50 procent mellan 2007 och 2023 (figur 3.6). Utbyggnaden av läkarutbildningen har inneburit att landets hela hälso- och sjukvård behöver tas i anspråk för att klara utbildningens behov. Detta skiljer sig stort från hur förutsättningarna för utbildningen var när ALF-avtalet 1984 tecknades. ALF 1984 reglerade vilka så kallade upplåttna enheter inom sjukvårdsorganisationen som ingick i avtalet och dit tjänster för utbildning och forskning skulle knytas.

**Figur 3.6** Antal helårsstudenter enligt budgetpropositionen 2007–2024

Källa: Statens budgetproposition för åren 2007–2024<sup>71</sup>

I den läkarutbildning som bedrivs i dag har därför samtliga ALF-regioner avtal med andra regioner eller med privata aktörer om samarbete kring den verksamhetsförlagda utbildningen. I ALF-regionerna Västerbotten och Östergötland har dessutom en del av utbildningen förlagts till andra regioner. Syftet med till denna ”regionalisering” är att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning i dessa andra regioner men också att vidga basen för den kliniska utbildningen. De merkostnader som därigenom uppstår bärs av ALF-regionerna, främst universiteten, men i viss utsträckning också av de mottagande regionerna. Merkostnaderna kan bl.a. handla om kostnader för lärare (universitetsanställda) och handledare (regionanställda) men också för undervisningslokaler, utrustning, resor, bostäder för studenterna etc.

### 3.3.2 Statens finansiering av läkarutbildningen

Staten finansierar läkarutbildningen på två olika sätt, dels genom de medel som anslås till universiteten för utbildningar på grund och avancerad nivå (fakultetsmedel), dels via ALF-systemet där staten

<sup>71</sup> [Budgetförslag per budgetår - Regeringen.se](#)

lämnar ersättning för regionernas medverkan i den kliniska delen av läkarutbildningen, vilket bl.a. innebär att ställa lokaler, personal och andra resurser till förfogande.

Resurstilldelningen för utbildning på grundnivå och avancerad nivå beslutas årligen av riksdagen och är helt prestationsbaserad och beräknas dels utifrån antalet registrerade studenter, dels utifrån det antal högskolepoäng som studenterna presterar, så kallade helårsprestationer. Ett så kallat takbelopp anger den maximala ersättning som universitetet kan få för att utbilda studenter. För medicinskt utbildningsområde uppgick ersättningsbeloppet för budgetåret 2024 till 71 854 kronor per helårsstudent och 87 400 kronor per helårsprestation

Resurstilldelningen via ALF-systemet regleras av ALF-avtalet, som är ett avtal mellan staten och de sju regioner som har ett regionalt avtal med ett lärosäte där det bedrivs läkarutbildning. I avtalet överenskommer parterna om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (se avsnitt 1.3.1). Avtalet reglerar vidare statens ersättning för regionernas åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning, den så kallade ALF-ersättningen. Ersättningen som lämnas för varje år bestäms av de medel som anslås av riksdagen. Staten lämnar ersättning till regionerna för medverkan i det verksamhetsintegrerade lärandet inom ramen för läkarutbildningen med ett i ALF-avtalet fastslaget belopp per helårsstudent och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår. Ersättningsbeloppen till regionerna räknas om till löpande års prisnivå med beaktande av besparingar eller utgiftsminskningar som riksdagen beslutar om på samma sätt som görs för anslagen till universitet och högskolor.

### **3.3.3 Kostnader för den kliniska delen av den 5,5-åriga läkarutbildningen**

Analys av kostnaderna för regionernas medverkan i den kliniska delen av läkarutbildningen i denna utredning utgår från tidigare utredningar och de data som finns tillgängliga i regionerna och hos lärosäten och myndigheter.

Universitetet och regionens sjukvårdsverksamhet samverkar i den kliniska delen av utbildningen och kostnaderna för de kliniska terminerna delas mellan dem och täcks därmed av fakultetsmedel

respektive ALF-ersättning. Den sista ordinarie terminen av läkarutbildningen enligt de äldre bestämmelserna ges vårterminen 2026. Denna utbildning spänner över elva terminer och omfattar 330 högskolepoäng. För att erhålla läkarlegitimation måste läkaren fullgöra praktisk tjänstgöring, s.k. allmäntjänstgöring (AT), under minst 18 månader. Utbildningen är olika upplagd på de sju lärosätena, men grovt sett är fyra terminer huvudsakligen basvetenskapligt inriktade med mindre kliniska inslag och därmed verksamhetsintegrerat lärande (VIL) inom hälso- och sjukvården. Dessa kliniska inslag kan skattas motsvara en knapp termin totalt. Därutöver ingår en termin med examensarbete utan inslag av VIL. De återstående sex terminerna är i huvudsak kliniska, vilket gör att sammantaget motsvarande ca 7 terminer kan sägas vara kliniska med stora inslag av VIL inom hälso- och sjukvården. Denna uppskattning av det kliniska inslaget gjordes redan i en utredning redan på 1970-talet<sup>72</sup>, men anses gälla för den 5,5-åriga läkarutbildningen än i dag.

Det är genuint svårt att identifiera och separera kostnader mellan universitet och regioner i en verksamhet där såväl studenter som lärare/handledare rör sig mellan vård, utbildning och forskning och där man nyttjar de två olika organisationernas tjänster och lokaler m.m. Kostnadsbasen blir mycket svår att definiera, gränserna svåra att dra och det finns också nära kopplingar till kostnader för forskning.

Det är också genuint svårt att via redovisningen försöka beräkna kostnader både inom regionerna och universitetet eftersom redovisningssystemen är olika och varken anpassade för detta eller helt jämförbara. Staten och regionerna har olika system. Regionerna har också sinsemellan skillnader i sitt sätt att redovisa, vilket blev tydligt när den nationella styrgruppen för ALF försökte men misslyckades med att skapa en gemensam redovisningsmall i syfte att ge en samlad bild av resursanvändningen för ALF-ersättning enligt uppdraget i ALF-avtalet 2015. Utöver redovisningsskillnader förekommer också ”köp” av tjänster mellan lärosätena och regionerna, vilket ytterligare komplicerar saken.

Som nämnts ovan har också frågan om kostnader för läkarutbildningens kliniska delar varit föremål för flera utredningar tidigare. Problemen med denna typ av kostnadsanalyser i integrerade

---

<sup>72</sup> PM med utredning av frågor av betydelse för samarbetet mellan stat och kommun beträffande de kommunala undervisningssjukhusen (Ds 1972:11)



verksamheter har då framhållits, liksom vikten av att det till syvende och sist handlar om ett gemensamt intresse och ett gott samarbete mellan de berörda aktörerna kring t.ex. styrning och uppföljning.

### **Analys av kostnader i den Samuelsonska utredningen**

Den mest genomgripande kostnadsanalysen gjordes av den s.k. Samuelsonska utredningen<sup>73</sup>. Efter en mycket noggrann analys och beskrivning av kostnadsbilden för klinisk utbildning och forskning sammanfattades den totala kostnaden för en utbildningsplats vid läkarlinjen (i 1973 års penningvärde) till ca 105 000 kr, avseende de sju kliniska terminerna (Motsvarar ca 15 000 kr per utbildningsplats och klinisk termin). Kostnaderna beräknades utifrån en omfattande genomgång av de olika momenten i utbildningen och vilka krav de ställer på undervisnings- och förberedelsetid för olika lärarkategorier samt vilka omkostnader som följer av behoven av stöd- och kringresurser, t.ex. lärarassisterande personal och material. Däremot beräknades inga särskilda kostnader för lokaler. Beräkningarna byggde delvis på ett exempel från en medicinklinik på Sahlgrenska sjukhuset och stämde av mot en tidigare kostnadsanalys (Klinikutredningen). Den beräknade kostnaden per student på ca 15 000 kr per klinisk termin låg till grund för de avtal som träffades mellan huvudmännen under perioden 1974–83.

### **Analys av kostnader i den Sandgrenska utredningen**

Den Sandgrenska utredningen<sup>74</sup> gjorde vissa analyser av kostnader och kostnadsskillnader mellan sjukhus med och utan utbildning och forskning. Genom Landstingsförbundet gjordes bl. a ett antal olika jämförelser för att om möjligt med befintlig statistik belysa skillnader mellan undervisningssjukhus m.fl. sjukhus som kan härledas till förekomsten av samarbetet kring klinisk utbildning och forskning. Utredningen konstaterade dock:

”Verksamhetens starkt integrerade karaktär gör det således enligt utredningens mening ej meningsfullt eller ens möjligt

---

<sup>73</sup> PM med utredning av frågor av betydelse för samarbetet mellan stat och kommun beträffande de kommunala undervisningssjukhusen (Ds 1972:11)

<sup>74</sup> Samarbete kring klinisk utbildning och forskning inför 90-talet (SOU 1989:29)

att med någon slags förfinad kostnadsanalys finna nya principer eller metoder för beräkning av kostnaderna. Utredningen konstaterar t.ex. att det mycket ambitiösa arbete som bedrevs 1971–72 i den s.k. Samuelsonska utredningen (Utredning S) ej ledde till någon mer betydande förändring av ersättningsbeloppen. Den stabilitet som nu uppnåtts kring ersättningsbeloppens storlek och fördelning bör enligt utredningen emellertid kunna leda till en förenkling av nuvarande ordning för fastställande av driftersättningar.”

I ALF-avtalet 1989 fastställdes att den ekonomiska regleringen för den kliniska utbildningen skulle schabloniseras och grundas på det antal nybörjarplatser som fastställs av riksdagen samt på fastställda utbildningsplaner. Detta belopp var 170 000 kronor per utbildningsplats på läkarlinjen i 1989 års kostnadsläge. Detta motsvarar ca 24 000 kronor per klinisk termin.

### **Analys av kostnader i Norrvings utredning**

Regeringen beslutade år 2001 att utse en förhandlare med uppdrag att förhandla fram och – med förbehåll för regeringens godkännande – sluta överenskommelse med sjukvårdshuvudmännen om ett nytt system för ersättning för vissa kostnader i samband med läkar- och tandläkarutbildningen samt medicinsk och odontologisk forskning. I förhandlarens uppdrag ingick även att göra en kartläggning av hur de statliga medlen fördelades och användes. Förhandlaren Bengt Norrving lämnade 2002 en rapport<sup>75</sup> där det bl.a. beskrivs att läkarutbildningens andel av ALF-ersättningen medel för år 2001 varierade väsentligt mellan de olika ALF-regionerna (från 15 procent till 44 procent). I rapporten konstaterades också att det är komplicerat att komma fram till en enhetlig definition av vad klinisk utbildning i detalj innebär. Följande exempel ges:

”Studenten kan befinna sig i landstingets lokaler på en föreläsning som ges av t.ex. en klinisk universitetsanställd lektor. Föreläsningen kan ges av en landstingsanställd läkare i landstingets lokaler. Studenten är närvarande vid ronder, operationer eller poliklinisk mottagning. En klinik kan under kortare eller längre tid vara helt planerad efter

---

<sup>75</sup> ALF-avtalet Resurser Samverkan Fördelning (U2001/03698)

undervisningens behov, där patienterna handläggs av studenter under handledning av landstingsanställd/a läkare. Spännvidden är stor och graden av handledning varierar. Utredningen anser osäkerheten i uppgifterna om omfattningen av den kliniska delen av läkarutbildningen vara stor och avstår därför från uppgifter i denna fråga.”

Utgångspunkten för beräkning av ALF-ersättningen för utbildningen av läkare var i ALF-avtalet 2004 dimensioneringen av utbildningen i budgetpropositionen. För åren 2004–2006 anges en ersättning för varje avtalsslutande landstings medverkan i grundutbildningen av läkare. Från och med 2007 anges i avtalet att ersättningen för landstingets medverkan i grundutbildningen av läkare ska vara 63 500 kronor per helårsstudent och att den totala ersättningen bestäms av det antal helårsstudenter som anges i budgetpropositionen.

### **Kostnader enligt Region Skånes kalkylmodell**

En modell för att beräkna kostnaderna för den kliniska delen av läkarutbildningen har utvecklats i Region Skåne<sup>76</sup>. Modellen, som funnits sedan 2018, har där använts för att fördela medel till olika verksamheter som har klinisk läkarutbildning i sitt uppdrag. Modellen gör det också möjligt att redovisa vilken del av kostnaden som finansieras av ALF-ersättningen respektive av regionen själv. Modellen bygger på två huvudprinciper för resursfördelning, verksamhetsintegrerat lärande (VIL) respektive antal timmar som lärare lägger ner på undervisning/examination för ett moment, t.ex. föreläsning eller case.

För att fastställa timpriset för VIL och undervisnings/examinationstimmar har regionen valt samma modell som används för kalkylering av vårdtjänster/priser för Skånes universitetssjukhus. Utbildningstjänsterna omvandlas till ett självkostnadstimpris för det uppdrag som vårdverksamheterna utför kring placeringar och undervisning/examination för läkarstudenter på de kliniska terminerna. Enligt beräkningar som Region Skåne med modellens hjälp har tagit fram i 2021 års prisnivå uppgår den totala självkostnaden i regionen

---

<sup>76</sup> U2020/05380

till omkring 175 miljoner kronor vilket motsvarar 128 500 kronor per helårsstudent.

Inga uppdaterade beräkningar har gjorts sedan 2021. Det har inte heller gjorts några känslighetsberäkningar eller uppföljningar av modellen mot verkligt utfall. I stället görs rimlighetsanalyser på framräknat timpris inklusive uppräknningar enligt Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK) som tas fram genom att priset för löner, material och tjänster samt köpt verksamhet viktas till ett genomsnittligt pris. LPIK är avsett att användas för regionsektorn som underlag vid beräkningen av kostnaderna för löne- och prisutvecklingen i fasta löner och priser. LPIK tas fram av Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) exklusive läkemedel.

### **3.3.4 Kostnadsfördelningen mellan staten och regionerna**

Det har egentligen aldrig funnits en ”norm” för kostnadsfördelning mellan staten och regionerna när det gäller den kliniska delen av utbildningen som omfattas av ALF. Det har t.ex. aldrig uttryckts att staten ska ersätta regionerna krona för krona. Ersättningens storlek har i första hand bestämts genom förhandlingar mellan parterna staten och landstingen/regionerna. Diskussionerna har snarare gällt ersättningens fördelning mellan utbildning och forskning samt mellan landstingen/regionerna. Från 2004 har relationen i ersättningen mellan utbildning och forskning i huvudsak varit oförändrad.

Sedan 1989 har ersättningen i huvudsak räknats upp med pris- och löneomräkningen (PLO) på motsvarande sätt som medlen till universitet och högskolor i allmänhet. Sedan mitten av 1990-talet har PLO justerats med ett avdrag för förväntad produktivitetsförbättring.

### **3.3.5 Regionernas egen hantering och fördelning av ALF-ersättningen för läkarutbildningen**

Hela tanken med ALF-avtalet är att det ska ske ett nära samarbete mellan lärosäte och region, och att man tillsammans ska styra pengarna dit de gör mest nytta. I de regionala avtalen som tecknats i varje ALF-region har man slagit fast formerna för detta samarbete och på en övergripande nivå hur pengarna ska användas, men det

finns inga detaljer om hur fördelning och styrning m.m. går till. Utredningen har därför gjort en enkel undersökning av detta i regionerna, eftersom det också kan ge visst underlag i diskussionen om kostnadsfördelning mellan staten och regionerna. Regionernas svar sammanfattas nedan.

### **Planering av och budget för den kliniska delen av läkarutbildningen**

En gemensam plan och budget mellan lärosäte och region för den kliniska delen av läkarutbildningen och för ALF-ersättningen för läkarutbildningen tas på övergripande i ett gemensamt organ mellan regionen och lärosätet.

Det finns olika modeller för budgetberedningen och olika grad av utvecklade fördelningsmodeller. Den konkreta planeringen görs ofta i samverkan på kliniknivå av verksamhetschef tillsammans med en forsknings- och utbildningsansvarig eller motsvarande.

Även om processer och styrning ser olika ut mellan regionerna är det samlade intrycket att regionerna och lärosätena har ett väl fungerande samarbete och att universitetens inflytande över medlens användning på olika nivå är betydande.

### **Fördelning och utbetalning av ALF-ersättningen för utbildningen av läkare**

Utbetalningen från universitetet av ALF-ersättningen för läkarutbildningen till regionen sker vanligen i tolfte delar; i något fall tre gånger per år. Utbetalning kan sedan ske i olika steg och till olika nivåer, där vissa medel behålls centralt för särskilda ändamål och där verksamheter får fakturera under året. Enligt uppgift från UKÄ betalas samtliga ALF-ersättningar ut till regionerna under året. Särskilda regler för ersättning, utbetalning och fakturering finns hos de regioner som har samarbete med andra regioner.

ALF-regionerna tillämpar lite olika fördelningsmodeller för ALF-ersättningen för läkarutbildningen, som i olika utsträckning väger in "intrånget" i sjukvården, inklusive något olika fördelningsgrunder och priser. De flesta har en fördelningsmodell där man tar hänsyn både till antal studenter i olika former av klinisk utbildning

och till graden av resursutnyttjande i sjukvården i olika moment. Fördelningen sker vanligen utifrån den ekonomiska ram som ALF-budgeten medger, dvs det handlar inte om att klinikerna får full kostnadstäckning utan man får ”rätt” andel av de medel som finns. I några fall har man en fördelningsprincip som utgår från beräknade, faktiska kostnader, där differensen mellan dessa och det som ALF-ersättningen räcker till, synliggörs och får täckas av regionen.

Det är svårt att få en samlad överblick över ”köpen” mellan aktörerna och om den faktiska kostnadsfördelningen mellan region – universitet är rimlig och synlig. Det som nämns är framför allt köp som universitetet gör från regionen t.ex. för administrativa uppgifter relaterade till kursernas drift eller en del av utvecklings- och kvalitetsarbete, för ledningsuppdrag inom läkarprogrammet som innehas av anställda inom hälso- och sjukvården eller för adjungering av läkare vid regionala enheter, alternativt köp av konsulttimmar.

### **3.3.6 Statens nuvarande ersättning för den kliniska delen av läkarutbildningen**

Nuvarande ersättning utgör kompensation för regionernas medverkan i den kliniska delen av läkarutbildningen och beräknas på basen av antalet helårsstudenter. Systemet med ersättning per helårsstudent infördes först 2007. Tidigare beräknades ersättningen i stället efter antal utbildningsplatser och fastställda utbildningsplaner.

Ersättningen till regionerna bör rimligen spegla den andel av helårsstudenterna som går igenom de kliniska delarna av utbildningen vilken kan uppskattas till totalt ca 7 av de 11 terminerna i den 5,5-åriga läkarutbildningen. I de olika utredningar och underlag som ligger till grund för den nya 6-åriga läkarutbildningen som utredningen tagit del av finns dock inga resonemang om detta.

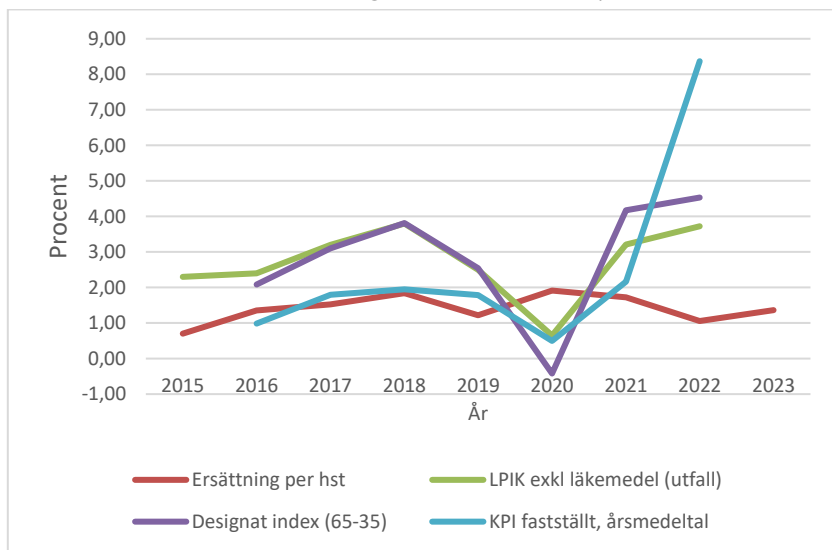
Enligt ALF-avtalet lämnar staten ersättning med ett visst belopp per helårsstudent och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår. Ersättningen räknas om till nästa års prisnivå enligt samma pris- och löneomräkning (PLO) som gäller för andra anslag till universitet och högskolor, inklusive avdrag för förväntad produktivitetsförbättring. Medel som inte förbrukas under året ska återbetalas. ALF-ersättning för klinisk forskning kan tillföras

utbildningen om lärosäte och region kommer överens om det. Däremot inte det motsatta.

I figur 3.7 framgår hur ersättningen per helårsstudent har utvecklats i procent. Som en jämförelse redovisas också prisutvecklingen i regionernas sjukvårdsverksamhet med Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK exklusive läkemedel), ett för regionsektorn konstruerat index som beaktar andelen lönekostnader versus lokal- och övriga kostnader i ALF-ersättningens användning (65 procent respektive 35 procent) samt Konsumentprisindex (KPI).

**Figur 3.7 Förändring av ersättningen per helårsstudent i förhållande till olika index**

Prisindex: LKIP, Designat index, Konsumentprisindex



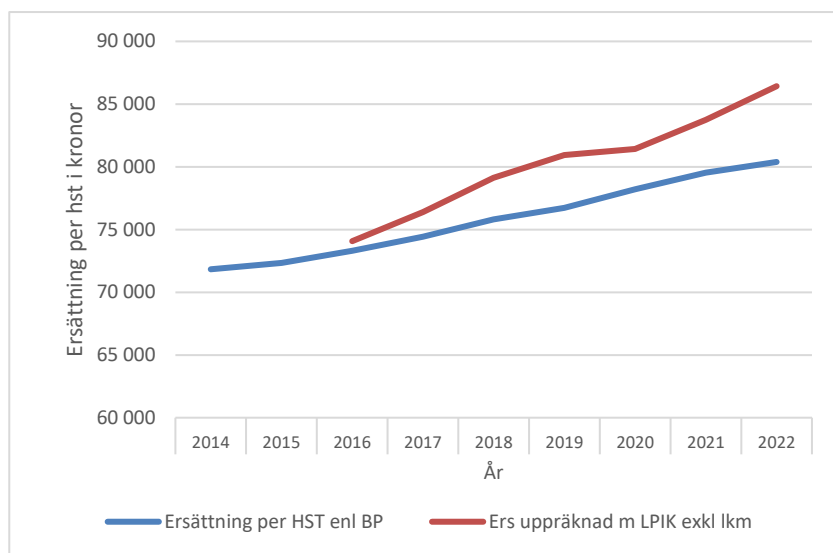
Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK exklusive läkemedel); ett för regionsektorn konstruerat index som beaktar andelen lönekostnader versus lokal- och övriga kostnader i ALF-ersättningens användning (65 procent respektive 35 procent) (Designat index); Konsumentprisindex (KPI). Framtaget med hjälp från SKR

Som framgår av figur 3.7 har ersättningens utveckling både understigit och överstigit utvecklingen av övriga index under perioden. Under 2020 ledde Covid 19-pandemin till stora effekter på övriga index, som därefter återhämtat sig.

I figur 3.8 visas hur ersättningen hade utvecklats med LPIK som uppräkningsfaktor i stället för PLO (som också innefattar en

förväntan om ökad produktivitet i verksamheten). Med en sådan uppräknig hade det totala ersättningsbeloppet för läkarutbildningen år 2022 varit närmare 50 miljoner kronor högre än det verkliga utfallet.

**Figur 3.8 ALF-ersättning per helårsstudent jämfört med uppräknig med LPIK-index 2014–2022**



ALF-ersättning för läkarutbildningen enligt budgetpropositionen. Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner (LPIK exklusive läkemedel. Framtaget med hjälp från SKR)

### 3.3.7 Ersättningens kostnadstäckning

Nivån på nuvarande ersättning har inte reviderats sedan modellen med ersättning per helårsstudent infördes i ALF-avtalet 2004 och tillämpades från 2007, utöver att ersättningen skrivits upp med PLO. Det görs ingen systematisk uppföljning av ersättningens kostnadstäckning eftersom det inte funnits någon sådan koppling i ALF-avtalen. En utgångspunkt när ALF-avtalet uppdaterades 2015 var rimligen att man sedan tidigare var överens om ersättningsnivån och hur den beräknas.

Hösten 2020 inkom samtliga regioner i ALF-avtalet med en gemensam skrivelse till Utbildningsdepartementet om ersättningen för regionernas medverkan i läkarutbildning<sup>77</sup>. Skrivelsen

<sup>77</sup> U2020/05380



kompletterades hösten 2021 med mer konkreta önskemål om behoven av ökad ersättning för läkarutbildningen. Det gällde främst kompensationen för den nya förlängda läkarutbildningen (vilken behandlas längre fram) men man framhöll också att ersättningen behöver höjas redan till följd av den underkompensation som man ansåg fanns redan för den tidigare 5,5-åriga läkarutbildningen. I skrivelserna tar regionerna bl.a. upp frågan om ersättningens kostnadstäckning för den kliniska utbildningen. Beräkningar presenteras från Region Skåne (se avsnitt 3.3.3), enligt vilka ”underkompensationen” till regionerna för regionernas medverkan i läkarutbildningen skulle vara drygt 60 procent år 2021. Övriga regioner hade gjort skuggberäkningar och kommit fram till liknande avvikelser. Flertalet regioner hävdar att nuvarande kliniska läkarutbildning är ”underfinansierad” med mellan 30 och 50 procent.

Det finns emellertid inte några motsvarande beräkningar för 2015, då nu gällande ALF-avtal började gälla, eller från tidigare år, vilket gör underlaget svårbedömt. Som ovan konstaterats finns egentligen inte heller någon utfästelse från staten om full kostnadstäckning, eftersom det handlar om ett samarbete där båda parter drar fördelar av samarbetet.

Skrivelserna från regionerna har hittills inte föranlett några åtgärder eller beslut och bereds för närvarande inom Regeringskansliet och inom ramen för denna utredning.

### 3.3.8 En ny läkarutbildning med ökat kliniskt innehåll

Läkarutbildningsutredningens betänkande *För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning* kom 2013<sup>78</sup>. Utredningen gick ut på remiss 2015 och fick ett blandat mottagande. Beredningen i Regeringskansliet utmynnade slutligen i två promemorior, en om bastjänstgöring för läkare<sup>79</sup> och en om en ny läkarutbildning<sup>80</sup>. Dessa utgjorde underlag dels för propositionen om bastjänstgöring (se nedan), dels för en ändring om bestämmelserna om läkarutbildningen i högskoleförordningen.

---

<sup>78</sup> SOU 2013:15

<sup>79</sup> Ds 2017:56

<sup>80</sup> PM U2018/02704/UH

Riksdagen beslutade i november 2018 om propositionen *Bastjänstgöring för läkare*<sup>81</sup>. I propositionen, som framför allt handlade om bastjänstgöring (BT) och specialisttjänstgöring (ST), föreslog regeringen bl.a. att kravet på praktisk tjänstgöring för att få läkarlegitimation ska tas bort. Detta innebär att läkarexamen, utan ytterligare tjänstgöring, ska kunna ligga till grund för legitimation som läkare. Regeringen beslutade i mars 2019 om en förordningsändring<sup>82</sup> för en ny läkarexamen, baserat på förslagen i ovan nämnda promemoria. Beslutet innebär att läkarexamens omfattning utökas med 30 högskolepoäng. Detta motsvarar ytterligare en termins heltidsstudier, vilket innebär att utbildningen totalt kommer att motsvara sex års heltidsstudier mot tidigare fem och ett halvt år. Beslutet innebär att kraven för läkarexamen anpassas så att denna ska kunna utgöra grund för legitimation då kravet på allmäntjänstgöring tas bort. Förändringen innebär också att ansvaret för läkarutbildningen fram till legitimation nu ligger helt på staten och att universitetet blir ensamma huvudmän för utbildningen.

Hösten 2021 startade den nya läkarutbildningen som omfattar 360 högskolepoäng, dvs. sex års heltidsstudier. Den första ”kullen” studenter inom det nya 6-åriga programmet kommer att få sin läkarexamen efter vårterminen 2027. Under tiden fram till dess kommer de gamla och nya programmen att löpa parallellt. Detta kommer sannolikt också att fortsätta ytterligare några år eftersom övergångsreglerna tagit höjd för att alla inte avslutar utbildningen på utsatt tid.

För den nya 6-åriga läkarutbildningen införs ett antal nya examensmål med ökade krav på självständighet i utövandet av läkaryrket, vilket innebär ett ökat behov av verksamhetsintegrerat lärande. Detta innebär en ambitionsökning när det gäller generiska kliniska kompetenser, särskilt vad gäller kliniskt beslutsfattande och behandling, samt professionell utveckling. Det kräver mer undervisning, handledning, bedömning och examination i klinisk miljö jämfört med nuvarande utbildning under hela den kliniska delen av utbildningen. Att utbildningen är direkt legitimationsgrundande ställer också tydligt högre krav på examination av såväl kunskaper som färdigheter. Det innebär i sin tur ökat behov av, och kostnader för, praktikplatser inom vården och att hela hälso- och sjukvården

---

<sup>81</sup> prop. 2017/18:274

<sup>82</sup> SFS 2019:161

måste tas i anspråk för att klara utbildningens behov. Både regioner och universitet har därför lyft fram att ersättningen för läkarutbildningen behöver höjas<sup>83</sup>. De avtalsslutande regionerna anser att den nya 6-åriga läkarutbildningen är underfinansierad i relation till ALF-ersättningen.

### 3.3.9 Ekonomiska konsekvenser av en ny 6-årig läkarutbildning

Möjligheten att genomföra klinisk utbildning i regionernas verksamheter är en förutsättning för läkarutbildningens genomförande, samtidigt som det ligger i regionernas intresse att bidra till utbildningen för att säkra kompetensförsörjningen av läkare till hälso- och sjukvården. Enligt ALF-avtalet lämnar staten ersättning till regionerna (tidigare landstingen) för medverkan i den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare med en viss summa per helårsstudent. Ersättningen som lämnas för varje år bestäms av de medel som anslås av riksdagen och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår. Ersättningsbeloppen i ALF-avtalet räknas om till löpande års prisnivå genom pris- och löneomräkningen (PLO) som syftar till att myndigheterna i sina anslag kompenseras för omvärldens prisförändringar samtidigt som de åläggs ett effektivitets- och produktivitetskrav.

De ekonomiska konsekvenserna kopplade till beslut om den nya läkarutbildningen föreslås i budgetpropositionen för 2024<sup>84</sup> hanteras först inför 2027, då de första studenterna på den nya 6-åriga läkarutbildningen gör sin tolfte termin. I propositionen sägs följande:

”I mars 2019 fattades beslut om en ny läkarexamen. Beslutet innebär att utbildningen till läkarexamen förlängs med 30 högskolepoäng, vilket motsvarar en termins heltidsstudier. Den nya utbildningen startade höstterminen 2021. Till följd av att utbildningen har förlängts beräknas antalet helårsstudenter på läkarutbildningen att öka fr.o.m. 2027. Det innebär ett ökat behov av ersättning för klinisk utbildning och forskning liksom ökade utbildningskostnader för berörda universitet. Regeringen har för avsikt att säkerställa finansiering för de beräknade

---

<sup>83</sup> U2020/05380

<sup>84</sup> Prop. 2023/24:1 Utgiftsområde 16

kostnaderna och avser att återkomma i kommande budgetpropositioner.”

I ALF-avtalet 2015 tillkom Region Örebro län som ny avtalspartner, då Örebro universitet sedan 2011 har examenstillstånd för läkare. Region Örebro län får liksom övriga regioner ersättning för det de antal helårsstudenter som riksdagen fastslår, men antalet läkarstudenter som utbildas på läkarprogrammet i Örebro är nästan dubbelt så stort som det som anges i ALF-avtalet och i budgetpropositionen, vilket är 366 helårsstudenter för år 2024. Örebro universitet har för den nya 6-åriga läkarutbildningen erhållit examenstillstånd utifrån en ansökan som bygger på 64 nybörjarplatser per termin. Örebro universitet har därför tillsammans med Region Örebro län inkommit med en begäran till Regeringskansliet att erhålla ersättning utifrån det antalet helårsstudenter som de faktiskt presterar i linje med övriga lärosäten<sup>85</sup>.

### **3.4 Universitetens förutsättningar att bedriva klinisk forskning**

Klinisk forskning är en förutsättning för en fortsatt utveckling av kunskapsbaserad och jämlik hälso- och sjukvård. Den kliniska forskningen utgår från de behov som finns i hälso- och sjukvården och förväntas leda till patient- och samhällsnytta. Den involverar ett flertal aktörer, intressenter och finansärer; och inkluderar ofta internationella samarbeten. Vårdens organisation och processer påverkas också av den tekniska och vetenskapliga utvecklingen och ett nytt vårdlandskap växer fram, vilket ger nya förutsättningar för klinisk forskning och utbildning. Verksamheten har också ett stort antal regler i såväl nationell som EU-författning att förhålla sig till. Dessa regler har under senare år förändrats på olika sätt vilket påverkar förutsättningarna att bedriva klinisk forskning.

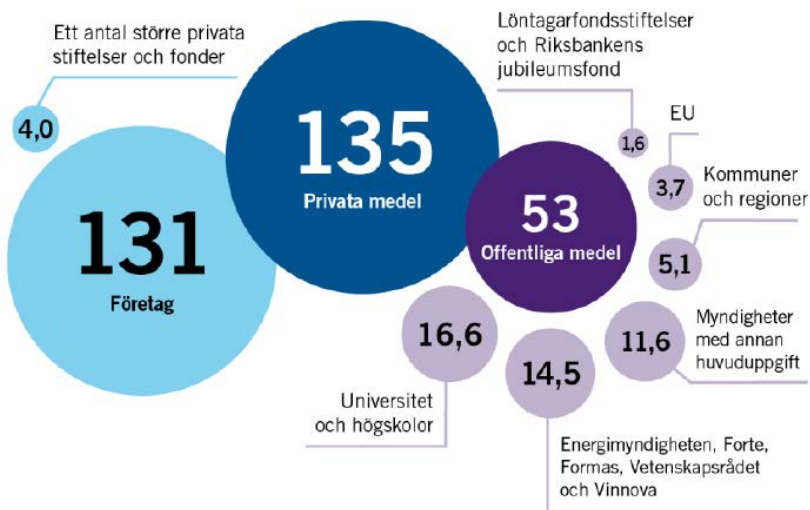
---

<sup>85</sup> U2021/03615

### 3.4.1 Finansiering av svensk forskning

De största forskningsfinansiärerna i Sverige är förutom företagssektorn, den offentliga sektorn, utländska finansiärer och privata icke-vinstdrivande finansiärer<sup>86</sup>. I internationell jämförelse ligger Sverige i topp när det gäller satsningar på forskning och utveckling (FoU)<sup>87</sup> både med avseende på andel av bruttonationalprodukt (BNP) och i relation till befolkningsstorlek<sup>88</sup>. Forskningsfinansieringsutredningens översikt av svensk forskningsfinansiering<sup>89</sup> visar att den i huvudsak finansieras av privata medel, framför allt av företag medan de offentliga medlen kommer från ett antal olika källor främst med statlig finansiering (figur 3.9).

**Figur 3.9 Samlad bild över svensk finansiering av forskning och innovation år 2021**



Källa: Forskningsfinansieringsutredningens betänkande Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation (SOU 2023:59).

Samtliga belopp är angivna i miljarder kronor

<sup>86</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsbarometern 2023 – Svensk forskning i internationell jämförelse, VR2326

<sup>87</sup> Den svenska statistiken inom forskning och utveckling (FoU) utgår ifrån den så kallade Frascatimanualens definition av FoU, dvs ett kreativt och systematiskt arbete för att öka mängden kunskap – inklusive kunskap om mänskligheten, kulturen och samhället – och att utveckla nya tillämpningar av den tillgängliga kunskapen. FoU innefattar såväl grundforskning som tillämpad forskning och utvecklingsverksamhet (Frascati Manual 2015, OECD)

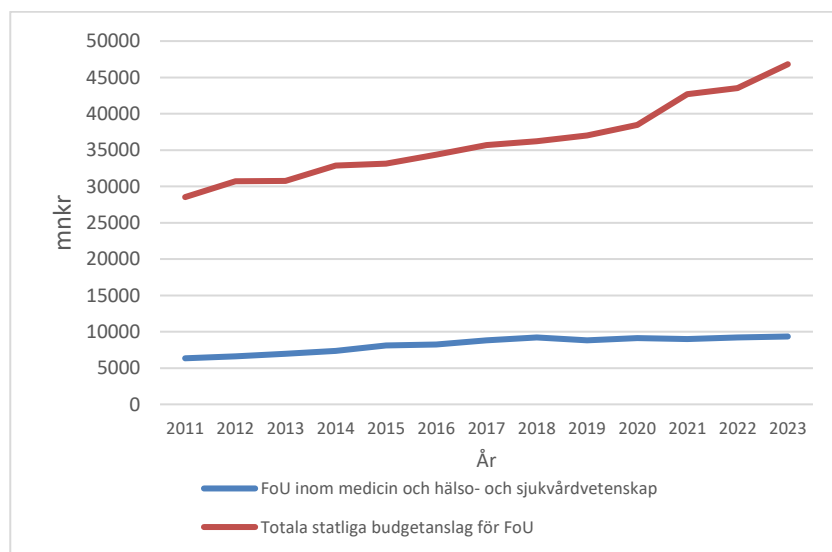
<sup>88</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsbarometern 2023 – Svensk forskning i internationell jämförelse, VR2326

<sup>89</sup> Ny myndighetsstruktur för finansiering av forskning och innovation (SOU 2023:59)

Den FoU som bedrivs av företagen består huvudsakligen av utvecklingsarbete, medan lärosätenas FoU-verksamhet huvudsakligen är grundforskning eller tillämpad forskning<sup>90</sup>. Finansieringen av högskolornas forskning och utbildning på forskarnivå kommer från många olika källor och består till mindre än hälften av direkta statsanslag. Statliga forskningsinvesteringar brukar delas upp i ramanslag till universitet och högskolor, respektive projektanslag eller externa medel, som fördelas av vissa myndigheter.

För 2023 beräknas 46,8 miljarder kronor av statsbudgeten att gå till FoU varav 21,5 miljarder till FoU på universitet och högskolor som ramanslag. Ramanslagen behövs för att universitet och högskolor ska kunna ta sitt långsiktiga ansvar, säkerställa sitt oberoende och landets försörjning gällande kompetens. Drygt 9,3 miljarder kronor av den statliga budgeten beräknas gå till FoU inom medicin och hälso- och sjukvårdsvetenskap<sup>91</sup>. Som framgår av figur 3.10 har andelen av anslagen till medicin och hälso- och sjukvårdsvetenskap av statens totala satsningar på FoU minskat det senaste decenniet.

**Figur 3.10 Statlig finansiering av FoU**



<sup>90</sup> Universitetskanslersämbetet, Universitet och högskolor Årsrapport 2022; Vetenskapsrådet, Forskningsbarometern 2023 – Svensk forskning i internationell jämförelse, VR2326

<sup>91</sup> [Statliga anslag till forskning och utveckling 2023 \(scb.se\)](#); [Statliga budgetanslag för FoU efter departement och socioekonomiska mål. År 2011 - 2023. PxWeb \(scb.se\)](#)

Källa: SCB Statliga budgetanslag för FoU, mnkr efter departement, socioekonomiska mål enligt NABS 2007 och år<sup>92</sup>

Riksdagen beslutar om resurstilldelningen för universiteten som tilldelas anslag för forskning. I budgetpropositionen anges de anslag för forskning och utbildning på forskarnivå som universiteten får använda fritt inom olika forskningsämnesområden. Till skillnad från utbildning på grundnivå och avancerad nivå är bara en mindre del av anslaget prestationsbaserad.

En betydande del av den statliga finansieringen av universiteten kommer från forskningsfinansierande statliga myndigheter. Forskning och utbildning på forskarnivå finansieras också i stor utsträckning av andra forskningsfinansiärer än staten, t.ex. privata stiftelser och Europeiska unionen.

De externa medel som forskare kan söka i konkurrens från statliga myndigheter och andra finansiärer är viktiga för att driva excellens. Inom den offentliga sektorn är Vetenskapsrådet den största finansiären av FoU<sup>93</sup>. Vetenskapsrådet fördelade år 2022 sammanlagt 8,1 miljarder kronor till forskning och forskningsinfrastruktur vid svenska universitet och högskolor<sup>94</sup>. Under 2022 finansierade Verket för innovationssystem (Vinnova) forskning och innovation med 3,7 miljarder kronor<sup>95</sup> och Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) fördelade ca 826 miljoner kronor till grundläggande och behovsstyrd forskning<sup>96</sup>.

### 3.4.2 Finansiering av klinisk forskning

Klinisk forskning finansieras precis som övrig forskning genom många olika källor. Anslagen redovisas ofta som anslag till medicin och hälso- och sjukvårdsvetenskap och det kan vara svårt att urskilja exakt hur stor andel av dessa medel som går till den mer klinisk inriktade forskningen. De viktigaste finansieringskällorna är ALF-ersättningen, regionernas FoU-medel, högskoleanslaget för forskning och forskarutbildning samt externa forskningsmedel.

---

<sup>92</sup> [Statliga FoU-anslag efter syfte/socioekonomiska mål enligt NABS 2007, 2021-2022, Mnkr. \(scb.se\)](#)

<sup>93</sup> [Forskning och utveckling i Sverige - offentliga sektorn 2021 \(scb.se\)](#)

<sup>94</sup> Vetenskapsrådet, Årsredovisning 2022, VR2314

<sup>95</sup> Vinnova, Årsredovisning 2022

<sup>96</sup> Forte, Årsredovisning 2022

Tillsammans bildar dessa fyra källor en resurs på uppskattningsvis ca 6 miljarder kronor per år.

### Statliga finansierare av klinisk forskning

Bland de statliga forskningsfinansierarna fördelade Vetenskapsrådet år 2022 ca 2,1 miljarder kronor till stöd för forskning inom medicin och hälsovetenskap, varav 755 miljoner kronor till klinisk medicin, 258 miljoner kronor till hälsovetenskap och 48 miljoner kronor till forskning inom medicinteknik<sup>97</sup>. Vinnova finansierar forskning och utveckling inom medicin och hälsa inom ramen för satsningar på strategiska innovationsprogram, hållbar precisionshälsa och visionsdriven hälsa. Under 2020–2022 finansierade Vinnova projekt inom hållbar precisionshälsa med i genomsnitt 428 miljoner kronor årligen<sup>98</sup>. Forte fördelade år 2022 ca 376 miljoner kronor till forskning inom hälsoområdet<sup>99</sup>.

### ALF-ersättningen

I ALF-avtalet överenskommer staten och sju regioner om statens ersättning för regionernas åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning. ALF-ersättningen uppgår 2024 till 2 708 miljoner kronor, varav 2 020 miljoner kronor till klinisk forskning (BP 2024). Storleken på ALF-ersättningen för klinisk forskning anges i ALF-avtalet och består av ett grundbelopp och resterande medel fördelas enligt en kvalitetsbaserad fördelningsmodell som innefattar expertbedömning av olika underlag och indikatorer såsom forskningens förutsättningar, den genomförda forskningens kliniska betydelse och en bibliometrisk utvärdering. ALF-ersättningen räknas årligen om till löpande års prisnivå, på samma sätt som görs för anslagen till universitet och högskolor (figur 3.11).

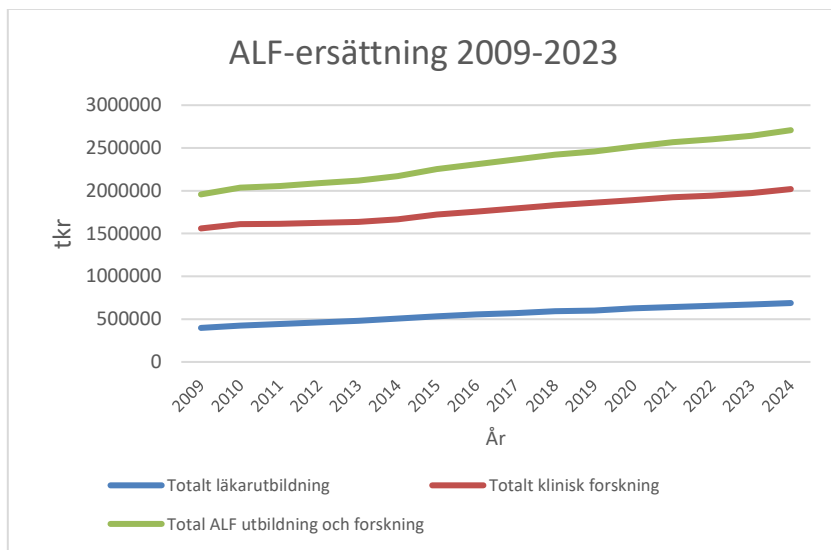
---

<sup>97</sup> Vetenskapsrådet, Årsredovisning 2022, VR2314

<sup>98</sup> Vinnova, Årsredovisning 2022

<sup>99</sup> Forte, Årsredovisning 2022



**Figur 3.11 ALF-ersättning för läkarutbildning och klinisk forskning 2009–2024**

Källa: Budgetpropositioner och regleringsbrev

## Regioner

Regionerna avsätter egna medel till FoU. I vissa regioner läggs FoU-medel samman med ALF-ersättningen för gemensam prioritering medan andra regioner har särskilda processer som hanteras separat från processerna för att fördela ALF-ersättningen.

## Privata icke-vinstdrivande organisationer

Forskningsstiftelser som bildades med löntagarfundsmedel, bl.a. Stiftelsen för strategisk forskning (SSF), Stiftelsen för kunskaps- och kompetensutveckling (KK-stiftelsen), Vårdalstiftelsen och Stiftelsen för internationalisering av högre utbildning och forskning (STINT) har under de senaste 20 åren också finansierat FoU-verksamhet som syftat till att förbättra hälso- och sjukvård eller att främja vetenskaplig utveckling inom medicin och hälsovetenskap. År 2022 uppgick den totala summan till 155 miljoner kronor<sup>100</sup>. Det

<sup>100</sup> FoU-medel från offentliga forskningsstiftelser efter fou-ändamål. År 2003 - 2022. PxWeb (scb.se)

är dock oklart hur stor andel av dessa medel som gick till klinisk forskning.

Medel till klinisk forskning fördelas i olika utsträckning av ett antal fonder, stiftelser och ideella föreningar. Det kan dock vara svårt att få en uppfattning om hur det samlade stödet till medicinsk forskning från dessa organisationer fördelas på klinisk forskning respektive preklinisk forskning. Det är främst universitet och högskolor som är mottagare av medel från de privata icke-vinstdrivande organisationerna. Bland de största stiftelserna finns Knut och Alice Wallenbergs Stiftelse som under 2022 beviljade anslag för närmare 2,2 miljarder kronor inom medicin, teknik och naturvetenskap<sup>101</sup>. Anslagen går bl.a. till strategiska satsningar och till forskningsprojekt samt stöd till unga forskare.

Cancerfonden delade 2022 ut 948 miljoner kronor till cancerforskning och varav hälften gick till translationell forskning<sup>102</sup> och över 15 procent till klinisk forskning<sup>103</sup>. Barncancerfonden fördelade 314 miljoner kronor till forskningsändamål år 2022 varav ca en tredjedel till klinisk forskning<sup>104</sup>. Under samma år fördelade Hjärt-Lungfonden ut nära 359 miljoner kronor till hjärt-, kärl- och lungforskare i Sverige, varav ca hälften gick till klinisk och epidemiologisk forskning<sup>105</sup>. Svenska sällskapet för Medicinsk forskning, som är en ideell förening som ger stöd till unga forskare, fördelade 150 miljoner kronor till medicinsk forskning<sup>106</sup> under 2022 och Hjärnfonden fördelade detta år 127 miljoner kronor till forskning<sup>107</sup>. Förutom ovan nämnda finns ett antal andra stiftelser som också fördelar medel till medicinsk forskning.

---

<sup>101</sup> [Knut och Alice Wallenbergs Stiftelse](#)

<sup>102</sup> Translationell forskning är ett begrepp som beroende på sammanhang tolkas lite olika. En tolkning är att translationell forskning är sådan forskning som syftar till att överföra basalvetenskapliga upptäckter snabbt och effektivt till klinisk nytta för patienter. Se vidare avsnitt 7.2

<sup>103</sup> Cancerfonden gör i redovisningen av sin statistik en skillnad mellan translationell forskning som huvudsakligen använder sig av prekliniska modeller (18 procent) och translationell forskning som huvudsakligen använder sig av patienter eller patientmaterial (27 procent); [Årsberättelse 2022 | Cancerfonden](#); [Effektrapporter | Cancerfonden](#);

<sup>104</sup> [Barncancerfonden Årsredovisning 2022](#)

<sup>105</sup> [Årsredovisning och verksamhetsberättelse | Hjärt-Lungfonden \(hjärt-lungfonden.se\)](#)

<sup>106</sup> [Verksamhetsberättelse - SSMF](#)

<sup>107</sup> [Hjärnfonden Effektrapport 2022](#)

## Utländska finansiärer

Såväl EU:s ramprogram för forskning och innovation, som olika utländska eller privata finansiärer står för en betydande del av finansiering för klinisk forskning och utveckling i Sverige. Inom Horisont 2020 pelare 3 Hälsa, demografiska förändringar och välbefinnande mottog svenska aktörer uppskattningsvis 389 miljoner kronor<sup>108</sup> årligen under programmets sju år<sup>109</sup>. Men i jämförelse med våra nordiska grannländer och med EU som helhet har Sverige ett lägre söktryck, en lägre framgång och en något lägre beviljandegrad. Sverige hade i mitten av juni 2023 erhållit 3,0 procent av hittills beviljade medel<sup>110</sup>.

### 3.4.3 Minskat utrymme för forskning i det dagliga sjukvårdsarbetet

Det kliniska arbetet kräver hög närvaro och i en hårt pressad hälso- och sjukvård blir forskning och utveckling ofta nedprioriterat. Redan innan Covid-19-pandemin hade bland annat Svenska läkaresällskapet tillsammans med Kungl. Vetenskapsakademien samt Vetenskapsrådet uppmärksammat att det saknas utrymme för forskning inom det dagliga sjukvårdsarbetet och att det är svårt att avsätta tid för forskning. I Vetenskapsrådets utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet<sup>111</sup> (se avsnitt 4.4.2) noterar experterna i utvärderingspanelerna att forskningstid ofta måste prioriteras bort till förmån för vårdproduktion, och att många kliniska forskare och doktorander har oväntat lite forskningstid. I utvärderingen framhålls vikten av att forskning ska vara en naturlig och integrerad del av vården och prioriteras på samma sätt som vårdproduktion, då klinisk forskning är direkt avgörande för utvecklingen av hälso- och sjukvården. Liknande resultat finns i en nyligen publicerad enkätstudie från Läkarförbundet och Sveriges yngre läkares förening<sup>112</sup>. I enkäten framkommer bl.a. att nästan var tredje av respondenterna som har en förenad anställning eller forskning i sitt

---

<sup>108</sup> Siffran är ett medelvärde över sju år och med ett antagande om en eurokurs på 11 kronor

<sup>109</sup> Vinnova: Horisont 2020 – Årsbok 2021

<sup>110</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsbarometern 2023 – Svensk forskning i internationell jämförelse, VR2326

<sup>111</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet, 2023 års utvärderingsrapport, VR 2315

<sup>112</sup> Forskande läkares Villkor Sveriges Läkarförbund och SYLF 2022

anställningskontrakt uppger att de inte kan kombinera klinisk tjänstgöring med forskning i den utsträckning som utlovats. Nästan hälften är med om att forskningstid dras in på grund av bemanningsproblem på arbetsplatsen, och av dem som varken har en förenad anställning eller forskning inskrivet i sitt anställningskontrakt, uppger mer än var tredje att de finansierar sin forskning genom att genomföra den på fritiden. AstraZeneca lyfter i sitt inspel till forskningspropositionen 2024<sup>113</sup> fram att om Sverige skall bibehålla och stärka sin position som prioriterat land för kliniska studier så är karriärvägar och incitamentsstrukturer för en långsiktig akademisk kompetenshöjning för hälso- och sjukvårdens personal samt kompetensutbyte mellan akademi, hälso- och sjukvård och näringsliv av yttersta vikt.

#### **3.4.4 Förändring i lagstiftning påverkar förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning**

Under de senaste 20 åren har lagstiftningen förändrats på många områden som påverkar förutsättningarna att bedriva klinisk forskning. Klinisk forskning förutsätter som nämnts ovan vårdens strukturer och resurser och därför är lagar som reglerar hälso- och sjukvården viktiga i sammanhanget. Dessutom finns ytterligare lagar som reglerar andra aspekter som aktualiseras vid forskning som avser människor.

#### **Lagstiftning på hälso- och sjukvårdens område**

Hälso- och sjukvården regleras bland annat i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), patientlagen (2014:821) och patientsäkerhetslagen (2010:659). Inom en rad områden finns även speciallagstiftning som, tillsammans med Socialstyrelsens föreskrifter, är styrande för verksamheten.

Hälso- och sjukvårdslagen är den centrala lagen inom hälso- och sjukvården och reglerar hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för både offentliga och privata vårdgivare och huvudmän. Med vårdgivare avses statlig myndighet, region, kommun, annan juridisk person eller enskild näringsidkare

---

<sup>113</sup> U2023/01467

som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet. Med hälso- och sjukvård avses i lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, sjuktransporter, och omhändertagande av avlidna. Sveriges regioner och kommuner har genom hälso- och sjukvårdslagen krav på medverkan vid finansiering, planering och genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Regioner och kommuner ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor. I förarbetena som föregick införandet av bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen betonades att det inte handlade om något nytt ansvar utan snarare något som bekräftar och lagfäster de förhållanden som redan rådde. Vidare sas att preciseringen utgör en viktig principiell markering av forskningens och utvecklingsarbetets stora betydelse inom hälso- och sjukvården. Syftet var inte att ändra någon tidigare ansvarsfördelning. Förslaget fick därför inte heller några konsekvenser för resursfördelningen mellan stat och kommun. Förarbetena var också tydliga i att huvudansvaret för forskningen fortsatt åvilar staten, främst genom universitet och högskolor och att förtydligandet i hälso- och sjukvårdslagen inte innebar någon förändring i detta avseende<sup>114</sup>.

Baserat på utredningen om Samordnad utveckling för god och nära vård<sup>115</sup> infördes år 2020 nya bestämmelser om primärvårdens grunduppdrag i hälso- och sjukvårdslagen. Dessa innebär att regioner och kommuner inom ramen för verksamhet som utgör primärvård särskilt ska möjliggöra medverkan vid genomförande av forskningsarbete. Däremot innehåller varken tandvårdslagen eller lagen om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar bestämmelser om vårdgivares medverkan vid planering eller genomförande av forskning.

En ny hälso- och sjukvårdslag med en ny struktur och uppbyggnad infördes 2017, men i sak innebar den nya lagen inga större skillnader från den tidigare hälso- och sjukvårdslagen. I samband med att den nya lagen infördes, upphävdes lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåttna enheter, m.m. Den upphävda lagen innehöll bestämmelser om vissa anställningar som läkare vid

---

<sup>114</sup> Forskning och samhälle prop. 1996/97:5

<sup>115</sup> God och nära vård – En primärvårdsreform (SOU 2018:39)

sådana enheter inom landstingens hälso- och sjukvård som har upplåtits för högskoleutbildning för läkarexamen (upplåtna enheter). Regeringen bedömde att delar av bestämmelserna inte längre är nödvändiga och att avseende andra delar passar regleringen bättre i annan lag eller så måste de inte regleras i lag. Bland annat infördes det i den nya hälso- och sjukvårdslagen en bestämmelse om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om skyldigheter för läkare som är anställda vid sjukvårdsenheter där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen och forskning. Bestämmelser om personal vid enheter där det bedrivs läkarutbildning eller forskning flyttades till hälso- och sjukvårdförordningen (2017:80). Även vissa bestämmelser om anställningar för specialistutbildade läkare vid en sjukvårdsenhet inom regionernas hälso- och sjukvård där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen eller forskning om flyttades till den nya hälso- och sjukvårdsförordningen och därmed upphävdes förordningen (1998:1518) om behörighet till vissa anställningar inom hälso- och sjukvården m.m.

Lag (2008:962) om valfrihetssystem från 2009 innehåller regler om vårdval som tillämpas i de fall som kommuner och landsting väljer att konkurrensutsätta verksamhet inom hälsovård, omsorg och socialtjänst, och dessutom väljer att låta brukarna av tjänsterna välja utförare. Det är frivilligt för kommuner och landsting att införa ett sådant system. Vid konkurrensutsättning är ett valfrihetssystem ett alternativ till upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling. Lagen om offentlig upphandling reglerar köp som görs av myndigheter och vissa andra organisationer som är finansierade med allmänna medel. Lagen baseras på ett EU-direktiv från 2004.

En ny biobankslag trädde i kraft 2023. Biobankslagen (2023:38) reglerar hur humanbiologiskt material från en levande eller avliden människa eller från ett foster, med respekt för den enskilda människans integritet, för vissa ändamål får samlas in till och bevaras i en biobank och användas. Lagen tillämpas på identifierbara prover som samlas in till och bevaras i en biobank eller används för vård, behandling eller andra medicinska ändamål i en vårdgivares verksamhet, forskning, produktframställning, eller utbildning, kvalitets-säkring eller visst utvecklingsarbete.

## Lagstiftning som reglerar behandling av känsliga personuppgifter

Klinisk forskning innebär ofta behandling av känsliga personuppgifter och denna behandling regleras bland annat i EU:s dataskyddsförordning (2016/679; GDPR) som syftar till att skydda grundläggande rättigheter och friheter vid behandling av personuppgifter och att säkerställa det fria flödet av personuppgifter mellan medlemsstaterna. I Sverige kompletteras GDPR bl.a. av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen), som är subsidiär i förhållande till annan lag eller förordning, såsom patientdatalagen. Till detta kommer krav på att hantera personuppgifterna i enlighet med de förutsättningar som offentlighets- och sekretesslagen och andra bestämmelser som kan finnas om informationshantering ställer upp.

Patientdatalagen (2008:355) tillämpas vid vårdgivares behandling av personuppgifter inom hälso- och sjukvården. Personuppgifter får enligt lagen behandlas bl.a. om det behövs för att föra patientjournal och upprätta viss annan dokumentation, viss administration, systematiskt kvalitetsutvecklingsarbete, planering, uppföljning, utvärdering och tillsyn av verksamheten, framställande av statistik om hälso- och sjukvården, eller antalsberäkning inför klinisk forskning. För nationella och regionala kvalitetsregister gäller att personuppgifter får behandlas för det primära ändamålet att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet. Dessutom får personuppgifterna användas för vissa s.k. sekundära ändamål, bl.a. framställning av statistik, antalsberäkning inför klinisk forskning, forskning inom hälso- och sjukvården samt utlämnande till den som ska använda uppgifterna för något av dessa eller för det primära ändamålet. Under 2023 infördes nya bestämmelser i patientsdatalagen som möjliggör den personuppgiftsbehandling som är nödvändig vid s.k. antalsberäkning inför klinisk forskning. Antalsberäkning inför klinisk forskning innebär att på förfrågan inför planerad klinisk forskning beräkna många personer som uppfyller vissa i förväg uppställda kriterier och som därmed kan komma att ingå i forskningen. Regleringen gäller vid alla vårdgivares behandling av personuppgifter vid antalsberäkning inom hälso- och sjukvården och i nationella och regionala kvalitetsregister.

Enligt lagen (1998:543) om hälsodataregister får central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården utföra automatiserad behandling av personuppgifter i hälsodataregister. Uppgifter i ett sådant register får behandlas för ändamålen framställning av statistik, uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar. Den som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ska för de ändamål som anges i lagen lämna uppgifter till ett hälsodataregister. Regeringen får lämna föreskrifter bl.a. om vilka myndigheter som får föra hälsodataregister, begränsning i ändamålen och begränsningar av de uppgifter som ett hälsodataregister får innehålla. Regeringen har utfärdat flera förordningar om hälsodataregister. Uppgifter i hälsodataregister samlas in utan den enskildes samtycke genom att myndigheter åläggs en skyldighet att lämna uppgifter.

Lagen (2013:794) om vissa register för forskning om vad arv och miljö betyder för människors hälsa (den så kallade LifeGene-lagen) ska ge ett tydligt lagstöd för register som förs med de registrerades samtycke i syfte att skapa underlag för olika forskningsprojekt om vad arv och miljö betyder för uppkomsten och utvecklingen av olika typer av sjukdomar och människors hälsa i övrigt. Regeringen beslutar vilka som ska få föra register i enlighet med lagen.

Regleringen i offentlighets- och sekretesslagen (OSL) innebär att uppgifter som omfattas av sekretess i vissa fall kan lämnas ut för forskningsändamål i större utsträckning än för andra syften. Uppgifter kan lämnas ut med stöd av vissa sekretessbrytande bestämmelser. Med sekretessbrytande bestämmelse menas en bestämmelse som innebär att en sekretessbelagd uppgift får lämnas ut under vissa förutsättningar. Det finns vidare bestämmelser om överföring av sekretess, vilka t.ex. innebär att om en myndighet i sin forskningsverksamhet från en annan myndighet får en sekretessreglerad uppgift, blir sekretessbestämmelsen tillämplig på uppgiften även hos den mottagande myndigheten.

Frågor kopplade till arkivering och gallring regleras främst i arkivlagen (1990:782). Arkivlagens huvudprincip är bevarande i arkiv, men lagen medger under vissa förutsättningar undantag genom bestämmelser om gallring. När det gäller gallring av forskningsmaterial hos bland annat statliga universitet och högskolor har Riksarkivet, i enlighet med arkivlagens reglering,



meddelat föreskrifter och allmänna råd om gallring av handlingar i statliga myndigheters forskningsverksamhet (RA-FS 1999:1). Föreskrifterna anger under vilka förutsättningar handlingar i forskningsverksamhet får gallras. Arkivlagen är subsidiär i förhållande till avvikande bestämmelser om gallring av vissa allmänna handlingar i lag eller förordning. Gallringsbestämmelser förekommer ofta i särskilda registerförfattningar.

### Övrig lagstiftning av särskild relevans för klinisk forskning

Högskolelagen (1992:1434) innehåller bestämmelser om universitet och högskolor under statligt huvudmannaskap. I högskolelagen stadgas att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om att en anställning som lärare vid en högskola skall vara förenad med en anställning som specialistutbildad läkare eller tandläkare eller med en annan anställning än som läkare vid en sådan sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning. En förenad anställning får innehas bara av den som uppfyller behörighetskraven för båda anställningarna. I högskoleförordningen (1993:100) finns bestämmelser som innebär att en högskola, efter medgivande av en sjukvårdshuvudman, får besluta att en anställning som professor eller lektor vid högskolan ska vara förenad med en anställning vid en sjukvårdsenhet som är upplåten för medicinsk utbildning och forskning.

I etikprövningslagen (2003:460) finns bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. Syftet med lagen är att skydda den enskilda människan och respekten för människovärdet vid forskning. I etikprövningslagen definieras forskning som ”vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete eller vetenskapliga studier genom observation, om arbetet eller studierna görs för att hämta in ny kunskap, och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete eller sådana studier som utförs endast inom ramen för högskoleutbildning på grundnivå eller på avancerad nivå”. Lagen tillämpas på forskning som innefattar behandling av känsliga personuppgifter eller personuppgifter om lagöverträdelser som innefattar brott, domar i brottmål, straffprocessuella tvångsmedel

eller administrativa frihetsberövanden. Lagen tillämpas också på forskning som innebär ett fysiskt ingrepp på en forskningsperson, utförs enligt en metod som syftar till att påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt eller som innebär en uppenbar risk att skada forskningspersonen fysiskt eller psykiskt, avser studier på biologiskt material som har tagits från en levande människa och kan härledas till denna människa, innebär ett fysiskt ingrepp på en avliden människa eller avser studier på biologiskt material som har tagits för medicinskt ändamål från en avliden människa och kan härledas till denna människa.

Lag (2019:504) om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning innehåller bestämmelser om forskares och forskningshuvudmäns ansvar för att forskning utförs i enlighet med god forskningssed och bestämmelser om förfarandet vid prövning av frågor om oredlighet i forskning.

EU-förordningen om kliniska prövningar av humanläkemedel (CTR) började tillämpas 2022. Av CTR framgår att kliniska prövningar ska genomgå vetenskaplig och etisk granskning samt godkännas i enlighet med förordningen. Enligt lagen (2018:1091) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till EU:s förordning om kliniska prövningar av humanläkemedel ska Etikprövningsmyndigheten genomföra etisk granskning och redovisa denna i ett yttrande till Läkemedelsverket, vilken är den myndighet som prövar frågor om tillstånd att genomföra en klinisk läkemedelsprövning.

Det finns också två nya EU-förordningar om medicintekniska produkter, MDR, som reglerar kliniska prövningar av medicintekniska produkter och började tillämpas år 2021, samt IVDR som reglerar prestandastudier av medicintekniska produkter för in vitro-diagnostik och som började tillämpas år 2022. I lagen (2021:603) med kompletterande bestämmelser om etisk granskning till EU:s förordningar om medicintekniska produkter framgår att Läkemedelsverket ska fatta beslut om tillstånd medan Etikprövningsmyndigheten ska utföra den etiska granskningen. Resultatet av denna granskning ska redovisas till Läkemedelsverket vilken är den myndigheten som fattar beslut i tillståndsfrågan.

## 3.5 Samverkan inom klinisk forskning

### 3.5.1 Internationell samverkan inom klinisk forskning

Ett sätt att mäta internationellt forskningssamarbete är att mäta andelen svenska publikationer som är samförfattade med forskare från andra länder. Vetenskapsrådet redovisar i Forskningsbarometern (2023) internationellt forskningssamarbete genom att mäta andelen svenska publikationer som är samförfattade med forskare från andra länder. Denna andel har ökat stadigt i Sverige under en längre tid. Svenska forskare sampublicerar mest med forskare verksamma i USA. Inom klinisk medicin finns minst en författare från ett annat land med på runt 70 procent av publikationerna. Enligt Vetenskapsrådet är andelen publikationer från 2016–2020 som är samförfattade med forskare från andra länder och en ALF-region 65 procent<sup>116</sup>. ALF-regionernas internationella sampublicering är betydligt mer omfattande än sampublicering mellan ALF-regioner (se avsnitt 3.5.2). Det finns ingen sammanställning på nationell nivå om i vilken utsträckning ALF-ersättningen används i för att möjliggöra internationellt forskningssamarbete eller deltagande i EU-program. Med tanke på omfattningen av den internationella sampubliceringen talar mycket för att ALF-ersättningen används för att finansiera svensk medverkan i internationella samverkansprojekt inklusive EU-program.

### 3.5.2 Nationell samverkan inom klinisk forskning

Vissa forskningsfinansierande myndigheter uppställer i dag krav på samverkan inom vissa utlysningar. Inom den kliniska forskningen är ett tydligt exempel den satsning på klinisk behandlingsforskning som Vetenskapsrådet finansierar i samarbete med Sveriges samtliga regioner. Forskningen som finansieras ska vara klinisk och ske i nationell samverkan. Den ska också utgå från de behov som finns i hälso- och sjukvården och förväntas leda till patient- och samhällsnytta inom en relativt kort tidsperiod.

---

<sup>116</sup> Vetenskapsrådet, e-postkonversation, 9 januari 2024

## Samverkan mellan ALF-regioner

Vetenskapsrådets senaste utvärdering av den kliniska forskningen kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet<sup>117</sup> visar att svensk klinisk forskning generellt håller hög kvalitet och i flera fall mycket hög kvalitet. Men ett område som återigen lyfts är att svensk klinisk forskning skulle gynnas av fler och större nationella och internationella samarbeten. Trots att det skett förbättringar sedan den utvärdering som gjordes 2018 konstaterar expertpanelerna att fortsatta åtgärder kan behövas för att stärka samarbeten. Samtidigt som statistiken tydligt visar att det finns ett klart samband mellan hur många regioner som samverkat för att framställa en publikation och artikelns citeringsgenomsnitt (figur 3.12), så sker i 77 procent av den totala publiceringsvolymen inom ALF-regionerna 2018–2021 ingen samverkan mellan regioner. Enligt Vetenskapsrådet är det endast 23 procent av ALF-regionernas publikationer under åren 2016–2020 som visar på nationell samverkan mellan regioner, medan 65 procent av ALF-regionernas publikationer under samma tid visar på internationell samverkan<sup>118</sup>.

Man konstaterar vidare i Vetenskapsrådets utvärdering att svenska forskare är mindre rörliga, både inom landet och på internationell nivå, än i andra jämförbara länder.

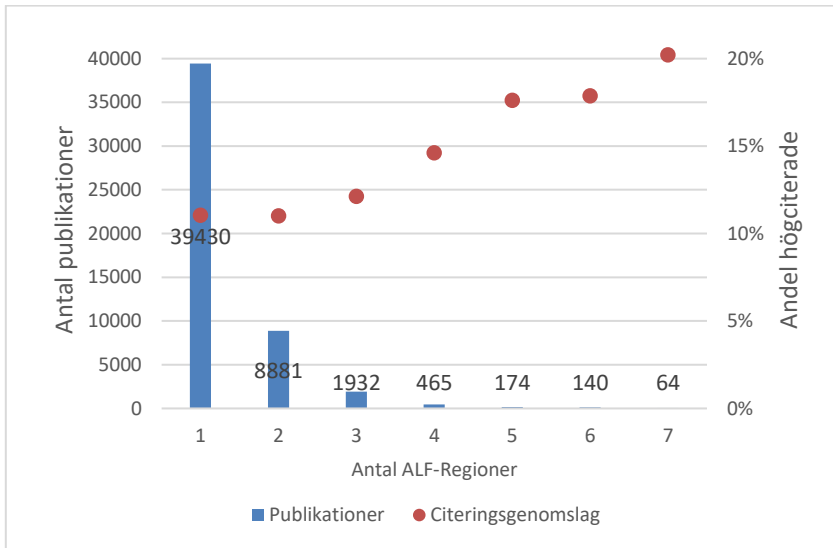
---

<sup>117</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet, 2023 års utvärderingsrapport, VR 2315

<sup>118</sup> Vetenskapsrådet, e-postkonversation, 9 januari 2024

**Figur 3.12 Sampublikationer mellan ALF-regionerna under perioden 2018–2021**

Antal sampublikationer mellan regioner och citeringsgenomslag



Kategorierna visar hur många regioner som finns representerade bland författaradresserna per publikation, där 1 är en enskild region och 7 är samtliga regioner. Citeringsgenomslag över 10 motsvarar ett värde högre än det globala genomsnittet. Källa: Vetenskapsrådet<sup>119</sup>

<sup>119</sup> [Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](#)

## 4 Uppföljning och utvärdering av läkarutbildning och klinisk forskning

ALF-ersättningen och dess effekter följs upp på olika sätt. Dessa inkluderar ekonomiska uppföljningar och olika former av uppföljningar av utvecklingen för läkarutbildning och forskning. ALF-avtalet följs även upp genom utvärderingar av universitetssjukvården och den kliniska forskningens kvalitet (se avsnitt 4.4). Dessutom har Universitetskanslersämbetet (UKÄ) enligt sin förordning med instruktion i uppgift att ansvara för kvalitetssäkring av universitetens och högskolornas verksamhet genom bl.a. utvärdering av utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå.

### 4.1 Regionernas redovisning av ALF-ersättningens användning

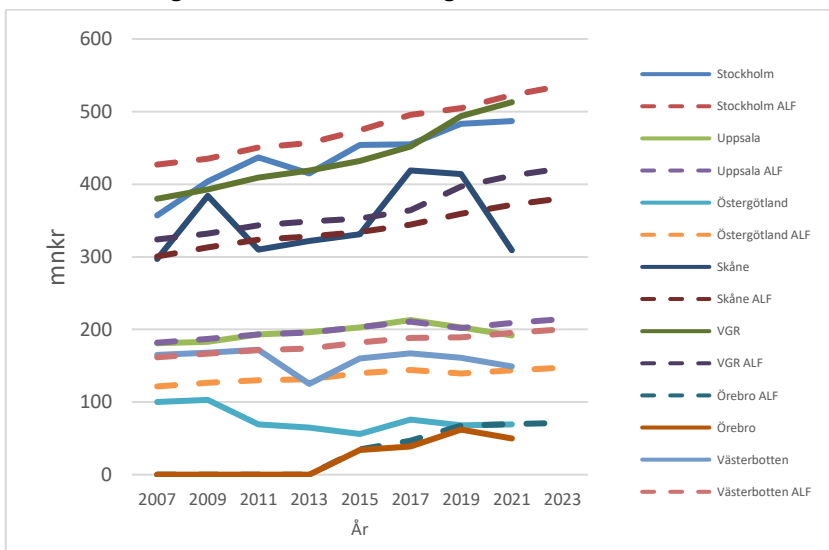
Enligt ALF-avtalet ska ersättningen användas för de kostnader som uppkommer vid medverkan i forskning och utbildning. Regionerna lämnar årligen underlag till universitetets årsredovisning (fördelning på forskning och utbildning respektive på löner, lokaler och övrigt). En gemensam uppföljning (region-lärosäte) sker i litet olika form och utsträckning och kan gälla såväl ekonomi som utbildningskvalitet mm. Lärosätena och UKÄ sammanställer årligen hur ersättningen fördelar sig på dels utbildning och forskning uppdelat på personal, lokaler och övrigt.

### 4.1.1 Sammanställningar av regionernas användning av ALF-ersättningen

Samtliga regioner redovisar vartannat år till Statistiska Centralbyrån (SCB) sina utgifter för egen forskning och utveckling (FoU) efter finansieringskälla, där ALF-ersättningen ingår som en kategori. I figur 4.1 visas ALF-regionernas redovisning till SCB samt den ALF-ersättning de tilldelats för klinisk forskning enligt budgetpropositionerna för respektive år. I vissa regioner överensstämmer redovisningen till SCB med de tilldelade medel, medan andra regioner redovisar mer eller mindre utgifter som FoU med ALF som finansieringskälla i förhållande till tilldelade medel.

**Figur 4.1 Regionernas ALF-ersättning för klinisk forskning och redovisade utgifter**

Egen FoU med ALF-ersättningen som inkomstskälla



Källa: SCB. Offentliga sektorns utgifter för egen FoU efter region, sektor, finansieringskälla och vartannat år; samt budgetpropositioner och regleringsbrev för respektive år.

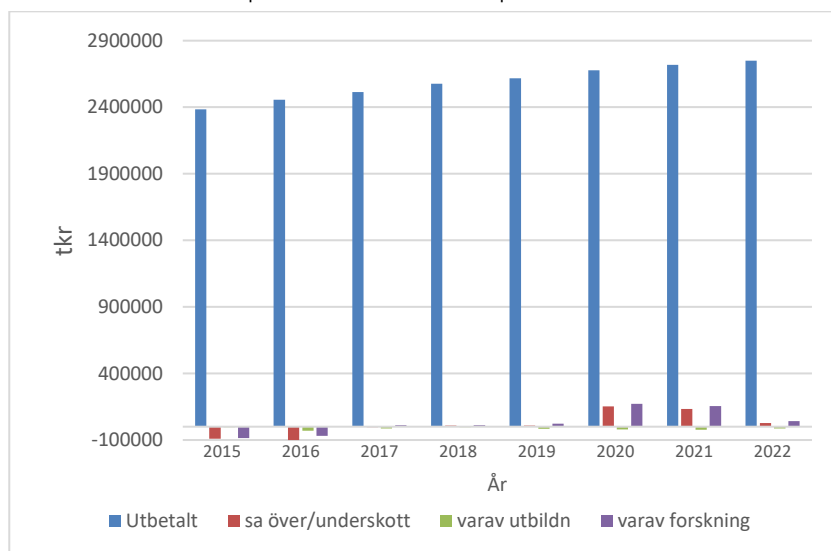
Sammanställningar av ALF-ersättningen kompliceras av att anslaget Ersättningar för klinisk utbildning och forskning förutom anslagsmedel för ”utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården” (ALF) också omfattar anslagsmedel för ”grundutbildning av tandläkare, samt odontologisk forskning och utveckling av tandvården” (TUA) och anslagsmedel för ”utveckling

av klinisk utbildning och forskning”. Regionerna redovisar till respektive universitet de medel som använts till läkarutbildning respektive forskning uppdelat på kostnader för personal, lokaler och övrigt.

Under Covid-19-pandemin uppstod ett överskott av ersättningen för klinisk forskning hos samtliga regioner (figur 4.2). Genom tilläggsavtal till ALF-avtalet 2020–2022 möjliggjordes för regionerna att använda ALF-ersättningen under ytterligare ett år och därmed kunde medel som inte förbrukats användas även följande år.

**Figur 4.2 Redovisning medel som använts till läkarutbildning respektive forskning**

Över- respektive underskott för respektive år



Källa: Statistiken är baserad på data från tabellbilagan "Redovisning av anslaget för klinisk utbildning och forskning" i Högskoleverkets och UKÄ:s årsrapporter för budgetåren 2009–2022

Det finns utmaningar med att skapa ett system på nationell nivå för att redovisa hur ALF-ersättningen använts. Enligt nu gällande ALF-avtal ska den nationella styrgruppen för ALF utveckla en redovisningsmall i syfte att ge en samlad bild av resursanvändningen. I redovisningsmallen ska det ingå en redovisning från respektive ALF-region av vilka resurser utöver ALF-ersättningen som ALF-regionen kommit överens om att samarbeta kring, men också annat som parterna i den nationella styrgruppen kommer överens om ska redovisas. Enligt protokoll från den nationella styrgruppens möte



15 mars 2017 har någon redovisningsmall inte kunnat presenteras, eftersom medlen omfattar många svårpreciserade poster, exempelvis del av infrastruktur och lokaler. Styrgruppen föreslog att Vetenskapsrådet efter avslutat utvärderingsuppdrag och med utgångspunkt i vunna erfarenheter i arbetet med ALF Panel 3 skulle lämna ett förslag på hur frågan om redovisningsmall ska hanteras. Något sådant uppdrag har dock Vetenskapsrådet inte fått.

#### 4.1.2 Användning av ALF-ersättningen inom primärvården

Det görs ingen mer detaljerad redovisning på nationell nivå av hur eller inom vilka områden ALF-ersättningen för klinisk forskning använts.

I Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvården 2018<sup>120</sup> gjordes en fördjupade granskning av ett urval av enheter inom allmänmedicin/primärvård. Granskningen visade på en påfallande stor variation i uppbyggnad av de sju etablerade universitetssjukvårdsenheter som besökts, där vissa regioner hade enstaka universitetssjukvårdsenhet inom primärvården medan andra regioner hade en omfattande verksamhet som involverade många vårdcentraler.

Alla sju universitetssjukvårdsenheter i granskningen uppger att de har i sin planering avsatt minst 20 procent av arbetstiden för forskning både för doktorander och för forskare. Samtidigt uppger man att det i praktiken kan bli en utmaning att få tid för forskning, bl.a. på grund av den stora mängden läkarstudenter och personalbrist i den kliniska verksamheten. Vid flera enheter upplevs att utbildningen tränger undan forskningstid för lärare och forskande läkare, vilket de menar kan riskera att forskande kliniskt verksam personal avstår från att gå vidare i sin forskarkarriär.

I granskningen uppmärksammades att enheter inom allmänmedicin/primärvård erhållit omkring 1–2 procent av den totala ALF-ersättningen för klinisk forskning i regionerna, vilket kan jämföras med utbildningsuppdraget där ALF-ersättningen för utbildningen av läkare inom allmänmedicin/primärvård uppgår till ca 10 procent av den totala ALF-ersättningen för utbildning. Kliniskt verksamma vid universitetssjukvårdsenheterna uppger att uppbyggnad av

---

<sup>120</sup> Utvärdering av universitetssjukvård Strukturer och processer, 2018-3-23

stödande strukturer för fortsatt utveckling av forskning i primärvården är angelägen för hela hälso- och sjukvårdens utveckling.

På en fråga från utredningen till några ALF-regioner har de uppgett att i medeltal ca två procent av ALF-ersättningen för klinisk forskning fördelas till forskning inom primärvården.

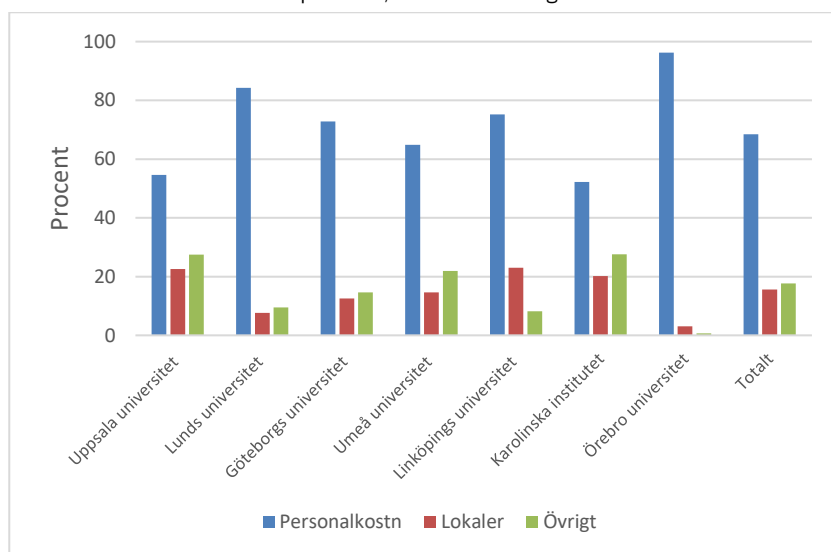
## 4.2 Utvecklingen för läkarutbildningen

### 4.2.1 Regionernas redovisning av ALF-ersättningen för läkarutbildningen

I figur 4.3 visas hur ALF-ersättningen för utbildning av läkare fördelats på de olika kostnadsslagen år 2022.

**Figur 4.3 ALF-ersättningen för utbildningen av läkare redovisade på kostnadsslag 2022**

Kostnader för personal, lokaler och övrigt



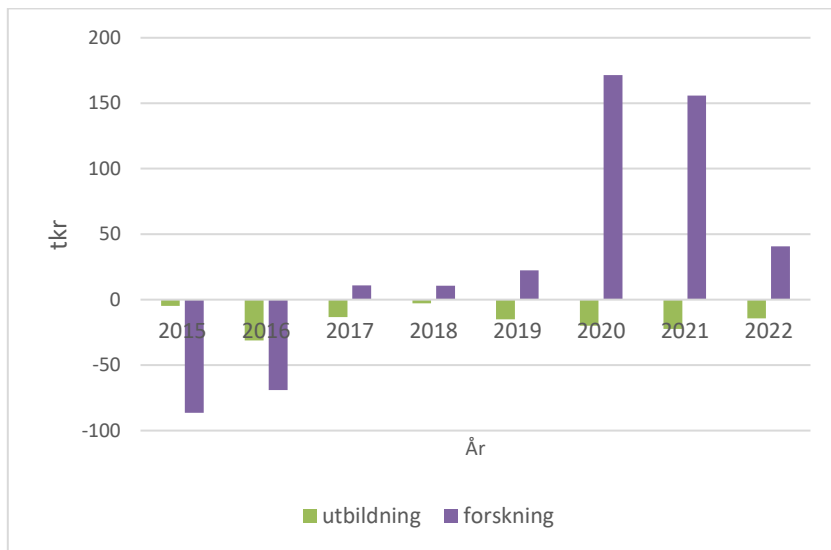
Källa: Universitetskanslersämbetes sammanställning av anslagsredovisning

Användningen av medlen på olika typer av kostnader skiljer sig en del mellan lärosätena och dessa skillnader har varit relativt stabila under avtalsperioden. Skillnaderna kan också bero på skillnader i

regionernas sätt att redovisa. Den uppföljning som görs av ALF-ersättningen synes vara ganska översiktlig. De flesta regioner anger att de följer upp förbrukning och vad som levererats av utbildning i förhållande till vad som planerats/budgererats och man har en avvikelshantering som kan se lite olika ut. Det är svårt att få en samlad överblick eftersom regionerna gör olika.

I den redovisning som regionerna gör till universiteten har angivits över- och underskott som varierat mellan minus 4,1 procent och plus 5,7 procent under perioden 2015–2022. De relativt stora överskotten för forskningsdelen under pandemi-åren 2020–2022 kan förklaras med svårigheterna att genomföra klinisk forskning under pandemin (figur 4.4). Noterbart är emellertid att det under hela den aktuella perioden redovisats ett underskott för utbildningsdelen. Underskotten har framför allt uppkommit i Linköping och under senare år även Umeå. Dessa är också de universitet som har regionaliserat läkarutbildningen.

**Figur 4.4** Samtliga ALF-regioners redovisade över- och underskott av ALF-ersättningen för utbildning av läkare respektive forskning 2015–2022



Källa: Universitetskanslersämbetes sammanställning av anslagsredovisning

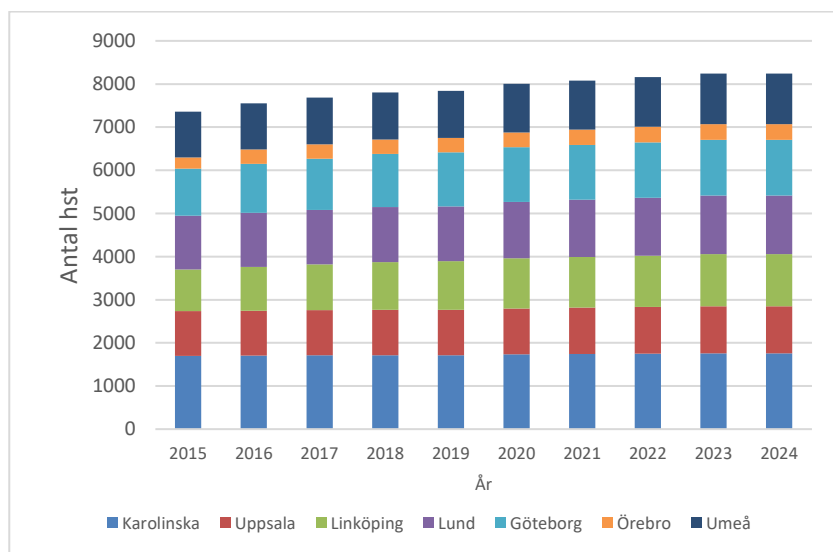
Notera att överskotten för forskningen under åren 2020–2022 påverkades av möjligheten till viss klinisk forskning begränsades under Covid-19 pandemin.

Det förekommer också att medel för utbildning går fram och tillbaka mellan regioner och lärosäten, enligt UKÄ. Universiteten köper resurser från regionerna. Regionerna får t ex köpa lokaler och vissa andra resurser från lärosätena. Någon samlad bild av detta finns inte och är svår att teckna<sup>121</sup>.

#### 4.2.2 Utveckling baserat på antalet helårsstudenter på läkarutbildningen

I ALF-avtalet 2015 slogs fast hur många helårsstudenter som varje berörd region minst skulle ta emot för verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Antalet har sedan justerats upp utifrån beslutade ändringar av antalet platser på utbildningen. I figur 4.5 framgår antalet helårsstudenter per lärosäte enligt ALF-avtalet.

Figur 4.5 Antal helårsstudenter enligt budgetpropositionen 2015–2024



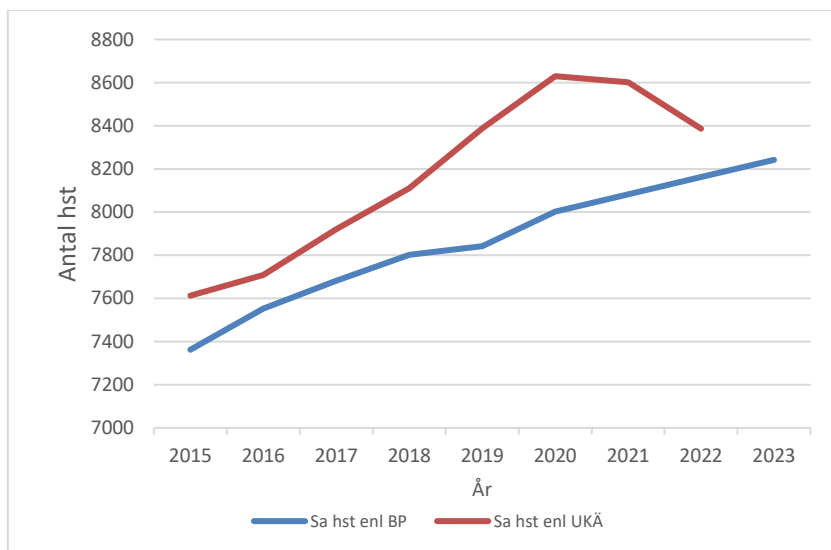
Källa: Budgetpropositionen för respektive år

En jämförelse görs i figur 4.6 mellan det fastslagna minsta antalet helårsstudenter i budgetpropositionen för respektive år och det antal helårsstudenter som faktiskt är inskrivna på utbildningen enligt

<sup>121</sup> Utredningen har haft kontakt med Ekonomistyrningsverket kring detta men de kan inte ta fram kvalitetssäkrade siffror på köpen mellan regioner och universitet

UKÄ:s statistik. Antalet faktiskt inskrivna helårsstudenter överstiger klart det minimi-antal som fastställts för ALF-anslaget. En minskning kan dock noteras efter 2020, vilket framför allt förklaras av att lärosätena tillfälligt har justerat dimensionering av utbildningarna inför övergången till den nya läkarutbildningen.

**Figur 4.6** Jämförelse mellan antalet planerade helårsstudenter i budgetpropositionen och antal faktiska helårsstudenter enligt UKÄ, 2015–2023

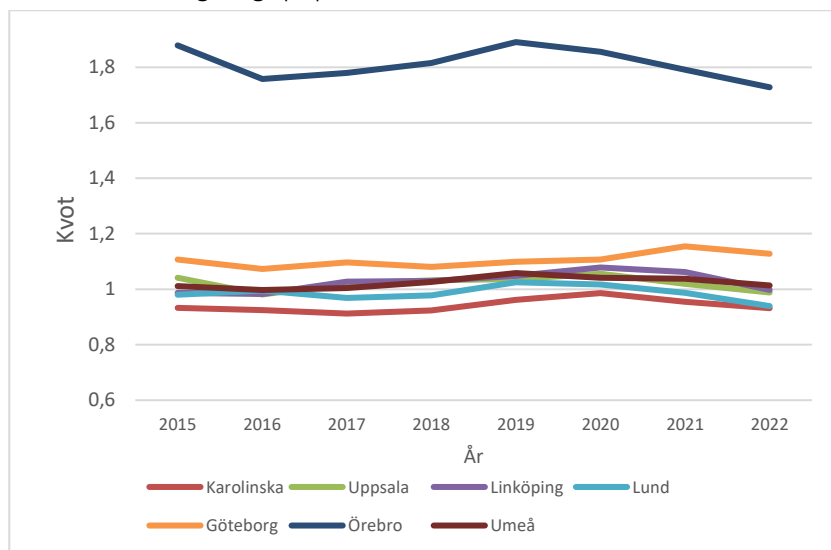


Källa Universitetskanslersämbetet (inskrivna helårsstudenter) och budgetpropositionen för respektive år

Det är framför allt Örebro universitet som utbildar långt fler helårsstudenter än vad de får ersättning för. Linköping, Uppsala och Umeå har under hela avtalstiden utbildat ungefär så många helårsstudenter som de fått ersättning för medan Göteborg utbildat fler. Lund ligger något under, med något undantag. Karolinska har utbildat färre i förhållande till antalet helårsstudenter i budgetpropositionen hela perioden, men har nu börjat närma sig den avtalade nivån. Alla minskar dock sitt antal helårsstudenter 2021–2022 (figur 4.7).

**Figur 4.7** Kvot mellan antalet faktiska helårsstudenter och planerade antal helårsstudenter för 2015–2022

Inskrivna helårsstudenter enligt UKÄ och planerade helårsstudenter enligt budgetpropositionen



Källa Universitetskanslersämbetet (inskrivna helårsstudenter) och budgetpropositionen för respektive år

Eftersom den ersättning per helårsstudent som lärosätena erhåller är fastställd på förhand och inte varierar mellan lärosätena, innebär det att de medel per helårsstudent som universiteten i realiteten förfogar över har varierat. Detta är dock något som varje universitet till stor del själv styr över. Men universiteten kan också ha litet olika förutsättningar som inte beaktas vid fördelningen. Det kan t.ex. handla om skillnader i förutsättningar mellan storstad och glesbygd och olika behov av att förlägga VIL till andra regioner än de som är parter i ALF-avtalet. Förslag om en utökad regionalisering av läkarutbildningen, dvs. att vissa terminer helt förläggs till andra studieorter, och kostnaderna för detta har bl.a. behandlats av Tillgänglighetsutredningen<sup>122</sup>.

Vissa universitet har en större andel studenter som avbryter sin utbildning t.ex. för flytt till annat universitet. Prestationsgraden (antalet avklarade högskolepoäng omräknade till helårsprestationer dividerade med antalet helårsstudenter) kan också variera av olika

<sup>122</sup> SOU 2022:22

skäl. Idag tas ingen hänsyn till produktivitet och effektivitet vid olika lärosäten i detta sammanhang. Om sådana överväganden ska vägas in i en framtida fördelning behöver det göras ett genomgripande analysarbete med konsekvensbeskrivningar.

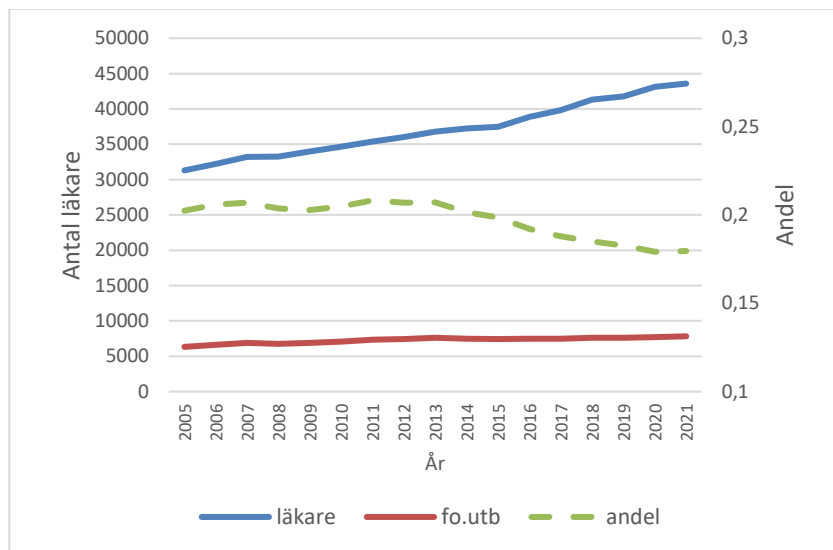
## **4.3 Utvecklingen för klinisk forskning**

### **4.3.1 Utveckling baserat på antal och andel disputerade läkare**

Samtidigt som antalet anställda läkare under de senaste årtiondena ökat stadigt (se avsnitt 3.2.11), har även antalet forskarutbildade läkare ökat, om än inte i samma takt, varför andelen forskarutbildade läkare (<65 år) under de senaste 15–20 åren har minskat något. Enligt siffror från Statistiska Centralbyrån (SCB) fanns år 2021 ca 18 procent forskarutbildade läkare under 65 år mot 20–21 procent under åren 2005–2015 (figur 4.8). Otrygga anställningsvillkor, dålig löneutveckling samt svårighet att få sammanhängande forskningstid är enligt Sveriges Läkarförbund några av orsakerna till att läkare väljer att inte forska<sup>123</sup>.

---

<sup>123</sup> Sveriges Läkarförbund, Forskningspolicy 2020

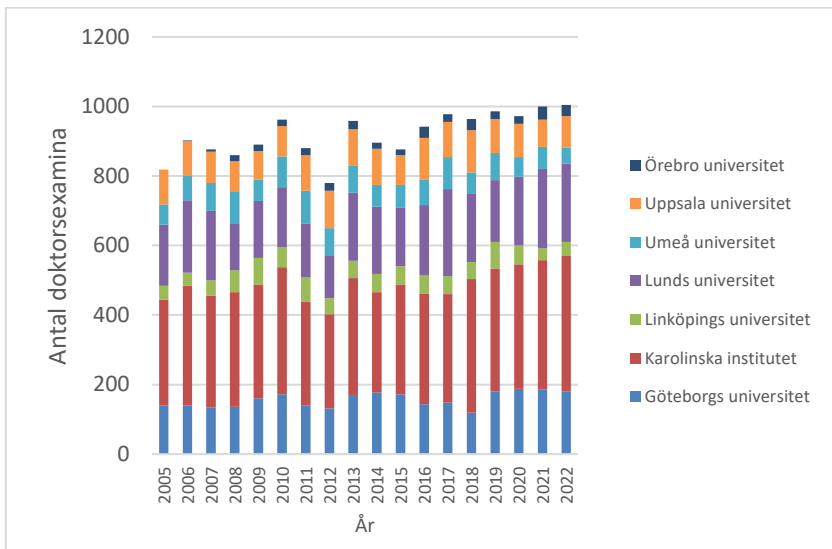
**Figur 4.8** Antalet anställda läkare och andelen forskarutbildade i gruppen 18–64 år, 2012–2021

Källa: SCB. Anställda 16–64 år efter yrke och utbildningsnivå

Antalet doktorsexamina inom klinisk medicin har också ökat något under samma tid (figur 4.9). Antalet kliniska doktorsexamina är högst vid Karolinska institutet, följt av Lunds universitet och Göteborgs universitet.



**Figur 4.9** Antal doktorsexamina inom klinisk medicin vid olika lärosäten 2005–2022

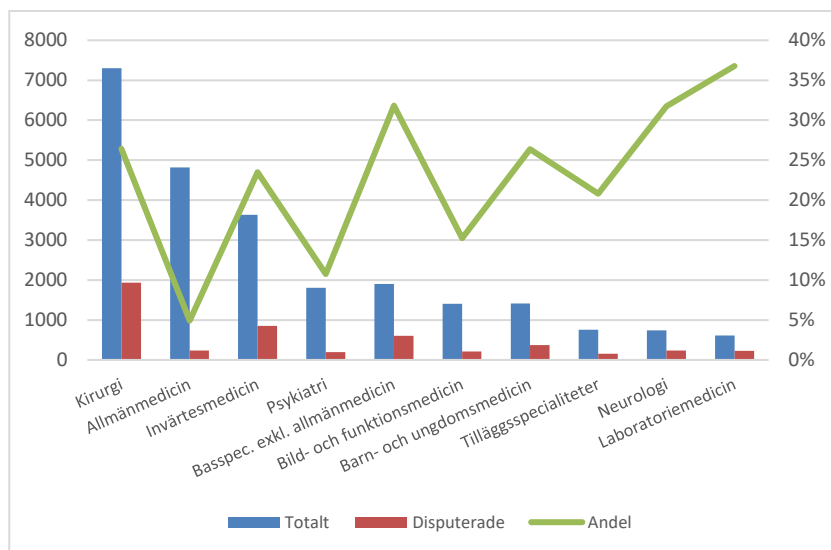


Källa: Universitetskanslersämbetet, Doktorsexamina enl. forskningsämnesindelning, Klinisk medicin

Inom olika specialismråden varierar andelen disputerade stort. Enligt statistik från SCB var antalet anställda läkare med specialistkompetens inom hälso- och sjukvården ca 25 000 år 2021. Av dessa hade 21 procent en doktorsexamen<sup>124</sup>. Inom allmänmedicin har antalet doktorsexamina per år under samma tidsperiod varierat mellan 13 och 30 (medeltal 20) utan någon tydlig trend till ökning eller minskning. Antalet doktorsexamina inom allmänmedicin utgör ca 5 procent av samtliga doktorsexamina inom klinisk medicin. Även inom psykiatri vara andelen disputerade lågt, 11 procent. Inom laboriemedicin var närmare 40 procent disputerade (figur 4.10).

<sup>124</sup> Det totala antalet skiljer sig mellan statistiken från SCB och Socialstyrelsen. Socialstyrelsen redovisar genom HOSP-registret alla som har en specialistlegitimation och som är anställda inom hälso- och sjukvården, oavsett yrkesroll. SCB har sammanställt uppgifter som omfattar alla som är anställda inom hälso- och sjukvården i yrkesrollen läkare och som dessutom enligt Socialstyrelsen har specialistbevis. SCB redovisar även hur många av dessa anställda läkare som är forskarutbildade

Figur 4.10 Antal och andel disputerade inom olika specialiteter



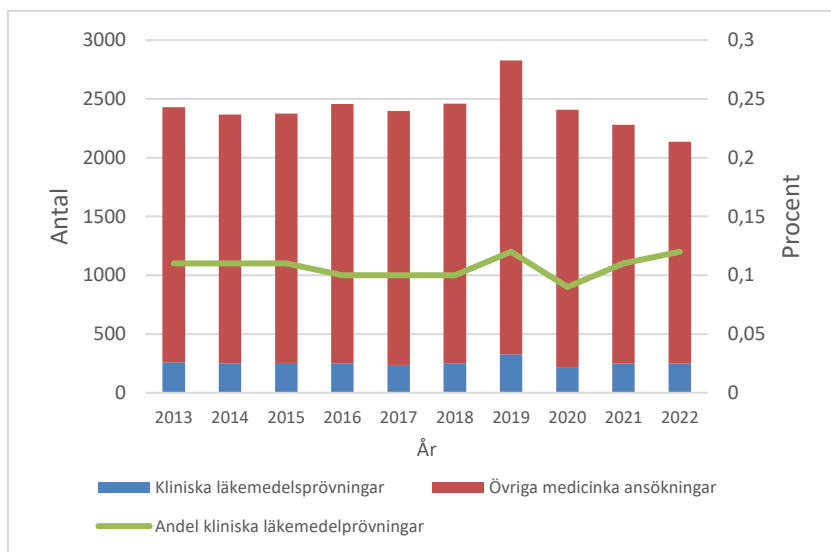
Källa SCB. Antal förvärsarbetande specialistutbildade läkare (Ssyk4 = 211) 16–74 år med yrkeslegitimation, efter SNI, utbildningsnivå och inriktning. Socialstyrelsens register över yrkeslegitimation och LISA 2021.

Notera: Socialstyrelsen redovisar genom HOSP-registret alla som har en specialistlegitimation och som är anställda inom hälso- och sjukvården, oavsett yrkesroll. SCB har sammanställt uppgifter som omfattar alla som är anställda inom hälso- och sjukvården i yrkesrollen läkare och som dessutom enligt Socialstyrelsen har specialistbevis. SCB redovisar även hur många av dessa anställda läkare som är forskarutbildade

### 4.3.2 Utveckling av klinisk forskning baserat på ansökningar om etikprövning

Enligt Vetenskapsrådet ligger antalet inkomna etikprövningsansökningar som avser kliniska studier vanligtvis i intervallet 2 200–2 400 ansökningar per år (figur 4.11).

**Figur 4.11 Etikprövningsansökningar som avser medicinsk forskning 2013–2022 uppdelat på kliniska läkemedelsprövningar och övriga medicinska ansökningar**



Källa Vetenskapsrådet Etikprövningsansökningar för kliniska studier<sup>125</sup>

Statistiken baserad på årsredovisningarna för de regionala etikprövningsnämnderna (2013–2018) och Etikprövningsmyndigheten (2019–2022),

Enligt Universitetskanslersämbetet har Covid-19-pandemin haft olika påverkan på förutsättningarna för forskningen inom flera områden. Inom medicin och hälsovetenskap har restriktioner för patientbesök påverkat forskningen. Forskningen har också blivit lidande på grund av att utbildningen tagit mer tid i anspråk i och med omställningen till distansundervisning. Forskare har inte kunnat utnyttja sina forskningsmedel i samma utsträckning som planerat, vilket lett till att förbrukningen av forskningsmedel har minskat<sup>126</sup>. Det är därför rimligt att anta att antalet ansökningar etikprövning inom det medicinska området minskade något under åren 2020–2022. Enligt preliminära uppgifter från Vetenskapsrådet har dock denna trend vänt och år 2023 väntas åter visa ett stort antal ansökningar.

<sup>125</sup> [Etikprövningsansökningar för kliniska studier - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](https://www.vr.se/etikprovningsansokningar-for-kliniska-studier)

<sup>126</sup> Källa UKÄ UoH årsrapport 2022

### 4.3.3 Utveckling av klinisk forskning baserat på bibliometri

Medicin och hälsovetenskap stod för den största forskningsvolymen i Sverige under 2020 mätt i antalet publikationer<sup>127</sup>. I internationell jämförelse står sig den svenska kliniska forskningen relativt väl och visar på en stor bredd. Enligt Vetenskapsrådet ligger Sverige med 11 procent strax över världsgenomsnittet i citeringsgenomslag inom biomedicin (vilket är 10 procent). Klinisk medicin är det ämnesområde där Sverige producerar mest och dessutom ligger över världsgenomsnittet för både citeringsgenomslag (11 procent) och ämnesspecialisering, dvs både hur mycket artiklarna citeras och hur många artiklar som produceras. Citeringsgenomslaget för klinisk medicin ligger i Danmark, Norge och Finland på 11, 10 respektive 10 procent; och på 15 procent i Storbritannien och 13 procent i USA<sup>128</sup>. Inom hälsovetenskap ligger Sverige strax under världsgenomsnittet (9 procent) i citeringsgenomslag, även om antalet publicerade artiklar är högt. Internationell sampubliceringen har ökat under den senaste tioårsperioden inom alla ämnesområden. Sampublicering är vanligast inom biologi, fysik, agronomi och biomedicin, men den är också vanlig inom klinisk medicin<sup>129</sup>.

ALF-regionerna står för huvuddelen av den svenska produktionen av vetenskapliga artiklar inom klinisk medicin och antalet publikationer har stadigt ökat under de senast 10 åren. Samtidigt har ALF-regionernas citeringsgenomslag, dvs. andelen högciterade publikationer under samma tid legat tämligen konstant på ca 11 procent (figur 4.12).

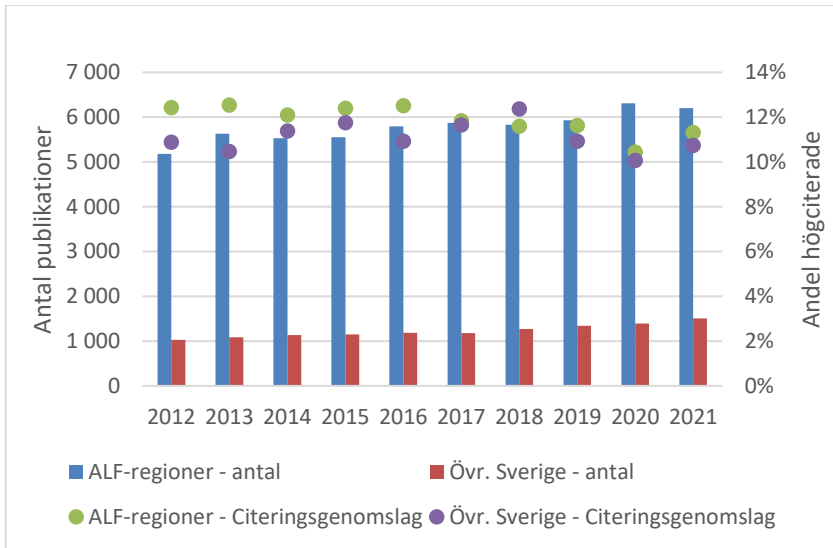
---

<sup>127</sup> UKÄ årsrapport 2022

<sup>128</sup> Vetenskapsrådet, e-postkonversation, 21 februari 2024

<sup>129</sup> Vetenskapsrådet, Forskningsbarometern 2023 – Svensk forskning i internationell jämförelse, VR2326

**Figur 4.12** Antal publikationer och citeringsgenomslag för svensk klinisk forskning perioden 2012–2021



Källa: Vetenskapsrådet, Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning<sup>130</sup>

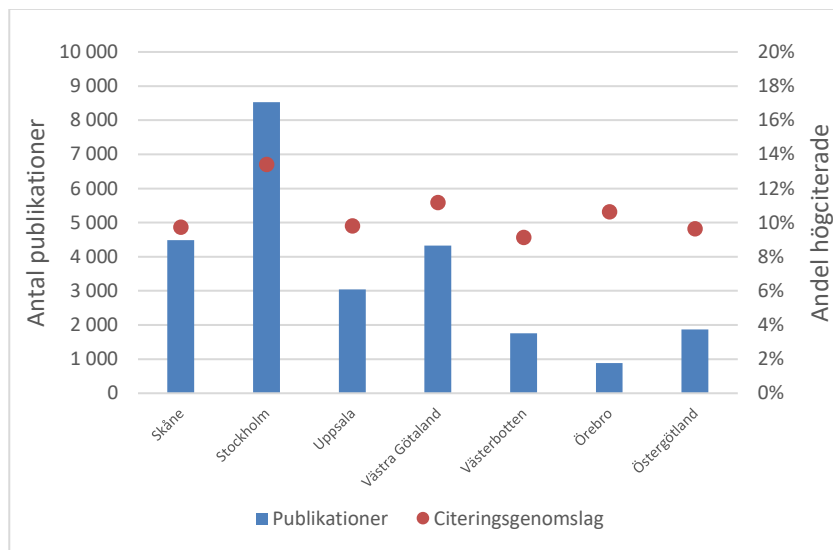
Citeringsgenomslag över 10 procent motsvarar ett värde högre än det globala genomsnittet.

\*Övriga Sverige: Publikationer inom klinisk forskning från övriga svenska universitet, högskolor och organisationer, t.ex. Stockholms universitet, Malmö universitet och Astra Zeneca. (Källa: Vetenskapsrådet, Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning - Vetenskapsrådet (vr.se))

ALF-region Stockholm stod för 34 procent av den totala publikationsvolymen under 2018–2021 och hade också högst citeringsgenomslag, motsvarande en andel på knappt 14 procent av de högst citerade artiklarna (figur 4.13).

<sup>130</sup> [Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](https://www.vr.se/om-vr/statistik/bibliometrisk-statistik-for-publikationer-inom-klinisk-forskning)

**Figur 4.13** Antal publikationer och citeringsgenomslag per ALF-region för perioden 2018–2021

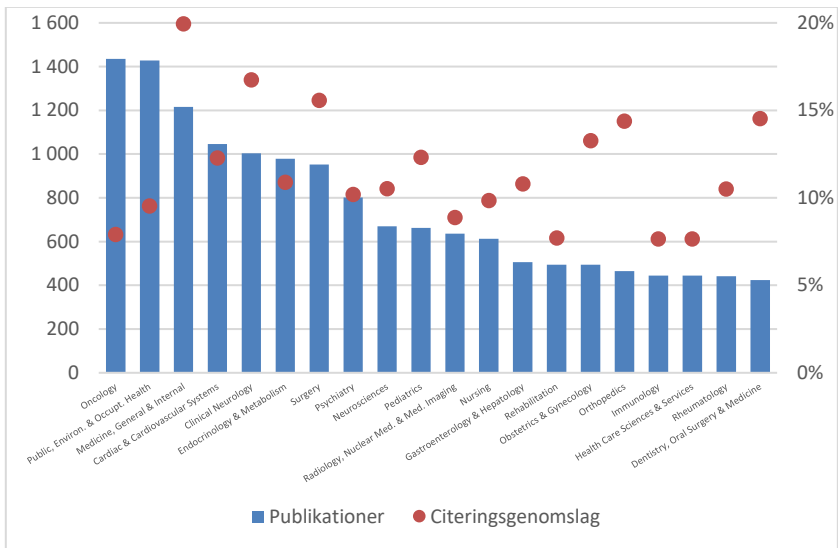


Källa: Vetenskapsrådet, Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning<sup>131</sup>  
Citeringsgenomslag över 10 procent motsvarar ett värde högre än det globala genomsnittet.

De områden som hade störst publiceringsvolym under 2018–2021 var onkologi och folkhälso- och miljömedicin med drygt 1 400 publikationer vardera, men det största citeringsgenomslaget var inom områden som publiceras i mer generella medicinska tidskrifter (*medicine, general & internal*), som hade 20 procent av de högst citerade artiklarna (figur 4.14).

<sup>131</sup> [Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](https://www.vr.se/om-oss/rapporter-och-statistik/bibliometrisk-statistik-for-publikationer-inom-klinisk-forskning)

**Figur 4.14 De största forskningsämnena sett till publikationsvolym samt citeringsgenomslag per ämne för perioden 2018–2021**



Källa: Vetenskapsrådet, Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning<sup>132</sup>  
 Ämnesindelningen är baserad på tidskriftsklassificeringen i Web of Science. Notera att ämnet Medicine, General & Internal innehåller publikationer i mer generella medicinska tidskrifter. Citeringsgenomslag över 10 motsvarar ett värde högre än det globala genomsnittet.

ALF-regionerna uppvisar olika mönster när det gäller citeringsgenomslag. Exempelvis har Region Skåne sitt högsta citeringsgenomslag inom klinisk neurologi (26 procent), Stockholm, Västra Götaland och Uppsala inom områden som publiceras i mer generella medicinska tidskrifter (25, 20 respektive 18 procent), Örebro inom pediatrik (23 procent), Östergötland inom idrottsmedicin (20 procent) och Uppsala inom hjärta och kärl (18 procent)<sup>133</sup>.

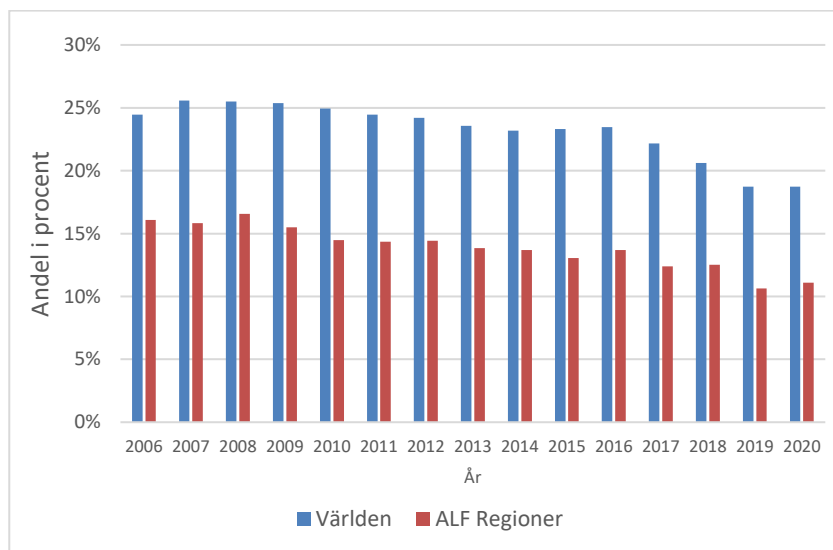
En stor andel publikationer inom klinisk forskning citeras aldrig eller sällan. Enligt Vetenskapsrådet är det ca 15 procent av ALF-regionernas publikationer under åren 2006–2020 som aldrig citeras, vilket ska jämföras med ett världsgenomsnitt på ca 23 procent av alla kliniska publikationer som aldrig citeras (figur 4.15). ALF-region Stockholm hade under samma period ca 12 procent av sina artiklar som aldrig citerades<sup>134</sup>.

<sup>132</sup> [Bibliometrisk statistik för publikationer inom klinisk forskning - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](#)

<sup>133</sup> Bibliometrisk statistik från Vetenskapsrådet

<sup>134</sup> Bibliometrisk statistik från Vetenskapsrådet

**Figur 4.15** Andelen publikationer utan citeringar hos ALF-regioner respektive i världen under 2006–2020



Källa: Bibliometrisk statistik från Vetenskapsrådet

## 4.4 Utvärderingar som genomförts i enlighet med gällande ALF-avtal

Enligt det ALF-avtal som trädde i kraft 2015 ska såväl universitetssjukvården som den kliniska forskningens kvalitet regelbundet utvärderas. Utvärdering av universitetssjukvården och den kliniska forskningens kvalitet har genomförts vid två tillfällen. De första utvärderingarna blev klara 2018 och den andra omgången utvärderingar publicerades 2023.

### 4.4.1 Utvärdering av universitetssjukvården

Socialstyrelsen har haft i uppdrag att utvärdera universitetssjukvården i de regioner som omfattas av ALF-avtalet. Utvärderingarna har skett med utgångspunkt i de förslag som den nationella styrgruppen för ALF beslutat. Utvärderingarna har bland annat baserats på självvärderingar av de regionala ledningsorganen och utvalda universitetssjukvårdsenheter samt platsbesök i ett urval



universitetssjukvårdsenheter. Socialstyrelsen hade i samband med den första utvärderingen i uppdrag att föreslå en miniminivå som universitetssjukvården bör uppnå. Vid det uppföljande uppdraget skulle Socialstyrelsens fastslå miniminivåerna och utvärderingen ske med utgångspunkt i dessa.

Den första utvärderingen av universitetssjukvården<sup>135</sup> byggde på en enkätundersökning med utgångspunkt i de kriterier för universitetssjukvårdsenheter som den nationella styrgruppen för ALF har beslutat. Enkätsvaren från alla de 202 utsedda universitetssjukvårdsenheterna tillsammans med resultaten från en fördjupade granskning vid 34 universitetssjukvårds-enheter visade att de flesta enheterna i stort uppfyller kriterierna avseende klinisk forskning, utbildning av läkare och utveckling av hälso- och sjukvård samt infrastruktur.

Socialstyrelsen lämnade förslag till fortsatt arbete för regionala ledningsorgan och universitetssjukvårdsenheter inom några områden. Det handlade för den kliniska forskningens del t.ex. om forskningskompetens hos ledningen av universitetssjukvårdsenheter och strategier som stödjer karriärutvecklingen för kliniska forskare. Man rekommenderade att handledare för läkarstuderande under den kliniska delen av utbildningen ska ha en pedagogisk handledarutbildning. Det bör även finnas en strategi för innovation och en handlingsplan för systematisk implementering av kunskapsstöd och ökad patientdelaktighet i forsknings- och utvecklingsarbetet.

I rapporten föreslår Socialstyrelsen 27 miniminivåer för universitetssjukvården. Dessa har fokus på universitetssjukvårdsenheterna och gäller strukturer, processer och i några fall resultat. Elva miniminivåer berör klinisk forskning, åtta miniminivåer berör utbildning av läkare, och åtta miniminivåer berör utveckling av hälso- och sjukvård.

Som komplement till enkätundersökningen genomfördes en fördjupad granskning av ett urval universitetssjukvårdsenheter inom fem områden där en enhet per område och region besöktes av en expertpanel. De områden som granskats är barnsjukvård, kvinno- sjukvård, onkologi, psykiatri och allmänmedicin/primärvård. Resultaten visar bland annat att det råder en brist på personer med docentkompetens och att flera av enheterna står inför en besvärlig

---

<sup>135</sup> Utvärdering av universitetssjukvård Strukturer och processer, 2018-3-23

generationsväxling. Det finns också ett behov att öka andelen forskarutbildade inom flera yrkesgrupper än läkare.

Den andra utvärderingen av universitetssjukvården<sup>136</sup> redovisar status inom universitetssjukvården avseende efterlevnaden av ALF-avtalet och de miniminivåer som Socialstyrelsen beslutat. Enkät svar från 292 universitetssjukvårdsenheter har inhämtats. Rapporten är tänkt att användas som ett stöd för kvalitetsdrivande arbete genom att lyfta förbättringsområden och lärande exempel.

Socialstyrelsen konstaterar i sin rapport att trots att utvecklingen går framåt är alla delar av ALF-avtalet inte uppfyllda. Det saknas i de flesta ALF-regioner gemensamt beslutade målsättningar och strategier för de delar som avtalet omfattar. Sådana strategier skulle enligt Socialstyrelsen ge arbetet en tydligare riktning och göra det enklare att följa upp. Vidare konstaterar Socialstyrelsen att samtliga universitetssjukvårdsenheter ska uppnå alla miniminivåer för att ALF-avtalet ska vara uppfyllt, men att endast 5 av de 27 beslutade miniminivåerna uppnås av samtliga sjukvårdsenheter. Den enskilda miniminivå som uppnås i lägst grad (54 procent av alla universitetssjukvårdsenheter) är att all personal som deltar i verksamhetsintegrerat lärande för läkare ska ha pedagogisk utbildning. Enheterna behöver också bli bättre på att använda de uppgifter som samlas in genom kvalitetsregister och av patientupplevelser av vården och sin hälsa i sitt utvecklingsarbete.

En fördjupad granskning av universitetssjukvårdsenheter inom fem olika medicinska områden visade stora skillnader i förutsättningar mellan dem. De områden som granskats är barn- och ungdomspsykiatri, allmänmedicin och primärvård, neurologi, ortopedi och akutsjukvård. En universitetssjukvårdsenhet i varje ALF-region valdes ut för fördjupad granskning inom var och en av specialiteterna. I primärvården finns relativt få forskare bland den kliniskt aktiva personalen. Inom både primärvård och barn- och ungdomspsykiatri är sjukvården ofta geografiskt spridd inom samma sjukvårdsenhet vilket gör det utmanande för forskarna att samverka inom enheten.

---

<sup>136</sup> Utvärdering av universitetssjukvård inom ALF avtalet 2018 2021, Uppföljning av klinisk forskning, läkarutbildning och hälso- och sjukvårdens utveckling – miniminivåer och kvalitetsutveckling, 2023-5-8563

#### 4.4.2 Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet

Vetenskapsrådet har haft i uppdrag att genomföra utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet vid båda utvärderingstillfällena. Utvärderingarna baseras på den modell för utformning och genomförande av utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet som den nationella styrgruppen har arbetat fram och som har genomförts av tre oberoende internationella expertpaneler. Noteras bör att utvärderingarna inte skiljer på ALF-finansierad klinisk forskning och klinisk forskning som finansieras på annat sätt, eftersom det inte är praktiskt möjligt att identifiera och särskilja forskning, infrastrukturer och tjänster som helt eller delvis finansieras av ALF. All klinisk forskning som bedrivs av en eller båda parter i en ALF-region, oavsett finansiering, har därför inkluderats i utvärderingarna. Däremot ska experterna vid bedömningen av en ALF-region ta hänsyn till storleken på ALF-regionens andel av den totala ALF-ersättningen.

Den första utvärderingen<sup>137</sup> av den kliniska forskningens kvalitet, som genomfördes under 2017–2018, visade att svensk klinisk forskning generellt höll hög kvalitet. Kvalitetsregistren och biobankerna lyftes som viktiga förutsättningar för den kliniska forskningen i Sverige. Vidare konstaterades att fler och större samarbeten inom vissa forskningsområden samt större samordning mellan de olika kvalitetsregistren skulle kunna höja kvaliteten på svensk klinisk forskning ytterligare. Alla ALF-regioner visade på styrkor inom olika forskningsområden. Utvärderingen visade även att det finns utrymme för förbättringsåtgärder i samtliga ALF-regioner. Fyra ALF-regioner bedömdes hålla en mycket hög kvalitet i minst ett av de tre bedömningsområdena, och därmed få del av ytterligare medel ut fördelningspotten ur den kvalitetsbaserade resursfördelningen. Dessa regioner lyftes fram som goda exempel inom respektive område i rapporten. En region bedömdes ha en undermålig kvalitet inom ett område och fick därmed inte del av fördelningspotten inom detta område. De tre expertpanelernas rapporter lyfter även fram vissa andra goda exempel från olika ALF-regioner vid sidan av sin övergripande bedömning. Dessutom

---

<sup>137</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de landsting som omfattas av ALF-avtalet, VR1804

identifierade expertpanelerna utvecklingsområden och rekommendationer för förbättringar.

Den andra utvärderingen från 2023<sup>138</sup> genomfördes väsentligen på samma sätt som den första utvärderingen även om vissa mindre justeringar i den partsgemensamma utvärderingsmodellen gjordes, baserat på de erfarenheter som gjordes i den tidigare utvärderingen. Bedömningsmodellen innebär att det sammanvägda betyget för respektive ALF-region enbart är relativt de övriga regionerna i samma område (panel) och inte sätts i förhållande till bedömningen i utvärderingen från 2018. Detta innebär att även om en ALF-region enligt panelernas bedömningar förbättrat sig i förhållande till regionens resultat i den tidigare utvärderingen så är det inte självklart att detta återspeglas i det sammanvägda betyget, eftersom andra ALF-regioner under samma period kan ha gjort förbättringar som panelerna bedömer väger tyngre och att enligt regelverket maximalt tre ALF-regioner kan placeras i den högsta kvalitetskategorin.

Den andra utvärderingen visar att svensk klinisk forskning fortsatt håller hög kvalitet och i flera fall mycket hög kvalitet, vilket framgår av ett antal goda exempel. Samtliga ALF-regioner visar på styrkor inom olika forskningsområden och det har skett en positiv utveckling sedan förra utvärderingen. Samtidigt finns det fortsatt utrymme för kvalitetshöjande åtgärder i samtliga ALF-regioner. Ett område som förbättrats sedan förra utvärderingen, men där fortsatta åtgärder bedöms behövas, är forskningssamverkan, både mellan svenska ALF-regioner och med internationella forskare. Omfattningen på samverkan varierar stort mellan ämnesområden och ALF-regioner och inom vissa områden konkurrerar olika ALF-regioner snarare än samverkar. Vetenskapsrådet föreslår att ALF-regionerna, genom ett större fokus på att utveckla befintliga styrkor i kombination med fler nationella och internationella samarbeten, bör kunna stärka svenska forskargrupperns ledande rykte internationellt och förbättra de vetenskapliga resultaten i svensk klinisk forskning. Utvärderingen visar också att svenska forskare är mindre rörliga, både inom landet och på internationell nivå, än i andra jämförbara länder. Även om orsakerna till detta inte är kartlagda bedömer Vetenskapsrådet att det finns ett behov av långsiktiga satsningar i syfte att öka nationellt och internationellt utbyte och samarbete för

---

<sup>138</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet, 2023 års utvärderingsrapport, VR 2315

att stärka svensk klinisk forskning och för att främja forskarrörlighet mellan olika aktörer.

Fyra ALF-regioner bedömdes hålla en mycket hög kvalitet i minst ett av de tre bedömningsområdena, och därmed få del av ytterligare medel ut fördelningspotten ur den kvalitetsbaserade resursfördelningen. Ingen region bedömdes ha en undermålig kvalitet. Samtliga ALF-regioner har tagit intryck av de rekommendationer som panelerna gav i den första utvärderingen och har vidtagit åtgärder för att utveckla verksamheten. Expertpanelerna lyfter även denna gång fram Sveriges goda förutsättningar att bedriva klinisk forskning tack vare vår tillgång till olika nationella infrastrukturer, kvalitetsregister och biobanker, men påpekar att större nationell samordning mellan kvalitetsregistren skulle kunna höja kvaliteten på den kliniska forskningen ytterligare. I expertpanelernas rapporter lyfts även goda exempel på metodik och arbetssätt som identifierats i de ALF-regioner som inte placerats i kategorin mycket hög kvalitet.

Avseende den kliniska forskningens relevans och samhällsnytta lyfte expertpanelen fram bland annat vissa regionernas starka utveckling och samverkan med life science-sektorn. Inom andra regioner lyftes starkt fokus på patient- och brukarmedverkan inom kliniska studier och en region arbetade framgångsrikt med användning av e-hälsa i gleset befolkade områden. Flera regioner kunde visa upp fallstudier av en mycket hög kvalitet.

Sammantaget ser panelerna en tydlig ökning av ALF-regionernas övergripande engagemang i forskarutbildningen, även om engagemanget och incitamenten för forskarutbildning av andra yrkeskategorier än läkare kan utvecklas. Expertpanelerna pekar även på problemet med att forskningstid ofta måste prioriteras bort till förmån för vårdproduktion, och att många kliniska forskare och doktorander har oväntat lite forskningstid, ibland mindre än 20 procent av en heltidstjänst vilket bland annat riskerar leda till att det tar allt för lång tid för kliniska doktorander att färdigställa sin avhandling och bli självständiga forskare. Man lyfter fram att hälso- och sjukvården behöver se på forskning inom vården som en naturlig och integrerad del av vården och prioritera forskning på samma sätt som vårdproduktion, då klinisk forskning är direkt avgörande för utvecklingen av hälso- och sjukvården.

## 5 Bedömningar och förslag om ALF-avtalets konstruktion och allmänna bestämmelser

### 5.1 ALF-avtalets syfte

**Utredarens förslag:** ALF-avtalets huvudsakliga syfte och parternas avsiktsförklaring om samarbete bör behållas. Systemet med regionala avtal ska bibehållas så att användande av ALF-ersättningen kan anpassas efter lokala behov och förutsättningar.

Konstruktionen med ett centralt samarbetsavtal som kompletteras med regionala avtal är ändamålsenlig samtidigt som det ger goda förutsättningar för en långsiktighet i samarbetet. Det är viktigt att varje ALF-region har ett gemensamt ledningsorgan som behandlar frågor av principiell gemensam betydelse för universitetssjukvården, verksamhetsintegrerat lärande inom läkarutbildningen och den kliniska forskningen.

En väl fungerande lösning i nuvarande ALF-avtalet är att ALF-ersättningen delats upp i en ersättning för regionernas åtaganden att medverka i den kliniska delen av läkarutbildningen och en separat ersättning för den kliniska forskningen.

Nuvarande ALF-avtal som började gälla 1 januari 2015 är till stora delar byggt på tidigare ingångna ALF-avtal mellan staten och berörda regioner. Utredaren bedömer att såväl ALF-avtalets huvudsakliga syfte som parternas avsiktsförklaring om samarbete är ändamålsenliga och bör behållas.

## Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

De flesta aktörer som utredningen talat med anser att konstruktionen med ett centralt samarbetsavtal som kompletteras med regionala avtal är bra och ändamålsenlig samtidigt som det ger goda förutsättningar för en långsiktighet i samarbetet. Graden av central styrning i nuvarande avtal är väl avvägd och man anser att det finns en stor fördel med det samarbete som skapas i de regionala avtalen mellan universitet och region.

## 5.2 ALF-avtalets namn

**Utredarens förslag:** ALF-avtalets namn ska anpassas så att det tydligare reflekterar innehållet. Begreppet ”utveckling av hälso- och sjukvården” ska ersättas av ”nyttiggörande av klinisk forskning och ny kunskap i hälso- och sjukvården”.

Sedan det första ALF-avtalet 1984 har rubriken, omfattningen och strukturen på avtalet utvecklats. Det första ALF-avtalet 1984 hade rubriken ”*Avtal om samarbete om läkarutbildning och forskning*”, därav akronymen ALF. Formuleringen om att avtalet även omfattar utveckling av hälso- och sjukvården tillkom först i och med ALF-avtalet 2004 och avspeglade parternas avsikt att fördjupa och vidga sitt samarbete inom utbildning, forskning och utveckling i syfte att förbättra vården genom fortlöpande kunskaps- och kompetensutveckling. Begreppet ”utveckling av hälso- och sjukvården” behölls i 2015 års ALF-avtal. Där tydliggjordes att parterna är överens om att gemensamt främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling.

Även om utvecklingen av hälso- och sjukvården omnämns på flera ställen i ALF-avtalet finns inga särskilda bestämmelser eller särskilda medel avsatta för detta ändamål. Däremot kan de ALF-regioner som så kommer överens avtala att andra resurser ska bli föremål för gemensam prioritering. Detta kan t.ex. vara regionens medel för forskning och utveckling som kan bli föremål för ett sådant förfarande inom ramen för samverkan med universitetet inom ALF-regionen. På den regionala nivån kan det därmed bli

frågan om samverkan kring utveckling i vissa delar av hälso- och sjukvården.

Eftersom sig de centrala ALF-avtalen från 2004 och 2015 inte innehåller några särskilda bestämmelser om utveckling av hälso- och sjukvården framstår begreppet som något otydligt i förhållande till bestämmelserna om utbildning av läkare och klinisk forskning. Samtidigt är det viktigt att resultaten av den kliniska forskningen nyttiggörs och att ny kunskap kan spridas till, och implementeras i, hela hälso- och sjukvården. Den kliniska forskningens relevans och samhällsnytta ingår redan som en viktig del i Vetenskapsrådets utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet. Inom ramen för sitt samarbete bör ALF-regionerna verka för att resultat från den kliniska forskningen omsätts i form av evidensbaserad vård.

Genom ett sådant förtydligande i ALF-avtalet om nyttiggörande av forskningens resultat kan förhoppningsvis ALF-regionernas samverkan bli tydligare inom dessa områden.

### 5.3 Det nuvarande ALF-avtalets ändamålsenlighet och framtida behov

Parterna i ALF-avtal bör inför en revidering av avtalet vara överens om ett antal viktiga principiella utgångspunkter som ALF-avtalet ska säkerställa. Dessa ska tydliggöra syftet med avtalet och samtidigt göra tydliga avgränsningar i förhållande till andra finansieringskällor för utbildning av läkare och klinisk forskning.

#### 5.3.1 Finansieringsprinciperna

<p><b>Utredarens förslag:</b> ALF-systemet och finansieringen genom ALF-ersättningen ska vara robust och stabil över tid.</p>
---

ALF-avtalet har en viktig roll för att skapa långsiktiga och stabila förutsättningar för läkarutbildning och klinisk forskning. Finansieringsprinciperna bör vara enkla, tydliga och transparenta och ge de sju ALF-regionerna möjlighet att genomföra långsiktig planering av den egna verksamheten.



### 5.3.2 Förutsättningar för verksamhetsintegrerat lärande

**Utredarens förslag:** Verksamhetsintegrerat lärande av hög kvalitet ska kunna bedrivas på samtliga lärosätens läkarprogram och på likvärdiga villkor.

Den nya 6-åriga läkarutbildningen ställer stora krav på ALF-regionerna för att kvaliteten på det verksamhetsintegrerade lärandet ska vara tillräckligt hög för att studenterna ska kunna uppfylla de nya examensmålen i högskoleförordningen.

### 5.3.3 Klinisk forskning av hög kvalitet

**Utredarens förslag:** ALF-avtalet ska ge förutsättningar för att klinisk forskning av hög kvalitet ska kunna bedrivas och att kliniska forskare kan utbildas i samtliga ALF-regioner inom hela bredden av kliniska ämnesområden. ALF-finansierad forskning ska vara fri inom ramen för definitionen av klinisk forskning så att forskningsområden, frågor och metoder formuleras och väljs fritt av forskarna själva.

ALF-systemet ska möjliggöra att det utbildas en bred bas av kliniska forskare för att möjliggöra rekrytering av

- framtida spetsforskare,
- lärare med vetenskaplig kompetens inom områden nödvändiga för den kliniska utbildningen av läkare, och
- kliniskt verksamma läkare med vetenskaplig kompetens som kan bidra till en kontinuerlig utveckling av evidensbaserad hälso- och sjukvård i hela Sverige.

ALF-ersättningen för den kliniska forskningen bör disponeras fritt av respektive ALF-region för att kunna skapa en bred bas av klinisk forskning som kan ge förutsättningar för excellent forskning inom områden där respektive ALF-region har särskilda gynnsamma förutsättningar eller behov. Det är viktigt att principen om att fritt få välja forskningsämne och forskningsmetod samt fritt publicera forskningsresultat stöds av ALF-systemet.

ALF-regionerna bör uppmuntras att skapa en bred bas av klinisk forskning av hög kvalitet där framtida excellent forskning ges möjlighet att utvecklas. En bred bas är också nödvändig för att tillse att det finns kompetenta lärare som tillser att läkarutbildningen bedrivs på vetenskaplig grund. En hög andel forskarutbildade läkare på alla vårdnivåer i hela landet säkerställer att hela hälso- och sjukvården kan bidra till den kliniska forskningen och att nya evidensbaserade metoder implementeras i vården.



## 6 Bedömningar och förslag för den 6-åriga läkarutbildningen

### 6.1 Grundläggande principer för ALF-ersättning för utbildningen av läkare

#### 6.1.1 Formerna för ersättningen

**Utredarens förslag:** Ersättningen till regionerna för deras medverkan i utbildningen av läkare ska fortsatt regleras genom en fastslagen ersättning per helårsstudent i ALF-avtalet och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår.

Ersättningen per helårsstudent ska vara lika stor för de olika ALF-regionerna oavsett geografisk placering eller andra förutsättningar.

Universitet och regioner har ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare. För att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver, är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning, och handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som studenten förutsätts nå under utbildningen. Regionerna medverkar i utbildning av läkare och klinisk forskning genom att bland annat ställa lokaler, personal och andra resurser till förfogande, vilket preciseras i regionala avtal.

Staten lämnar ersättning till regionerna för medverkan i den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare. Ersättningen som lämnas för varje år bestäms av de medel som anslås av riksdagen och för det antal helårsstudenter som riksdagen fastslår.

Två lärosäten har regionaliserat sina utbildningar, dvs. större delen av den kliniska utbildningen sker helt i närliggande regioner för grupper av studenter. Regionalisering är beslut som fattats av respektive ALF-region. Det finns både för- och nackdelar för berörda regioner med att införa en regionalisering. Det har visat sig innebära högre kostnader för såväl lärosätet som för involverade regioner men också ökade förutsättningar för samarbetsregionerna att få en god kompetensförsörjning och ett minskat resande för studenter. Övriga lärosäten som inte regionaliserat sin utbildning använder också sin samverkansregion för att genomföra verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Det innebär i praktiken att mer eller mindre samtliga svenska akutsjukhus och en stor mängd vårdcentraler används i de svenska läkarutbildningarna.

De olika ALF-regionerna har olika geografiska och andra förutsättningar för att genomföra verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Situationen kan också variera över tid. Trots detta bör det inte göras någon differentiering mellan ALF-regionerna eftersom det skulle vara svårt hitta fördelningsnycklar för en kompensation för geografiskt läge för läkarutbildningen. Det skulle också kunna bli mindre förutsägbart och skapa onödiga administrativa kostnader.

### **Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer**

De flesta anser att dagens modell, med en ersättning för det antal helårsstudenter som anges i budgetpropositionen, är bra och inte bör ändras. Man anser inte heller att regionernas olika geografiska förutsättningar är skäl till en annan fördelningsmodell. Däremot anser många att det är viktigt att se över hur Region Örebro län ersätts så att villkoren blir lika för alla ALF-regioner.

## 6.1.2 Jämlik fördelning mellan de lärosäten som bedriver läkarutbildning

### En utökning av antalet helårsstudenter i Örebro

**Utredarens förslag:** Det minsta antalet helårsstudenter som staten förväntar sig att regionerna ska ta emot, och som staten därmed lämnar ersättning för, ska justeras så att det överensstämmer det faktiska antalet som utbildas till läkare. Det innebär att Region Örebro län ska få en utökning av antalet helårsstudenter som de får ersättning för med start 2026.

Den nuvarande fördelningen av ersättningen överensstämmer inte med den faktiska volymen av läkarutbildningen, vilket innebär att ersättningen per faktiskt inskriven helårsstudent varierar mellan regionerna (se avsnitt 4.2.2). Den största avvikelsen finns i Region Örebro län som medverkar i det verksamhetsintegrerade lärandet för 70 procent fler helårsstudenter än vad regionen får ersättning för. Läkarutbildningen i Örebro behöver en kritisk massa av studenter på sitt läkarprogram för att både ha kostnadseffektivitet och kunna hålla hög kvalitet i utbildning och forskning. Det är rimligt att staten ska lämna ALF-ersättning till Region Örebro län på samma sätt som till övriga regioner som medverkar i läkarutbildningen. Mot bakgrund av prognoser över behovet av läkare framöver, och att ca 40 procent av nylegitimerade läkare idag kommer från utländska utbildningar, är det önskvärt att Örebro fortsätter att utbilda de antal läkare som de faktiskt för närvarande utbildar. Därför finns det skäl att utvidga det totala antalet helårsstudenter vid läkarprogrammet i Örebro så att de får samma ekonomiska förutsättningar för läkarutbildningen som de övriga ALF-regionerna har.

### Oförändrat antal helårsstudenter i övriga regioner

**Utredarens förslag:** Det minsta antalet helårsstudenter som staten förväntar sig att regionerna ska ta emot ska bibehållas för Region Stockholm, Region Uppsala, Region Östergötland,

Region Skåne, Västra Götalandsregionen, och Region Västerbotten under 2026.

Eftersom den ersättning per helårsstudent som lärosätena erhåller är fastställd på förhand och inte varierar mellan lärosätena, innebär det att de medel per helårsstudent som universiteten i realiteten förfogar över har varierat över tid. Men det totala antalet faktiskt inskrivna helårsstudenter överstiger sammanlagt det minimiantal som fastställts i budgetpropositionerna sedan ALF-avtalet trädde i kraft 2015. En minskning kan dock noteras efter 2020, vilket framför allt förklaras av att lärosätena tillfälligt har justerat dimensionering av utbildningarna inför övergången till den nya läkarutbildningen. Vissa universitet har också en större andel studenter som avbryter sin utbildning t.ex. för flytt till annat universitet. I figur 4.7 redovisas kvoten mellan det antalet faktiska helårsstudenter enligt Universitetskanslersämbetet (UKÄ) och det planerade antal helårsstudenter enligt budgetpropositionen för respektive år. För alla ALF-regioner förutom Örebro överensstämmer antalet faktiska helårsstudenter i rimlig mån med det planerade antal helårsstudenter. För dessa ALF-regioner bör därför antalet helårsstudenter behållas under 2026.

### En ökning av antalet helårsstudenter för samtliga regioner från 2027

**Utredarens förslag:** En ökning av samtliga ALF-regioners antal helårsstudenter ska införas från och med 2027 när den tolfte terminen på den nya läkarutbildningen påbörjas.

När de första läkarstudenterna på det nya 6-åriga läkarprogrammet påbörjar den sista terminen (termin 12) på programmet behöver statens ersättning till regionerna öka för att kompensera för det ökade antalet läkarstudenter på programmet. Ökningen med en termin innebär en ökning av det totala antalet läkarstudenter med en elftedel. Antalet helårsstudenter som staten förväntar sig att regionerna ska ta emot ska därför öka med en elftedel i förhållande till antalet helårsstudenter 2026.

## 6.2 Kostnader och ersättning för regionernas medverkan i den nya läkarutbildningen

### 6.2.1 Förslag till förändrad ersättning

**Utredarens förslag:** ALF-ersättningen per helårsstudent ska ökas med anledning av den ökade andelen verksamhetsintegrerat lärande som följer av examensordningen enligt högskoleförordningen för den nya läkarutbildningen och att läkarexamen är direkt legitimationsgrundande.

Ersättningen ska möjliggöra att nödvändigt verksamhetsintegrerat lärande kan bedrivas inom respektive sjukvårdsregion (samverkansregion) och ska höjas redan från 2026 för att kompensera för övergångskostnader från det 5,5-åriga till det 6-åriga läkarprogrammet.

Nuvarande nivå på ersättningen för den kliniska delen av läkarutbildningen som överenskoms i ALF-avtalet 2015 har varit ändamålsenlig för den 5,5 år långa läkarutbildningen. Förlängningen av läkarutbildningen med en termin i den nya 6-åriga läkarutbildningen innebär att det blir fler helårsstudenter samtidigt i systemet (en elftedel fler) jämfört med det tidigare 5,5-åriga programmet. Detta innebär att antalet helårsstudenter i systemet ökar från och med 2027 när de första studenterna i den nya utbildningen går den tolfte terminen på programmet. Men, med det 6-åriga programmet följer också ett krav på förändrat innehåll med en ökad andel verksamhetsintegrerat lärande varför det kommer att behövas vissa korrigeringar av ersättningen per helårsstudent.

Mycket talar för att den nuvarande ersättningen till regionerna för det verksamhetsintegrerade lärandet inte ger full kostnadstäckning och att kostnadstäckningen har minskat successivt eftersom uppräknings av ersättningen (pris- och löneomräkning) varit lägre än den kostnadsökning som regionerna haft för löner och övriga kostnader i sjukvården (se avsnitt 3.3.6). Urholkningen gäller för alla motsvarande statliga anslag till högskolor och universitet för utbildning och forskning. Storleken av denna ”underfinansiering” är dock mycket svårt att kvantifiera mera exakt. Men ALF-avtalet innehåller inte något åtagande för staten att täcka kostnaden för



läkarutbildningen fullt ut, utan är ett uttryck för ett samarbete där båda parter gör insatser och får vinster i olika avseenden.

Såväl i Läkarutbildningsutredningen betänkande<sup>139</sup> som i promorian *En sexårig utbildning för läkarexamen*<sup>140</sup> beräknades den ökade ersättningen för den förlängda utbildningen enbart som en effekt av volymökningen, dvs ett större antal helårsstudenter (motsvarande en halv årskull). Det saknas dock analyser av vad det förändrade innehållet i utbildningen har för effekt på åtagandet för regionerna och den kostnad som uppstår i samband med ett utökat inslag av verksamhetsintegrerat lärande (VIL) i utbildningen av läkare i promorian.

Den nya legitimationsgrundande 6-åriga utbildningen kräver ett utökat inslag av VIL, inte minst VIL i primärvården, som kommer att leda till ökade kostnader för regionerna. Det är betydelsefullt att utbildningen, och inte minst det verksamhetsintegrerade lärandet, håller hög kvalitet, så att studenterna kan nå upp till de examensmål som staten fastställt för den nya utbildningen. Om den kliniska utbildningen inte fungerar kommer det att leda till att färre studenter klarar examensmålen och i förlängningen till en sämre och dyrare vård. Det behöver därför tillföras mer resurser än vad som beräknats i tidigare beslutsunderlag för att kompensera regionerna för den förlängda läkarutbildningen och de höjda kraven på utbildningen som följer att den nu är direkt legitimationsgrundande, vilket är ett statligt beslut och ett ökat åtagande för regionerna.

Ersättningen från och med år 2026 bör räknas upp inte bara med ökad volym (som inkluderar de faktiska antalet läkare som utbildas på de olika orterna) utan även så att "mixen" i ersättningen för en helårsstudent tar hänsyn till att den kliniska delen av läkarutbildningen, som regionerna bär kostnaden för, utökas.

### 6.2.2 Olika underlag som beskriver ekonomiska konsekvenser

Nedan redovisas de konsekvensbeskrivningar som gjorts i Läkarutbildningsutredningen<sup>141</sup>, i propositionen om bastjänstgöring

---

<sup>139</sup> SOU 2013:15

<sup>140</sup> U2018/02704/UH

<sup>141</sup> SOU 2013:15

för läkare<sup>142</sup>, i promemorian *En sexårig utbildning för läkarexamen*<sup>143</sup>, i skrivelser från regionerna samt synpunkter som kommit in under utredningens arbete.

## Ekonomiska konsekvenser enligt Läkarutbildningsutredningen i SOU 2013:15

Den ursprungliga beräkningen av de ekonomiska konsekvenserna för landstingen (och staten) av den förlängda läkarutbildningen gjordes av Läkarutbildningsutredningen<sup>144</sup>. Med ledning av uppgifterna i budgetpropositioner om det antal helårsstudenter som ligger till grund för ersättningen till regionerna (vid denna tidpunkt landstingen), gjorde utredningen en uppskattning av det antal nybörjare som dessa helårsstudenter motsvarar. Antalet nybörjare på läkarprogrammet 2015 uppskattades till 1 376. Det var den första kullen studenter som antogs omfattas av utredningens förslag, och de skulle komma att genomföra den tolfte terminen i sin utbildning år 2021. Eftersom utbildningen förlängs med ett halvår skulle antalet helårsstudenter öka år 2021 med 688 (hälften av de 1 376 nybörjarna på läkarprogrammet 2015). Varje år efter 2021 skulle enligt utredningen antalet helårsstudenter, som ersätts inom ramen för ALF-avtalet, att vara 688 fler än före förlängningen, förutsatt att antalet nybörjare efter 2015 skulle vara oförändrat.

Utredningens beräkning grundas på den per capitaersättning som regeringen tillämpade i budgetpropositionen för 2013 vid beräkningen av ALF-ersättningen, som var 70 400 kronor per helårsstudent. Om detta belopp tillämpades skulle enligt utredningen en ökning av 688 helårsstudenter från och med 2021 innebära en ökad ALF-ersättning med 48,4 miljoner kronor i 2013 års prisnivå från och med detta år, inklusive motsvarande ersättning för medverkan i läkarutbildningen vid Örebro universitet (tabell 6.1).

---

<sup>142</sup> prop. 2017/18:274

<sup>143</sup> U2018/02704/UH

<sup>144</sup> SOU 2013:15

**Tabell 6.1 Beräkning av kostnader för den nya läkarutbildningen i Läkarutbildningsutredningens betänkande SOU 2013:15**

Beräknat antal nybörjare 2015 utifrån uppgifter i budgetpropositionen	1 376
Effekt år 2021 av "termin tolv" mätt i HST (halv årskull)	688
Per capitaersättning som tillämpas i BP 2013 för ALF kronor	70 400
Ökad ersättning till landstingen från 2021 p.g.a. en förlängd utbildning	48,4 miljoner kronor

Källa: Tabell 9.1 Ökad ersättning till landstingen från 2021 med en förlängd utbildning, För framtidens hälsa – en ny läkarutbildning SOU 2013:15

### Ekonomiska konsekvenser enligt promemorian En sexårig utbildning för läkarexamen

Den föreslagna ökningen av läkarutbildningens längd, motsvarande en termins studier, beräknades medföra en ökning av antalet helårsstudenter. Den nya läkarexamen planeras tillämpas för de studenter som påbörjar sin utbildning höstterminen 2020<sup>145</sup>, vilket innebär att förlängningen kommer att innebära ett ökat antal studenter i utbildning från och med år 2026<sup>146</sup>. Redovisningen av de möjliga ekonomiska konsekvenserna av den förlängda utbildningen har delats upp i två separata beräkningar, den ena för ALF-ersättningen till regionerna (vid denna tidpunkt landstingen) och den andra för de berörda universitetens anslag för utbildning på grundnivå och avancerad nivå. Beräkningen utgick från 2018 års ersättningsbelopp för utbildningsområdet medicin och den ersättning som utgick till landstingen för medverkan i läkarutbildningen under 2018.

Enligt promemorian beräknas ökningen av antalet helårsstudenter innebära att statens ersättning till landstingen för deras medverkan i utbildningen av läkare skulle öka med ca 67 miljoner kronor. Kostnadsberäkningen utgick från att antalet tillkommande helårsstudenter på läkarutbildningen uppgår till 883, med hänsyn tagen till den utbyggnad av läkarutbildningen som påbörjades efter förslag i budgetpropositionen för 2018.

<sup>145</sup> anmärkning: den nya utbildningen startade först 2021 eftersom lärosätena begärde uppskov

<sup>146</sup> anmärkning: kommer att bli först 2027

## Ekonomiska konsekvenser enligt regionerna

Regionernas syn på de ekonomiska konsekvenserna av den nya läkarutbildningen har tagits upp i deras remissyttranden och i den tidigare nämnda skrivelsen<sup>147</sup>. Sveriges Kommuner och Regioner (vid denna tidpunkt Sveriges Kommuner och Landsting) säger i sitt remissvar på promemorian *En sexårig utbildning till läkarexamen*<sup>148</sup>, bl.a. att finansieringsförslaget för den tillkommande terminen på utbildningen behöver förändras så att det blir en betydligt jämnare fördelning mellan lärosäten och landsting och regioner. Den beräkning som gjorts i promemorian är baserad på dagens utformning av utbildningen, och en förändrad utbildning med längre sammanhängande perioder av VIL kommer att kräva mer av verksamheterna finansierade av regionerna. Sveriges Kommuner och Landsting delade inte bilden att kostnadsökningen är större på universiteten för den tillkommande terminen. Det borde göras en betydligt jämnare fördelning av medel mellan lärosäten och landsting och regioner. Därtill kan kostnadsökningen komma tidigare än beräknat.

Regionerna har också gjort egna beräkningar av de ekonomiska effekterna. I de tidigare nämnda skrivelserna från regionerna till Utbildningsdepartementet 2020 och 2021<sup>149</sup> med begäran om en höjd ersättningsnivå för läkarutbildningen, finns bl.a. en beräkning av hur mycket ersättningen per helårsstudent behöver öka till följd av den förlängda läkarutbildningen. Förslaget i skrivelsen är en successiv ökning under åren 2022 till 2027 med 2 789 kr per år; totalt 16 734 kr per helårsstudent. Beloppet baserar sig på en beräkning i den kalkylmodell som Region Skåne tagit fram (se avsnitt 3.3.3), med syfte att spegla självkostnaden för utbildningen. Med modellens hjälp har man i detalj kunnat beräkna de ekonomiska konsekvenserna av den nya läkarutbildningen, med det kliniska innehåll som förutsätts ingå.

Utredningen har bitt samtliga ALF-regioner bedöma resurskonsekvenserna av den nya utbildningen. Svaren<sup>150</sup> sammanfattas i det följande.

---

<sup>147</sup> U2020/05380

<sup>148</sup> U2018/02704/UH

<sup>149</sup> U2020/05380

<sup>150</sup> U2022/02845

### *Övergången till den nya utbildningen*

Enligt flera regioner innebär omställningen, förutom ökad administration, också utökade och omfördelade perioder av verksamhetsintegrerat lärande (VIL). Planering av utbildningsuppdrag inom hälso- och sjukvården kommer i ökad utsträckning att behöva synkroniseras med planering av vårduppdrag för att säkra avtalat antal VIL-platser och högskolemässig kvalitet på lärandemiljön. I samband med uppstart finns betydande kostnader för bland annat ny handledarutbildning och anpassning av mottagningar. Det blir också ökade kostnader för kurskoordinatorer/administration, men också direkta kostnader på grund av att några moment kommer att behöva finnas på fler terminer under övergångsperioden. Det kommer också att ställas ökade krav på kompetensutveckling av kliniska handledare och samverkan mellan lärosäte, region och kommuner.

### *Större kliniktyngd i utbildningen*

Från regionerna framhålls också att de nya inslagen i den 6-åriga utbildningen kommer att vara kliniktunga, dvs. de kommer att ha större inslag av moment inom hälso- och sjukvården än en genomsnittlig termin i den 5,5-åriga läkarutbildningen. Den ALF-ersättning som lärosätet och regionen tilldelas i statsbudgeten med en viss prislapp per helårsstudent beräknas på samtliga terminer på utbildningen men fördelas sedan på det antal kursveckor av utbildningen som är beroende av sjukvårdens resurser för sitt genomförande. Prislappen per studentvecka som finansieras med ALF-ersättning för utbildning av läkare blir därmed i realiteten en annan än det belopp som anges i budgetpropositionen. När läkarutbildningen förlängs från 11 till 12 terminer ökar antalet kursveckor och därmed det förväntade antalet helårsstudenter med knappt tio procent. Antalet kursveckor i VIL som ALF-ersättning för utbildning av läkare ska fördelas på förväntas dock öka med ca 15 procent eftersom det främst är de kliniska utbildningsmomenten som utökas och som därigenom kommer att utgöra en större andel av utbildningen. Till detta läggs att den nya utbildningen innebär en utmaning i att utökningen i hög grad kommer att ske inom primärvården.

Att utbildningen blir längre och dessutom mer kliniktung anser regionerna bör leda till en höjning av ersättningen med mellan 25 och 45 procent.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Många som utredningen träffat påtalar att den nya läkarutbildningen kommer att kräva ökade ekonomiska resurser utöver en ytterligare termin på läkarprogrammet. De uppdaterade examenskraven som avspeglar att den nya utbildningen ska leda till läkarlegitimation gör att lärosätena måste ställa högre krav på kliniska färdigheter.

Utvecklingen mot nära vård har lett till att antalet vårdplatser minskat samtidigt som universitetssjukhusen blivit alltmer specialiserade. Samtidigt har antalet läkarstudenter ökat och aktörerna påpekar att detta lett till en avsevärd fördyring när det verksamhetsintegrerade lärandet i ökad utsträckning behöver genomföras på mindre sjukhus som ligger långt ifrån utbildningsorten, och att behovet av praktisk undervisning i simulerade miljöer har ökat. Även om regionföreträdarna ser att det finns stora vinster, inte minst ur rekryteringssynpunkt, att förlägga delar av den kliniska utbildningen i andra vårdformer utanför de stora sjukhusen, så menar regionföreträdarna att detta också medför andra förväntningar på kostnads- täckning då exempelvis primärvården normalt har produktionsmål kopplade till besöksvolymen. Man lyfter också behovet av fler utbildade examinatorer, och ökade satsningar på simuleringsmiljöer.

## 6.3 Vinster och andra konsekvenser av införandet av den nya läkarutbildningen

### 6.3.1 Bedömning av vinster och andra konsekvenser

**Utredarens bedömning:** Införandet av den nya 6-åriga läkarutbildningen kommer sannolikt att ha många positiva konsekvenser för såväl staten som för regionerna och olika vårdgivare. Däremot är de ekonomiska konsekvenserna av avskaffandet av allmäntjänstgöringen (AT) och införande av

bastjänstgöringen (BT) avhängiga av många faktorer, så som hur arbetsmarknaden för läkare och lönebildningen kommer att se ut, och konsekvenserna är därmed svårbedömda.

Ambitionen med den nya läkarutbildningen är i grunden att skapa en utbildning som bättre stämmer överens med hälso- och sjukvårdens och kunskapssamhällets övergripande behov. De nya målen för läkarexamen, i kombination med en snabbare väg fram till färdig specialistläkare, har också stora förutsättningar att på sikt vara effektivitetshöjande och kostnadsbesparande. Detta förutsätter att själva förändringen och övergången till den nya ordningen kan ske på ett effektivt sätt som bidrar till en hög kvalitet. Om genomströmningen i systemet ska öka och tiden fram till legitimation och specialistkompetens ska förkortas, med bibehållen hög kvalitet, ställer det stora krav främst på fungerande organisation, handledning för verksamhetsintegrerat lärande (VIL) och att vårdens olika delar får tillräcklig försörjning med adekvat läkarkompetens. Det är ett gemensamt ansvar för staten, lärosätena och regionerna att på olika sätt samverka och främja denna övergång.

Avvecklingen av AT måste matchas med en väl fungerande rekrytering och bemanning i de luckor som uppstår t.ex. inom akutmottagningar, allmänmedicin och psykiatri. Samtidigt behöver det skapas handledningsmöjligheter såväl för det ökade inslaget av verksamhetsintegrerat lärande (VIL) i den 6-åriga läkarutbildningen som för handledning i samband med BT. Det förutsätter också att de samlade lönekonsekvenserna för regionerna blir rimliga – något som är oerhört svårt att uppskatta.

Som beskrivits i avsnitt 3.2.12 har flera olika bedömningar gjorts där det konstateras att det kommer att vara en brist på specialistläkare under det närmaste decenniet och att det därför finns behov av att öka genomströmningen från läkarexamen till specialist även för läkarstudenter på den 5,5-åriga läkarutbildningen.

### 6.3.2 Olika underlag som beskriver vinster och andra konsekvenser

Nedan redovisas de bedömningar som gjorts i Läkarutbildningsutredningen<sup>151</sup>, i propositionen om bastjänstgöring för läkare<sup>152</sup>, i promemorian *En sexårig utbildning för läkarexamen*<sup>153</sup>, i skrivelser från regionerna samt synpunkter som kommit in under utredningens arbete.

#### Läkarutbildningsutredningens bedömningar i SOU 2013:15

Utredningen gjorde bedömningen att den nya utbildningen kommer att ha en rad fördelaktiga konsekvenser för hälso- och sjukvårdshuvudmännen. De ekonomiska konsekvenserna på kort sikt var enligt utredningen svårbedömda. Inledningsvis skulle förändringarna kunna innebära vissa utmaningar kopplade till framför allt bemanning och tjänsteutveckling.

Utredningen menade att under en övergångsperiod kan förändringarna medföra vissa konsekvenser när det gäller planering och utveckling av tjänster. Allmäntjänstgöringen (AT) skapades bland annat för att introducera läkarna i vården under handledning, men också för att bidra till produktion av vård. Utredningens förslag innebar att regionernas (vid denna tidpunkt landstingens) skyldighet att tillhandahålla tjänster för AT upphör. Utredningen menade dock att eventuella tillfälliga bemanningsproblem inom vissa verksamheter när AT upphör är övergående. ”Det är sannolikt att många av dem som genomgått den nya utbildningen och fått legitimation efter examen, kommer att vilja vikariera och prova att arbeta inom olika typer av verksamheter fram till dess att de påbörjar sin specialiseringstjänstgöring.” Man pekade också på möjligheterna att omfördela arbetsuppgifter mellan olika grupper av sjukvårdspersonal.

Utredningen menade att dess förslag kommer att öka genomströmningen från påbörjad utbildning till legitimering. Därmed skulle möjligheterna för läkarna att påbörja specialiseringstjänstgöring tidigare öka, vilket ökar förutsättningarna för att sjukvården snabbare kan få tillgång till specialistkompetenta läkare. Den

---

<sup>151</sup> SOU 2013:15

<sup>152</sup> prop. 2017/18:234

<sup>153</sup> U2018/02704/UH



sammanlagda yrkesverksamma tiden för läkare bör följaktligen också kunna bli längre.

De längre sammanhållna perioderna av verksamhetsintegrerat lärande (VIL) skapar enligt utredningen nya möjligheter till att exponera studenterna för olika typer av vårdverksamheter som kan skapa intresse för specialisering och underlätta framtida rekrytering.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv bedömde utredningen att dess förslag är inriktade på att skapa en läkarutbildning som bättre stämmer överens med hälso- och sjukvårdens och kunskaps-samhällets övergripande behov. De nya målen för läkarexamen, i kombination med en snabbare väg fram till färdig specialistläkare, bedömdes därför på sikt vara kostnadsbesparande för staten och samhället. Utredningen menade också att flera av utmaningarna inom hälso- och sjukvården är förknippade med kostnader relaterade till olika typer av kvalitetsbrister och att de förslag om utbildningens omfattning, struktur och innehåll som lagts fram kan förväntas bidra till att dessa utmaningar i större utsträckning hanteras, samt till att de övergripande målen för hälso- och sjukvården uppnås.

### **Bedömningar i propositionen Bastjänstgöring för läkare**

Enligt propositionen<sup>154</sup> beskrivs organisatoriska konsekvenser för de verksamheter inom hälso- och sjukvården som finns reglerade i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om allmän-tjänstgöring för läkare. Ett avskaffande av AT kan innebära organisatoriska problem för specialiteterna, psykiatri och allmän-medicin som i dag är bristspecialiteter. Enligt propositionen har de samlade förslagen och bedömningarna också en inverkan på den professionella utvecklingen för läkare vilket kan få konsekvenser för lönebildningen. Men de förändringar som kan bli resultatet påverkar enligt propositionen sannolikt endast marginellt den samlade lönekostnaden för läkare.

En fråga som diskuteras är om den föreslagna reformen leder till ett utökat eller ett minskat behov av handledning av läkare i början av sin karriär. Den föreslagna utbildningsstrukturen innebär flera förändringar - en förändrad läkarutbildning, avskaffande av AT och införande av BT - som kan påverka behovet av handledning i det

---

<sup>154</sup> prop. 2017/18:274

dagliga arbetet. Enligt propositionen kan volymen (tidsåtgången) minska med ca ett halvår genom att den förlängda läkarutbildningen och den införda BT ökar volymen med ca ett och ett halvt år, medan avskaffandet av AT minskar volymen med uppemot två år. Regionernas kostnader för handledning utanför läkarutbildningen kan således minska med ca ett år om merparten av läkarna genomgår bastjänstgöringen inom normtiden. Den föreslagna BT ska enligt propositionen i likhet med specialiseringstjänstgöringen utformas som en målstyrd utbildning där kompetensen främst tillgodogörs genom klinisk tjänstgöring. Detta innebär att den tjänstgöringstid som behövs för att uppnå kompetens enligt målbeskrivningen för bastjänstgöringen kommer att variera för olika läkare. För att kunna genomföra bastjänstgöringen på ett kvalitetssäkrat sätt kommer det ställas krav på struktur och innehåll som kan öka tidsåtgången, i alla fall under de första åren. Sammantaget sägs att den samlade effekten på handledningsbehovet i det dagliga arbetet inte är möjlig att förutsäga, men i propositionen görs ändå bedömningen att den samlade effekten förväntas bli begränsad.

När det gäller de ekonomiska konsekvenserna av en förändrad läkarutbildning och avskaffande av AT tillsammans med införande av BT sägs att detta kan få konsekvenser för lönebildningen. Men eftersom lönebildningen är en fråga för parterna på arbetsmarknaden och att det t.ex. finns osäkerhet om storleksordningar och lämplighet, kan inget entydigt svar ges på nettoresultatet av de olika delarna i förändringen. Den primära lönepåverkan kan inträffa inom uppskattningsvis de två första åren efter genomgången läkarutbildning. Lönekostnaden för antalet läkare, räknat från läkare under specialiseringstjänstgöring och uppåt i karriären, som utgör mer än 80 procent av samtliga verksamma läkare, bedöms utgöra ca 90 procent av lönekostnaden. Således utgör endast maximalt 20 procent av antalet läkare och ca 10 procent av lönesumman den del som kan, om alls, förväntas påverkas av förändringarna.

## Bedömningar i promemorian En sexårig utbildning för läkarexamen

Konsekvensanalysen i promemorian<sup>155</sup> är kortfattad. När det gäller regionerna (vid denna tidpunkt landstingen) sägs att avsikten är att föreslagen läkarexamen ska ligga till grund för legitimation utan krav på ytterligare tjänstgöring. Landstingen bedöms därför få förbättrade förutsättningar att anställa legitimerade läkare.

### Regionernas bedömningar

Utöver regionernas remissynpunkter på de ekonomiska konsekvenserna av den nya utbildningen har de samtidigt lyft några konsekvenser av den nya utbildningen som enligt regionerna gör att vinsterna inte kan räknas hem rakt av. Att ha parallella system med två versioner av läkarprogrammet samt AT och BT i gång samtidigt innebär att behovet av handledning och bedömning är ovanligt stort de närmaste åren. Detta skapar en konkurrens om resurserna och ett stort behov av samordning. Det finns en farhåga för ett icke obetydligt produktionsbortfall i och med avskaffandet av AT-läkare. Dels minskar förutsättningarna för att kunna gå som primärjour innan legitimation såsom dagens AT-läkare i många fall gör. Dels finns det en farhåga att BT-läkare kan behöva omfattande handledning.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Regionföreträdare som utredningen träffat framhåller att även om regionerna sparar pengar när AT tas bort, så kommer de legitimerade läkarna som ska göra BT att ha ett högre löneläge. Man anser inte heller att det kommer att spara pengar för regionerna att läkarstudenterna är legitimerade när de är färdiga med utbildningen eftersom regionerna ändå kommer att behöva säkerställa att de examinerade läkarna kan jobba självständigt.

---

<sup>155</sup> U2018/02704/UH

## 6.4 Utvärdering av läkarutbildningen

**Utredarens förslag:** Utvärderingen av förutsättningarna för att bedriva läkarutbildning inom ramen för utvärderingen av universitetssjukvården ska upphöra.

Universitetskanslersämbetet (UKÄ) ska enligt sin förordning med instruktion ansvara för kvalitetssäkring av universitetens och högskolornas verksamhet genom bl.a. utvärdering av utbildning på grundnivå, avancerad nivå och forskarnivå. Det innebär att det finns viss risk för överlapp mellan Socialstyrelsens utvärdering av universitetssjukvården och UKÄ:s granskningar av högre utbildning. Värde av ytterligare en utvärdering är därför begränsat och med tanke på att berörda aktörer vittnat om att arbetet med utvärderingarna tar en hel del resurser bör utvärderingen inte fortsätta på det sätt som skett hittills.



## 7 Bedömningar och förslag för den kliniska forskningen

### 7.1 ALF-ersättningens roll i forskningsfinansieringssystemet

**Utredarens bedömning:** ALF-ersättningen har en särskild roll att säkerställa basen och bredden inom svensk klinisk forskning. Ersättningen ska möjliggöra för kliniskt verksamma att få ägna del av sin arbetstid till forskning och forskarutbildning och ska bidra till en kompetensförstärkning, samtidigt som forskningens resultat på sikt förväntas kunna leda till utveckling av vården genom nya metoder och praxis.

I takt med de stora utmaningar som hälso- och sjukvården står inför finns ett kontinuerligt behov av ny kunskap och behov av att den kan implementeras och nyttiggöras i vården. Den kliniska forskningen i nära samverkan med hälso- och sjukvården är direkt avgörande för att svara upp mot dessa behov. Den svenska hälso- och sjukvård håller hög kvalitet och svenskarna har ett högt förtroende för forskare vid universitet och högskolor. Det finns därför goda förutsättningar för forskning i det svenska systemet, t.ex. ger patienternas beredvillighet att delta i klinisk forskning, tillgång till biobanker, de nationella kvalitetsregistren och de obligatoriska hälsodataregistren stora möjligheter för klinisk forskning och kontinuerlig uppföljning av kvalitet och utfall i vården. För att fullt ut kunna utnyttja vårdens resurser och strukturer behöver forskningen vara en naturlig och integrerad verksamhet i vårdens vardag, vilket kan vara utmanande när regionernas personella och ekonomiska resurser är begränsade. I Vetenskapsrådets senaste utvärdering av den kliniska forskningens

kvalitet<sup>156</sup> lyfts problemet med att forskningstid ofta måste prioriteras bort till förmån för vårdproduktion, och att många kliniska forskare och doktorander inte får ut tillräckligt med forskningstid eller ens beviljad forskningstid. Detta riskerar bl.a. att leda till att det tar allt för lång tid för kliniska doktorander att färdigställa sin avhandling och möjligheten efter disputation att bli självständiga forskare. I utvärderingen beskrivs behovet av att kunna kombinera klinisk tjänstgöring med forskning som helt avgörande för den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling.

Den kliniska forskningen stöds från många olika finansieringskällor. Dessa är förutom ALF-ersättningen främst regionernas FoU-medel, universitets och högskolornas anslag för forskning och utbildning på forskarnivå samt externa forskningsmedel från olika myndigheter, stiftelser, organisationer eller företag. Regionernas FoU-medel går ofta till olika utvecklingsprojekt och i mindre utsträckning till att finansiera rena forskningsprojekt. Universitetet är självständiga myndigheter och har en förhållandevis stor frihet i att prioritera inom sina anslag för forskning och utbildning och i olika utsträckning fördelas medel till institutioner med stark koppling till kliniska verksamheter. De externa forskningsmedlen är konkurrensutsatta medel där inte bara de förväntade resultatet av forskningen utan också forskningens frågeställningar, metod och forskarens bakgrund och tidigare resultat vägs in. De externa forskningsfinansiärerna är ofta inriktade på att stödja spetsforskning inom miljöer med stor potential för banbrytande forskning inom den absoluta forskningsfronten.

ALF-ersättningen står för ca en tredjedel av medlen för klinisk forskning, och är en unik konstruktion med dess långa historik och koppling till läkarutbildningen och utveckling av hälso- och sjukvården. Genom ALF-avtalet förtydligas samarbetet mellan staten som huvudman för universitetet och regionerna som huvudman för hälso- och sjukvården. ALF-ersättningen ska användas dels för att möjliggöra den kliniska delen av läkarutbildningen, dels för den forskning som kräver vårdens strukturer och resurser.

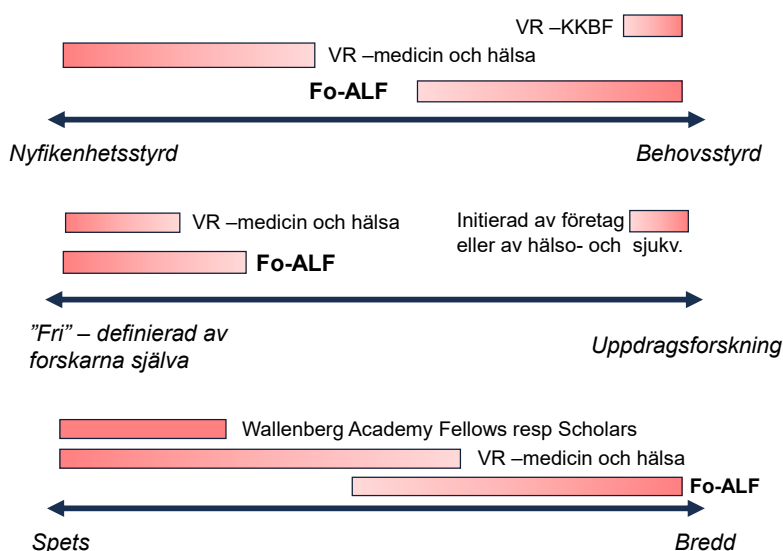
Enligt definitionen av klinisk forskning i ALF-avtalet ska den utgå ifrån behov av att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa. Därför befinner sig klinisk

---

<sup>156</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet, 2023 års utvärderingsrapport, VR 2315

forskning finansierad med ALF-ersättningen normalt någonstans mitt emellan rent nyfikenhetsstyrd forskning (som exempelvis forskning finansierad av Vetenskapsrådet inom medicin och hälsa) och forskning som styrs av konkreta behov i närtid (som exempelvis forskning finansierad av Vetenskapsrådet inom klinisk behandlingsforskning). Samtidigt är det viktigt att betona att den ALF-finansierade forskningen ska vara fri och att forskningsfrågor och metoder ska formuleras och väljas av forskarna själva. Detta skiljer sig från den typ av uppdragsforskning som finansieras av företag, såsom kommersiella kliniska läkemedelsprövningar (figur 7.1).

**Figur 7.1 ALF-systemets plats inom olika dimensioner av forskningsfinansiering.**



VR-KKBF – Vetenskapsrådets kommitté för klinisk behandlingsforskning; VR-medicin och hälsa – Vetenskapsrådets ämnesråd för medicin och hälsa; Fo-ALF – ALF-ersättningen för klinisk forskning; Wallenberg Academy Fellows, Wallenberg Scholar – Program med forskningsfinansiering inom Knut och Alice Wallenbergs Stiftelse

ALF-ersättningen ger möjlighet för kliniskt verksamma läkare, men även personer från andra vårdprofessioner, att få ägna del av sin arbetstid till forskning och forskarutbildning och ger därmed en kompetensförstärkning samtidigt som forskningens resultat på sikt förväntas kunna leda till utveckling av vården genom nya metoder och praxis. ALF-ersättningen intar därmed en särställning i



förhållande till andra finansieringskällor för den kliniska forskningen och har en särskild roll att säkerställa basen och säkra bredden inom svensk klinisk forskning. En bred bas av klinisk forskning är en förutsättning för att alla regioner ska kunna ha möjligheter att upprätthålla en hög kvalitet på verksamhetsintegrerat lärande i en miljö där det finns forskarutbildade läkare inom hela bredden av ämnen i läkarutbildningen. En bred bas är dessutom en förutsättning för att kunna identifiera och rekrytera framtida toppforskare. Den breda basen behövs också för att kunna förse sjukvården med forskarutbildade som kan driva utveckling av sjukvården. Det är en svår balansgång mellan betoning av excellens respektive bredd. En för ensidig betoning på bredd kan leda till dålig kvalitet på den forskning som utförs, men en ensidig betoning på excellens kan utarma den nödvändiga basen av kliniska forskare. Här har olika finansieringskällor olika roller, där ALF-systemets roll mer är att säkerställa den breda basen och där andra finansieringskällors roll mer är att betona excellens och världsledande forskning. Detta får emellertid inte innebära att ALF-systemet ska användas för undermålig forskning, den måste hålla en tillräckligt hög kvalitet så att den kan publiceras i goda internationella vetenskapliga tidskrifter och leda till nytta för framtida patienter. På så sätt kan olika finansieringskällor komplettera varandra och ge de bästa förutsättningar för en hög kvalitet på svensk klinisk forskning.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Många aktörer lyfter att ALF-ersättningen för klinisk forskning behöver kunna användas för att skapa tydlig koppling mellan den kliniska forskningen och läkarutbildningen. Många påpekar att det behövs en bred forskningsbas för att kunna bedriva läkarutbildning och för att kompetensförsörja både framtida läkarutbildning och hälso- och sjukvården. För att kunna bidra till utvecklingen av en kunskapsbaserad, effektiv och modern hälso- och sjukvård krävs en bas av forskningskompetenta läkare på alla nivåer av vården i hela landet. Det finns också ett behov av att skapa en bred bas av forskningsaktiva läkare för att kunna skapa excellenta forskningsmiljöer. Det lyfts också fram att man behöver både en spets av excellenta

forskare och en bred bas för att kunna attrahera och bedriva kliniska läkemedelsprövningar i Sverige.

## 7.2 Definitionen av klinisk forskning

**Utredarens förslag:** Definitionen av begreppet klinisk forskning i ALF-avtalet ska behållas, men också förtydligas genom ett tillägg. Följande lydelse föreslås: ”Med klinisk forskning avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa, och som kräver tillstånd av Läkemedelsverket eller Etikprövningsmyndigheten.”

I ALF-avtalet 2015 infördes en ny definition av klinisk forskning: ”Med klinisk forskning avses sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa.” Det är den definitionen som togs fram av Utredningen av den kliniska forskningen i betänkandet *Världsklass! Åtgärdsplan för den kliniska forskningen*<sup>157</sup>. Definitionen har sedan dess blivit allmänt accepterad av aktörerna inom den kliniska forskningen och den anges i definitioner av begrepp inom medicinsk och klinisk forskning som Vetenskapsrådet tagit fram, men där sägs också att all klinisk forskning behöver tillstånd från Etikprövningsmyndigheten<sup>158</sup>.

En rapport från Universitetskanslersämbetet (UKÄ)<sup>159</sup> visar att ALF-ersättningen under åren 2015–2019 finansierade framför allt forskning inom klinisk medicin men även inom forskningsämnen medicinska och farmaceutiska grundvetenskaper, annan medicin och hälsovetenskap, hälsovetenskap, och medicinsk bioteknologi<sup>160</sup>. Det finns en del skillnader mellan lärosätena. Vissa lärosäten uppger att ALF-ersättningen endast används för att finansiera FoU inom klinisk medicin, medan andra lärosäten uppger att ALF-ersättningen

<sup>157</sup> SOU 2008:7

<sup>158</sup> [Definitioner av begrepp inom medicinsk och klinisk forskning - Vetenskapsrådet \(vr.se\)](#)

<sup>159</sup> Universitetskanslersämbetet, PM om ALF-medel 2022

<sup>160</sup> Statistiken härrör sig från data från Statistiska Centralbyråns undersökning om FoU inom universitets- och högskolesektorn som fram till 2019 redovisade ALF-ersättningen på universiteten. I den publicerade statistiken är det möjligt att se hur rörelsekostnader för FoU som finansierats med ALF-medel (och TUA-medel för Umeå universitet och Göteborgs universitet) fördelat sig på olika forskningsämnen

i huvudsak används för att finansiera FoU inom forskningsämnet annan medicin och hälsovetenskap. Skillnaderna kan bero på hur lärosäten använder och tolkar Statistiska Centralbyråns klassificering av forskningsämnena. Men det är viktigt att ALF-ersättningen används till att finansiera klinisk forskning enligt definitionen i ALF-avtalet.

Avgränsningen mellan basvetenskaplig och klinisk forskning är inte alltid lätt att definiera. Translationell forskning är ett begrepp som ofta används i dessa sammanhang, även om olika forskare tolkar begreppet olika. En användbar tolkning är att translationell forskning är sådan forskning som syftar till att överföra (translate) basalvetenskapliga upptäckter snabbt och effektivt till klinisk nytta för patienter ("from bench to bedside")<sup>161</sup>. Translationell forskning delas in i olika faser från tidiga till sena, och skillnaden mellan grundläggande forskning och tidig translationell forskning är inte alltid entydig, men den tidiga fasen av translationell forskning kan definieras som processer som tar upp och överför idéer från basvetenskaplig forskning genom tidiga tester på människor (eller mänskligt material). Exempel på tidig fas av translationell forskning är läkemedelsutveckling i fas 1–2 studier, och studier av sjukdomsmekanismer inklusive proteomik, genomik, genetik och metabolomik. Av ovanstående framgår att det mesta av translationell forskning ryms väl inom definitionen av klinisk forskning ovan. Ett annat exempel på uppdelning av translationell forskning är den som Cancerfonden gör i translationell forskning som huvudsakligen använder av prekliniska modeller respektive translationell forskning som huvudsakligen använder sig av patienter eller patientmaterial<sup>162</sup>.

För att säkerställa att ALF-ersättningen för klinisk forskning enbart finansierar klinisk forskning och inte forskning inom medicinska och farmaceutiska grundvetenskaper bör ett tillägg till definitionen göras. Det bör i avtalet förtydligas att klinisk forskning är sådan forskning som också kräver tillstånd av Läkemedelsverket eller Etikprövningsmyndigheten.

---

<sup>161</sup> Translational research institute, university of Arkansas; Fort DG et al. Mapping the evolving definition of translational research. *J Clin Transl Sci* 2017

<sup>162</sup> Cancerfonden, Finansiella rapporter Risk och hållbarhet, Effektrapporten 2022

## Synpunkter vid utredningens dialoger med olika aktörer

Många påpekar att definitionen av klinisk forskning i ALF-avtalet inte får vara för begränsande och att det snarare skulle gynna kvaliteten att inte ha riktade medel. Några aktörer framhåller att det är viktigt att man har nyfikenhetsdriven forskning och ett tillräckligt långsiktigt perspektiv i den kliniska forskningen. Det föreslås därför att ALF-ersättningen exempelvis bör kunna användas även till translationell forskning med tydlig klinisk koppling. Samtidigt efterfrågar några förtydligande av vilken klinisk forskning som omfattas av ALF-avtalet och lyfter behovet av tydliga avgränsningar för vad ALF-ersättningen får användas till, t.ex. vilka professioner eller vilka organisationer som kan ta del av ALF-ersättningen via regionerna. Det är viktigt att resultaten av den kliniska forskningen bidrar till att utveckla vårdprogram och på sikt kan leda till förbättrad livskvalitet för patienter.

## 7.3 Universitetssjukvårdsbegreppet

**Utredarens förslag:** Beskrivningen i ALF-avtalet av universitetssjukvården och dess betydelse för läkarutbildning, klinisk forskning, samt för kunskapstillämpning och kunskapsutveckling i hälso- och sjukvården ska behållas. Särskilda bestämmelser om universitetssjukvårdsenheter ska däremot inte anges i ALF-avtalet.

I nu gällande ALF-avtal från 2015 infördes universitetssjukvård som ett nytt begrepp. Universitetssjukvård är enligt avtalet den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling. Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering. I de regionala avtalen ska det regleras hur och på vilka grunder enheter i universitetssjukvården ska utses, och hur verksamheten för forskning, utbildning och utveckling ska organiseras, ledas

och finansieras i hälso- och sjukvården på de enheter som utgör universitetssjukvård. Dessutom ska de regionala avtalen reglera hur enheter som ska bedriva verksamhetsintegrerad utbildning av läkare utses. Det gäller enheter såväl inom som utanför universitetssjukvården, inklusive enheter i andra regioner.

I tidigare ALF-avtal mellan staten och landstingen reglerades så kallade upplåtna enheter inom sjukvårdsorganisationen dit tjänster för utbildning och forskning kunde knytas. Genom ALF-avtalet 1989 ändrades detta så att man i stället reglerade upplåtna enheter i regionala avtal mellan lärosäten och sjukvårdshuvudmän. Där angavs vilka enheter som skulle tillämpa lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter, m.m. Den särskilda lagen upphävdes i och med införandet av en ny hälso- och sjukvårdslag (2017:30), då vissa av bestämmelserna i den särskilda lagen överfördes till hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80). I de nya hälso- och sjukvårdsförfattningarna ersattes begreppet upplåtna enheter med ”sjukvårdsenhet där det bedrivs högskoleutbildning för läkarexamen eller forskning”. I bestämmelser om så kallade förenade anställningar i högskolelagen (1992:1434) och högskoleförordningen (1993:100) hänvisas alltjämt till ”sjukvårdsenheter som är upplåtna för medicinsk utbildning och forskning”.

I 2004 års ALF-avtal angavs på liknande sätt som i 1989 års ALF-avtal att de regionala avtalen skulle reglera vilka enheter i vården vars huvuduppgift skulle vara att bedriva vård, utbildning, forskning och utveckling och där universiteten skulle placera personal och andra resurser. Dessutom skulle det framgå vid vilka av enheterna som lagen om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter m.m. skulle tillämpas. Enheterna skulle också sprida kunskap till andra vårdgivare inom och utanför den egna regionens gränser.

Enligt nu gällande ALF-avtal är begreppet ”upplåna enheter” ersatt av ”enheter i universitetssjukvården”. I de regionala avtalen ska regleras hur och på vilka grunder enheter i universitetssjukvården ska utses.

Utredaren bedömer att den förändring som hälso- och sjukvården genomgått under de senaste årtiondena samtidigt som läkarutbildningen byggts ut kraftigt har gjort att det inte längre är meningsfullt att reglera särskilda enheter där läkarutbildning eller klinisk forskning ska bedrivas på det sätt som gjorts hittills. Hela hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver tas i anspråk för

läkarutbildningen och forskningen måste hitta nya vägar för att kunna inkludera patienter som allt oftare befinner sig i öppenvård eller får vård på distans. Detta gör att universitetssjukvårdsbegreppet svårigen kan begränsas till vissa organisatoriska enheter, utan snarare bör utgöra en utgångspunkt för samarbetet mellan regioner och universitet inom ramen för samarbete inom läkarutbildning och klinisk forskning.

I promemorian *Förslag till ändringar för att öka mobiliteten tidigt i den akademiska karriären*<sup>163</sup> föreslås att bestämmelserna om förenade anställningar i högskolelagen ändras. Förslaget innebär att förenade anställningar som tidigare har varit förbehållet vissa kategorier av anställda vid sjukvårdsenheter som är upplåtna för medicinsk utbildning och forskning möjliggörs för fler anställningsformer och inom fler sektorer. Förslagen möjliggör också att en anställning som biträdande lektor eller en annan anställning som lärare kan förenas med en anställning i en annan sektor, och att en högskola får besluta att en anställning som professor, lektor, biträdande lektor eller en annan anställning som lärare ska vara förenad med en anställning utanför högskolan.

Om föreslagna ändringar genomförs kommer också begreppet upplåtta enheter att strykas ur författningarna. I ovan nämnda promemoria konstateras att begreppet ”sjukvårdsenheter som är upplåtta för medicinsk utbildning och forskning” inte är applicerbart i relation till den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

I Socialstyrelsens första utvärdering av universitetssjukvården fastslog myndigheten 27 miniminivåer för universitetssjukvården. Dessa har fokus på universitetssjukvårdsenheterna och gäller strukturer, processer och i några fall resultat. Elva miniminivåer berör klinisk forskning, åtta miniminivåer berör utbildning av läkare, och åtta miniminivåer berör utveckling av hälso- och sjukvård. I den andra utvärderingen konstaterar Socialstyrelsen att endast 5 av de 27 beslutade miniminivåerna uppnås av samtliga 292 universitetssjukvårdsenheter. Socialstyrelsen föreslår att den nationella styrgruppen nu följer upp att regionerna har uppnått samtliga miniminivåer vid sina universitetssjukvårdsenheter, senast den 31 augusti 2024.

Samtidigt så kan inte allt verksamhetsförlagt lärande ske vid dessa särskilt utsedda enheter utan en stor del av svensk hälso- och

---

<sup>163</sup> U2024/00229

sjukvård, inte minst primärvårdsverksamheter behöver kunna användas för att tillgodose läkarstudenternas behov av verksamhetsintegrerat lärande. Behovet av att särskilt utsedda enheter har därmed förändrats. Samtidigt skapar universitetssjukvårdsbegreppet en ram kring de områden som partnererna ska samarbeta kring. Det lyfts också i avtalet att samverkan med övrig hälso- och sjukvård, inklusive privata vårdgivare, är viktig för att vidga tillgången till utbildningsmiljöer, tillgodose behovet av patientdata och trygga patienters deltagande och delaktighet i klinisk forskning och utbildning.

## 7.4 Behov inom strategiska områden

**Utredarens förslag:** Det ska inte avsättas en särskild pott av ALF-ersättningen för den kliniska forskningen för att stimulera forskning inom vissa utpekade områden. Det är viktigt att ALF-avtalet ger stabila förutsättningar för att kunna utveckla forskningen långsiktigt och för att ge stöd som är anpassat till de regionala förutsättningarna i varje ALF-region. Därför ska inte tematiska områden eller olika vårdnivåer särskilt pekas ut i ALF-avtalet, utan varje ALF-region får besluta om strategiska satsningar utifrån bedömningar av regionala behov. På samma sätt ska varje ALF-region kunna besluta över satsningar på regional infrastruktur. ALF-avtalet ska inte specifikt peka ut eller avsätta medel för nationella infrastrukturer. ALF-avtalet ska inte heller innehålla särskilt avsatta medel för internationellt eller europeiskt samarbete.

Det finns stora behov av satsningar på den kliniska forskningen. Det inkluderar även behov avseende nationell infrastruktur, nationell tillgång till hälsodata och kvalitetsregister och nationella satsningar inom särskilda områden som precisionsmedicin eller prevention. ALF-systemets kärnuppdrag när det gäller forskningsfinansiering är emellertid att tillhandahålla resurser för att kunna bedriva klinisk forskning inom hälso- och sjukvården och säkra en bred bas av forskare och forskning i de olika ALF-regionerna. Det är därför viktigt att finansieringen av den kliniska forskningen inom ramen för ALF-avtalet är robust och ger en förutsägbarhet som gör att

ALF-regionerna kan genomföra långsiktiga satsningar på kvalitet i verksamheten. Att i det centrala ALF-avtalet specificera satsningar på nationell infrastruktur eller specifika områden riskerar att dränera resurser och försvåra möjligheten att uppfylla kärnuppdraget. Om nya statliga medel avsätts för klinisk forskning inom särskilda tematiska områden eller för nationell infrastruktur för den kliniska forskningen bör finansieringen kanaliseras utanför ALF-systemet och inte specificeras i det centrala ALF-avtalet. Däremot skulle den föreslagna nya gruppen för uppföljning och nationell samverkan (se avsnitt 7.7) kunna vara en lämplig referensgrupp vid planering av sådana insatser. Inom ramen för varje ALF-regionens gemensamma ledningsorgan bör det däremot fortsatt finnas utrymme att göra särskilda tematiska satsningar eller satsningar på regional infrastruktur.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Det finns en allmänt utbredd oro för att den kliniska forskningen ska styras mer genom olika begränsningar i ett kommande ALF-avtal och att utrymmet för enskilda ALF-regioner att självständigt kunna fatta beslut som utgår från regionala förhållanden och förutsättningar riskerar att minska.

#### 7.4.1 Behov av klinisk forskning inom primärvården

När en allt större del av hälso- och sjukvården är tänkt att bedrivas i den nära vården är det viktigt att öka såväl forskningskompetens som forskningsvolym i den nära vården. Den kliniska forskningen behöver kunna rikta in sig på diagnoser som går mellan specialiteter och forskningen behöver kunna omfatta hela vårdkedjan, inklusive prevention. Det finns inget i nuvarande ALF-avtal som hindrar att ALF-ersättningen används för forskning inom primärvården. Men utredningen noterar att en relativt liten andel av ALF-ersättningen går till projekt som drivs inom primärvården, även om det finns regionala variationer. Andelen disputerade bland allmänläkare är låg, och därmed är tillgången till forskningshandledare inom allmänmedicin låg jämfört med de flesta andra discipliner. Det kan därför behövas särskilda insatser för att kunna bygga upp forskningskompetens och forskningssamarbeten för att nå nödvändig kritisk



massa för forskning, men sådana insatser behöver byggas upp successivt under en längre tid och anpassas till regionala förutsättningar. I regeringens forskningsproposition 2020<sup>164</sup> uppmärksammades behoven av att öka forskningskompetensen inom primärvården som att exempelvis finansiera forskarskolor inom allmänmedicin och ge möjlighet för primärvårdens personal att bedriva forskning. Vetenskapsrådet fick år 2021 i uppdrag att fördela medel för uppbyggnad och utveckling av forskningskompetensen inom primärvården. Utredaren föreslår i avsnitt 7.7 en särskild satsning för att kunna arbeta nationellt med identifierade problemområden och ta fram förslag till aktiviteter som kan stärka svensk klinisk forskning. Ytterligare insatser för att stärka forskningen inom primärvården görs lämpligen på regional nivå då ALF-regionerna har olika mycket olika förutsättningar för detta. Utredaren bedömer därför att det är mindre lämpligt att inom ramen för det centrala ALF-avtalet avsätta en specificerad summa för primärvård. Däremot kan ALF-systemets uppbyggnad vara av värde för att stärka nationell samordning och bidra till ökad nationell samverkan för att stärka forskning i den nära vården.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Många aktörer beskriver behovet av att öka forskningskompetensen i den nära vården, oavsett om det är primärvård eller specialistvård. Det är viktigt att den kliniska forskningen också kan rikta in sig på diagnoser som går mellan specialiteter, och forskningen i nära vård behöver därför stödjas i samverkan mellan akademi, region och kommuner och omhändertas i hela vårdkedjan, oavsett var den sker. Samtidigt påpekar aktörerna problemen med att den nära vården är så utspridd, vilket ger andra förutsättningar. Det handlar bl.a. om bristen på forskarutbildade och handledare för doktorander inom primärvården, liksom svårigheten att få en kritisk massa av forskare. Några lyfter att det kan finnas behov av en ännu bredare definition av ALF-ersättningens användningsområde för att möjliggöra forskning inom folkhälsa och prevention, inte minst inom den nära vården. Ett annat behov som anses vara eftersatt är implementering av resultat från den forskning som bedrivs. För att bättre uppnå att

---

<sup>164</sup> Forskning, frihet, framtid – kunskap och innovation för Sverige, prop. 2020/21:60

forskningsresultaten också implementeras föreslås en ökad koordination mellan ALF-ersättningen och regionala FoU-medel. Vidare lyfts behovet av utökad forskning och samverkan inom områden där patienterna rör sig mellan slutenvård och öppenvård. Men även om det är en utbredd uppfattning att det behövs en lösning för att öka forskningsinteraktionen med andra vårdformer så anser de flesta att det inte bör öronmärkas särskilda medel för primärvård i det centrala ALF-avtalet.

#### 7.4.2 Behov av infrastruktur för klinisk forskning

Nuvarande ALF-avtal ger ett relativt stort handlingsutrymme för regionerna att göra regionala satsningar som stärker den kliniska forskningen. I många regioner används medel till regional infrastruktur. ALF-ersättning kan också användas för att bekosta användandet av nationell infrastruktur inom ramen för olika forskningsprojekt. Däremot används inte ALF-ersättning för att finansiera nationell infrastruktur. Vetenskapsrådet har i uppdrag att långsiktigt planera tillgången till forskningsinfrastruktur och att initiera och stödja strategiska satsningar inom infrastruktur samt fördela medel till nationell infrastruktur. Under 2022 fördelades drygt 3 miljarder kronor till infrastrukturstöd<sup>165</sup>. Även andra finansierare stödjer nationell infrastruktur, t.ex. har Wallenbergstiftelserna genom åren stöttat såväl nationell som lokal forskningsinfrastruktur och för närvarande pågår en mycket stor satsning på infrastruktur och utrustning för SciLifeLab<sup>166</sup>. Behoven av att långsiktigt kunna finansiera nationell infrastruktur som kan användas inom den kliniska forskningen, t.ex. Biobank Sverige, Genomic Medicine Sweden, Nationell kvalitetsregister eller SciLifeLab, är mycket stora, men finansieringen bör inte ske genom ALF-avtalet. Däremot kan ALF-systemets uppbyggnad vara av värde för att stärka nationell samordning och bidra till ökad nationell samverkan även kopplat till olika nationella infrastrukturer. Utredaren föreslår därför i avsnitt 7.7 en särskild satsning för att öka och stimulera till nationellt samarbete inom den kliniska forskningen och för att kunna genomföra särskilda satsningar för detta ändamål.

---

<sup>165</sup> Vetenskapsrådets årsredovisning 2022

<sup>166</sup> [Strategiska satsningar | Knut och Alice Wallenbergs Stiftelse](#)

## Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

De flesta aktörerna påtalar att ALF-ersättningen ska kunna användas till regional infrastruktur men att det inte bör finnas någon central fördelning av medel till nationell infrastruktur. Det är också viktigt att behålla den relativa friheten för användningen av medlen så att ALF-regionerna långsiktigt kan behålla och bygga vidare på det man väljer att satsa på och bygger upp. En aktör efterfrågade möjligheter att använda ALF-systemet för att kunna kanalisera medel till region-gemensamma infrastrukturer som ligger utanför ALF-avtalet, t.ex. genom andra typer av överenskommelser mellan staten och regionerna.

Slutligen så påpekar några att det är viktigt att ALF-ersättningen för klinisk forskning bibehålls eller ökas och att om satsningar på särskilda forskningsområden eller infrastrukturer för klinisk forskning ska göras måste nya medel tillföras.

### 7.4.3 Behov inom internationellt samarbete

I avsnitt 3.5.2 konstateras att det finns ett klart samband mellan hur många regioner som samverkat för att framställa en publikation och artikelns citeringsgenomslag, samtidigt som den nationella samverkan inom den kliniska forskningen är begränsad i jämförelse med omfattningen på internationell samverkan inom området. I utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet bedömer Vetenskapsrådet att det finns ett behov av långsiktiga satsningar i syfte att öka nationellt och internationellt utbyte och samarbete för att stärka svensk klinisk forskning och för att främja forskarrörlighet mellan olika aktörer.

Utredaren bedömer att ALF-ersättningen enligt nu gällande ALF-avtal kan användas till att möjliggöra internationellt forskningssamarbete eller till deltagande i EU-program. Det kan finnas ett behov av att på nationell nivå diskutera eventuella behov av åtgärder eller aktiviteter för att stärka såväl nationell som internationell samverkan.

## 7.5 Förslag till fördelning av ALF-ersättningen för klinisk forskning

### 7.5.1 Förslag till fördelning vid oförändrade anslag

**Utredarens förslag:** Vid oförändrade anslag för ALF-ersättningen för klinisk forskning ska nuvarande procentuella fördelning mellan ALF-regionerna behållas fram till år 2027. Från och med år 2028 ska fördelningen baseras på den procentuella fördelningen som angavs i ALF-avtalet 2015 och som började gälla 2019.

ALF-ersättningen till klinisk forskning bygger på en historisk fördelning som baseras på förhandling mellan staten och berörda regioner. Nuvarande fördelning till regionerna har gällt under lång tid och bygger på en procentsats som fastställts i de olika ALF-avtalen (Örebro tillkom dock först 2015). Även om det funnits önskemål om en mer transparent fördelning av ALF-ersättningen har detta visats sig vara svårt i en förhandling om inte staten skjuter till väsentligt utökade medel.

Tidigare utredningar har gjort försök att finna fördelningsindikatorer som skulle kunna användas för fördelning av ALF-ersättningen för klinisk forskning. Det har visat sig vara svårt, inte minst på grund av verksamhetens integrering i hälso- och sjukvården som gör det svårt att beräkna exakt vad regionernas medverkan i den kliniska forskningen kostar. En annan aspekt är att de olika ALF-regionerna byggt upp sin verksamhet under lång tid utifrån ALF-ersättningen och att drastiskt förändra fördelningen skulle riskera att slå sönder väl fungerande verksamheter. Utredaren ser därför inte att man bör göra en omfördelning av nuvarande anslag. Den fördelning som gäller i dag bör därför bibehållas t.o.m. år 2027. Därefter ska fortsatt den procentuella fördelning som fastslogs i ALF-avtalet 2015 och som började tillämpas år 2019 gälla.

## Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Det är få aktörer som har haft synpunkter på ALF-ersättningens procentuella fördelning. Men många påtalar att den sammanlagda nivån på ersättningen måste behållas och att det vore förödande för svensk klinisk forskning om en justering av ersättningsnivån avseende ALF-ersättningen för läkarutbildningen tas från ALF-ersättningen för klinisk forskning. Det framförs att det vore bättre med en fördelning utifrån nyckeltal och indikatorer såsom antal studenter, antal disputerade som är anställda i regionen, och bibliometriska mått, men det konstateras samtidigt att det skulle vara svårt att genomföra en sådan förändring inom nuvarande anslagsram.

### 7.5.2 Förslag om och fördelning av en ökning av ALF-ersättningen

**Utredarens förslag:** Staten ska substantiellt utöka sin satsning på klinisk forskning vid ALF-regionerna. Vid en höjning av anslaget utöver nuvarande nivå ska tillskottet fördelas enligt en ny princip som utgår från ALF-regionernas antal helårsstudenter samt den kliniska forskningens kvalitet mätt som citeringsgenomslag. Hälften av en förstärkning av ALF-ersättningen av klinisk forskning ska fördelas baserat på andelen helårsstudenter per ALF-region och hälften ska fördelas baserat på andelen högciterade artiklar i respektive ALF-region.

ALF-ersättningen intar en särställning i förhållande till andra finansieringskällor för den kliniska forskningen och har en särskild roll att säkerställa basen och säkra bredden inom svensk klinisk forskning.

I takt med de stora utmaningar som hälso- och sjukvården står inför finns ett kontinuerligt och ökande behov av ny kunskap och av att kunskapen implementeras och nyttiggörs i vården, vilket kräver en hög forskarkompetens bland kliniskt verksamma läkare. Den kliniska forskningen i nära samverkan med hälso- och sjukvården är direkt är avgörande för att svara upp mot dessa behov. En nära koppling mellan klinisk praxis och forskning är också betydelsefullt för det viktiga samarbetet med företag inom life-science sektorn.

Enligt Vetenskapsrådets utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet<sup>167</sup> håller den kliniska forskningen i Sverige hög kvalitet. Det är av stor vikt att den höga kvaliteten kan bibehållas och helst ytterligare stärkas. I den hårdnande internationella konkurrensen behöver den kliniska forskningen i Sverige ständigt utvecklas; nya och mer avancerade metoder och allt större patientmaterial fordras, vilket är resurskrävande. Samtidigt tar ökade legala krav och mer komplexa regelverk alltmer resurser i anspråk.

En bred bas av kliniska forskare är en förutsättning för att kunna rekrytera kvalificerade personer till lärartjänster (lektorer och professorer) inom samtliga kliniska ämnen, vilket har avgörande betydelse för såväl forskning som undervisning. Andelen forskarutbildade läkare har emellertid sjunkit (se avsnitt 4.3.1) varför ökade insatser krävs för att vända den trenden.

ALF-systemet har inte tillförts nya medel för forskning sedan ALF-avtalet 1989 (förutom till Örebro i samband med att de kom med som ny part i ALF-avtalet 2015). Den årliga uppräkningsmedel med pris- och löneomräkningen (PLO) har inte fullt ut kompenenserat för den kostnadsutvecklingen varför ALF-ersättningen relativt sett urholkats sedan 1990-talet.

Utredaren föreslår därför att anslaget via ALF för klinisk forskning tillförs ytterligare medel. Den utökade satsningen på klinisk forskning inom ALF-systemet görs med fördel inom ramen för den kommande forskningspropositionen.

Den stora utbyggnad av läkarutbildningen som skett under de senaste 20 åren (se avsnitt 3.3.1) har inte åtföljts av en motsvarande satsning på klinisk forskning. För att läkarutbildningen ska hålla hög kvalitet måste den bygga på vetenskaplig grund. Det krävs därför att det bedrivs klinisk forskning av hög kvalitet och att kliniska forskare kan utbildas i samtliga ALF-regioner inom hela bredden av kliniska ämnesområden. Vissa regioner, främst Region Östergötland och Region Örebro län, har i dagsläget en stor andel av läkarstudenterna i förhållande till sin andel av ALF-ersättningen för klinisk forskning. Det antal helårsstudenter som respektive region minst förväntas ta emot enligt ALF-avtalet bör utgöra en av två fördelningsgrunder för en eventuell utökad satsning på klinisk forskning.

---

<sup>167</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet, 2023 års utvärderingsrapport, VR 2315

Citeringsgenomslaget för klinisk forskning är en viktig parameter för att mäta kvalitet inom klinisk forskning. Vetenskapsrådet sammanställning av den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet visar att svensk klinisk forskning generellt ligger strax över världsgenomsnittet (se avsnitt 4.3.3) mätt i citeringsgenomslag, dvs. andelen högciterade publikationer. Utredaren föreslår därför att andelen högciterade artiklar i respektive ALF-region bör utgöra den andra fördelningsgrunden för en eventuell förstärkning av ALF-ersättningen av klinisk forskning.

## 7.6 Behov av nationell och internationell samverkan inom klinisk forskning

**Utredarens bedömning:** Den kliniska forskningen internationella konkurrenskraft ska stärkas genom att stimulera till ett större och bredare samarbete mellan de olika ALF-regionerna. Ett nytt ALF-avtalet ska därför skapa incitament för detta.

Utvärderingarna av den kliniska forskningens kvalitet år 2018 och 2023 visar att svensk klinisk forskning håller hög kvalitet<sup>168</sup>. Utvärderingen lyfter också fram förbättrade förutsättningar och goda exempel som kan fungera som inspiration för att genomföra olika kvalitetsförbättrande åtgärder inom ALF-regionerna. Samtidigt framhålls i utvärderingen att kvaliteten skulle kunna höjas ytterligare genom att utöka det nationella samarbetet inom klinisk forskning. ALF-avtalets utformning med en kvalitetsbaserad resursfördelningsmodell kan vara ett incitament för att förbättra kvaliteten inom den kliniska forskningen. Samtidigt kan konkurrensutsättning leda till att förutsättningarna för samverkan mellan regioner försämrats. Det är därför viktigt att hitta incitament för att stärka den nationella samordningen och förbättra samverkan även mellan ALF-regioner (se utredarens förslag i avsnitt 7.7).

---

<sup>168</sup> Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet vid de regioner som omfattas av ALF-avtalet, 2023 års utvärderingsrapport, VR 2315

## Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Det har i dialoger framkommit det att det skulle behövas mer incitament för nationell och internationell samverkan inom den kliniska forskningen och några har föreslagit att ALF-avtalet ska omfatta tydligare skrivningar om samordning och samverkan, både mellan stat och regioner och mellan ALF-regionerna. Detta skulle särskilt gynna forskningen avseende patientgrupper som man inte kan beforska regionalt utan där man måste använda hela Sverige som en gemensam forskningsarena. Vissa påtalar också att alla regioner borde vara med i så många kliniska studier som möjligt.

## 7.7 Uppgifter och funktion för en nationell grupp för uppföljning och nationell samverkan (GUNS)

**Utredarens förslag:** Nuvarande styrgruppssammansättning, uppdrag och mandat ska revideras. En ny Grupp för Uppföljning och Nationell Samverkan (GUNS) ska bildas och ska bestå av sju representanter var från regionerna och universiteten i ALF-avtalet.

GUNS uppgift ska vara att följa upp att avtalet och dess intentioner efterföljs och vid behov föreslå justeringar. Vidare ska gruppen följa upp utvärderingarna av den kliniska forskningen ur ett nationellt perspektiv.

GUNS ska få ett tydligt uppdrag att öka och stimulera till nationellt samarbete inom den kliniska forskningen och att besluta om särskilda satsningar för detta ändamål. Vidare ska GUNS arbeta nationellt med andra identifierade problemområden och ta fram förslag till aktiviteter som kan stärka svensk klinisk forskning. En procent av ALF-ersättningen för den kliniska forskningen ska avsättas för detta uppdrag.

GUNS ska få i uppdrag att ta fram en enkel modell för hur ALF-ersättningens användande på ALF-regionnivå kan redovisas för nationella jämförelser.

GUNS ska årligen rapportera om sin verksamhet till de avtalsskrivande parterna.

Vetenskapsrådet ska få i uppdrag att bistå GUNS med administrativt stöd.



Den nationella styrgruppen för ALF infördes i och med bestämmelser i nuvarande ALF-avtal 2015. Styrgruppens uppgift är att följa avtalets tillämpning och vid behov föreslå justeringar i avtalet. Sådana justeringar har också skett under 2020 och 2021 då tilläggsavtal reglerat att ALF-ersättning som inte förbrukats även fått användas under följande år. Denna justering motiverades med konsekvenserna för forskningen av Covid-19-pandemin.

Den nationella styrgruppen för ALF har dessutom haft tre huvuduppdrag: att ange riktlinjer för utformning och genomförande av återkommande utvärderingar av universitetssjukvården, att lämna förslag på utformning och genomförande av återkommande utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet, och att utveckla en redovisningsmall i syfte att ge en samlad bild av resursanvändningen. Under sitt första år tog den nationell styrgruppen även fram ett underlag för en resursfördelningsmodell baserad på utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet. En överenskommelse om en resursfördelningsmodell träffades av avtalsparterna i november 2016. Denna modell har sedan legat till grund för omfördelning av ALF-ersättning för den kliniska forskningen 2019 och 2024. Styrgruppen har följt och gjort rekommendationer för utvärderingarna av universitetssjukvården och av den kliniska forskningens kvalitet. Däremot har en redovisningsmall för regionernas och fakulteternas samlade medel för klinisk forskning inte kunnat fastställas i konsensus inom styrgruppen.

Den nationella styrgruppens mandat framstår i dag delvis som otydligt. Det är viktigt att en sådan grupp inom ramen för en anpassning av ALF-avtalet ges en benämning, representation och uppdrag som upplevs som värdefullt och som väl investerad tid för samtliga involverade. En ny Nationell grupp för Uppföljning och Nationell Samverkan (GUNS) bör kunna arbeta med frågor om den kliniska forskningens förutsättningar på ett nationellt plan. Det kan t.ex. handla om nyttiggörande av klinisk forskning och ny kunskap i hälso- och sjukvården eller om svårigheterna att få tid och möjlighet till forskning i sjukvårdens vardag och vilka aktiviteter som kan bidra till bättre förutsättningar för den kliniska forskningen. Detta är särskilt angeläget inom den nära vården då verksamheter inom t.ex. primärvården behöver ges möjlighet att bidra till den kliniska forskningen och att få ta del av forskningens resultat och

implementera nya evidensbaserade metoder. GUNS bör därför ges mandat att fördela en procent av ALF-ersättningen för den kliniska forskningen för att finansiera särskilda satsningar inom områden där det finns stora behov för att kunna stärka den kliniska forskningen som exempelvis forskarskolor eller andra aktiviteter som kan stärka nationellt samarbete inom klinisk forskning.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

Det finns motstridiga synpunkter på den nationella styrgruppens funktion. Vissa aktörer framför att den inte är effektiv för sitt syfte eftersom den inte har styrande mandat. Framför allt framförs att styrgruppen inte har mandat att styra över myndigheternas utvärderingsarbete. Samtidigt påtalar man att det behövs en samarbetsfunktion för att diskutera viktiga gemensamma utmaningar. Andra aktörer anser att den nationella styrgruppen fungerar bra, har en bra dialog och arbetsordning, men att det är viktigt att alla sju universiteten är representerade i styrgruppen och att styrgruppen ges en starkare roll och tydligare mandat. Det framkommer också förslag om att styrgruppen för ALF bör få i uppdrag att diskutera och prioritera samverkan mellan ALF-regionerna för att gemensamt driva utvecklingen av svensk klinisk forskning och bidra till att uppfylla målen i life science-strategin. Man föreslår också att styrgruppens roll behöver definieras, både generellt och i utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet.

## 7.8 Uppföljning av ALF-avtalet

### 7.8.1 GUNS roll i uppföljning av ALF-avtalet

**Utredarens förslag:** Gruppen för uppföljning och nationell samverkan (GUNS) får i uppdrag att följa upp att avtalet och dess intentioner efterföljs och vid behov föreslå justeringar.

Den nya gruppen för uppföljning och nationell samverkan bör likt den nuvarande styrgruppen för ALF ha i uppgift att kontinuerligt

följa upp att avtalet intentioner efterföljs och att föreslå justeringar. Gruppen ska rapportera till de avtalsskrivande parterna. Uppföljning bör göras årligen i samband med gruppens verksamhetsberättelse, men kan vid behov göras med tätare intervall.

### 7.8.2 Redovisning av den samlade resursanvändningen

**Utredarens förslag:** Gruppen för uppföljning och nationell samverkan (GUNS) ska få i uppdrag att ta fram en enkel modell för hur ALF-ersättningens användande på ALF-regionnivå kan redovisas för nationella jämförelser.

Enligt ALF-avtalet ska den nationella styrgruppen för ALF utveckla en redovisningsmall i syfte att ge en samlad bild av resursanvändningen. I mallen det ska ingå en gemensam redovisning av ALF-regionerna av vilka resurser utöver ALF-ersättningen som de kommit överens om att samarbeta kring, och annat som parterna i den nationella styrgruppen kommer överens om ska redovisas. Styrgruppen har dock kommit fram till att det inte går att ta fram en sådan redovisningsmall som kan användas inom alla ALF-regioner. Samtidigt finns önskemål från statens sida om att mer detaljerade redovisningar ska göras. Bland andra har UKÄ lyft detta i sin rapport PM om ALF-medel, 2022.

Regionerna gör en årligen ekonomisk och verksamhetsinriktad redovisning till universiteten av ALF-ersättningens användning fördelat på utbildning och forskning där det framgår hur användningen av ALF-ersättningen fördelas på lokalkostnader, lönekostnader samt övriga kostnader. Redovisningen ingår i universitetets årsredovisning.

Utredaren bedömer att det bör vara möjligt för ALF-regionerna att göra något mer detaljerade redovisningar av ALF-ersättningens användande som kan användas för nationella jämförelser. GUNS bör därför få i uppgift att samordna arbetet med redovisningen av den samlade resursanvändningen.

## 7.9 Utvärderingar i ALF-avtalet

**Förslag:** Det ska även i framtiden genomföras utvärderingar av den kliniska forskningen kopplat till ALF-avtalet.

Utvärdering av universitetssjukvården och den kliniska forskningens kvalitet infördes i ALF-avtalet 2015. Hittills har två omgångar av utvärderingar genomförts. Utvärderingarna ger en bild av den svenska kliniska forskningens kvalitet och förutsättningarna för dess genomförande. De ger också en bild av styrkor och svagheter inom de olika ALF-regionerna och lyfter goda exempel som kan fungera som inspiration. Det finns därför ett värde i att fortsätta med någon form av återkommande utvärderingar som skapar incitament för en kontinuerlig utveckling av den kliniska forskningen.

### **Kostnader och värde av utvärderingar av universitetssjukvården och av den kliniska forskningens kvalitet**

Utvärderingarna enligt bestämmelserna i ALF-avtalet 2015 har inneburit omfattande arbete och kostnader såväl hos de utförande myndigheterna som hos de universitet och regioner som varit föremål för utvärderingarna. Exakt vad utvärderingarna kostar har varit svårt att fastställa men de totala kostnaderna för genomförandet av de två utvärderingarna kan uppskattas vara åtminstone 70 miljoner kronor per 4-årsperiod. Samtidigt finns bland de berörda ALF-regionerna en uppfattning om att det finns ett stort värde av en nationell utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet, även om uppfattningar om huruvida resultatet av en sådan utvärdering ska leda till omfördelning av medel för klinisk forskning går isär. Det är viktigt att utvärderingen inte leder till ökad konkurrens som försvårar nationellt samarbete, samtidigt som det måste finnas en motivation för kontinuerlig förbättring och utveckling. Ytterligare stimulans av nationell samordning och samverkan som kan leda till såväl ökad vetenskaplig kvalitet, som högre grad av nyttiggörande och implementering i vården vore också önskvärt. Här skulle en grupp sammansatt av representanter för samtliga ALF-regioner kunna spela en viktig roll.

## Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

De flesta aktörer anser att utvärderingarna är för arbetskrävande och omfattande och att de dessutom är delvis överlappande. Man bör därför skala ner utvärderingarna avsevärt och göra dem mer effektiva. Man bör också överväga att göra dem med längre intervaller, eftersom ALF-regionerna inte hinner göra stora omställningar på fyra år.

Många framhåller att de resurser som läggs ned i utvärderingarna inte står i proportion till nyttan och värdet av vad man får ut av dem. Det påtalas också att det är en brist att det är all klinisk forskning som följs upp och inte den verksamhet som specifikt finansieras av ALF-ersättningen. Det lyfts också att ALF-avtalet bör uppställa krav på en mer detaljerad redovisning av ALF-ersättningens användning. Vidare föreslås att utvärderingen borde vara mer framåt-syftande. Ett annat förslag är att i stället utvärdera den samlade nationella kvaliteten på den kliniska forskningen för att Sverige ska kunna konkurrera som land.

### 7.9.1 Utvärdering av universitetssjukvården

**Utredarens förslag:** Utvärderingen av universitetssjukvården ska upphöra som en del av ALF-avtalet.

Vetenskapsrådet ska få i uppdrag att undersöka om det finns delar av utvärderingen av universitetssjukvården som bör införas i utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet.

Enligt gällande avtal ska universitetssjukvården utvärderas vart fjärde år med avseende på struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling. Samtidigt ska enligt ALF-avtalet regelbundna utvärderingar av den kliniska forskningens kvalitet genomföras. Bland de underlag och indikatorer som ska ligga till grund för utvärderingen ingår forskningens förutsättningar, som till viss del överlappar med delar av utvärderingen av universitetssjukvården. Värdet av ytterligare en utvärdering är därför begränsat och med tanke på att berörda aktörer vittnat om att arbetet med utvärderingarna tar en hel del resurser bör utvärderingen inte fortsätta på det sätt som skett hittills. Vissa delar av utvärderingen

av universitetssjukvården kan också behållas inom ramen för utvärderingen av den kliniska forskningen. Här bör utförande myndighet samråda med Socialstyrelsen och ta del av deras erfarenheter av utvärderingen av universitetssjukvården.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

De flesta aktörer lyfter fram att värdet som utvärderingen av universitetssjukvården skapar inte uppväger de stora arbetsinsatser som den kräver. Flera anser att den här typen av utvärdering inte är adekvat och föreslår att man bör skala ner eller upphöra med den. Begreppet universitetssjukvårdsenheter (USVE) upplevs både som för otydligt definierat och som för bokstavligt och omgärdat av för många och för detaljerade miniminivåer. Begreppet är inte heller tillämpligt på läkarutbildningen, då hela hälso- och sjukvården tas i anspråk för verksamhetsintegrerat lärande. Samtidigt anser några att USVE-begreppet fyller en funktion för att involvera sjukvårdshuvudmännen och för att lyfta fram att USVE har ett särskilt ansvar för nya undervisningsmetoder och att bidra till samverkan mellan universitetet och regionerna i utbildnings- och forskningsfrågor.

Det framkommer också förslag om att miniminivåer borde ersättas av kvalitetskriterier, och man måste ta hänsyn till att USVE är så olika i storlek och organisation. Man anser att det borde vara regionen, och inte USVE i sig, som utvärderas och att det vore bättre med andra påtryckningsmedel än hot om att säga upp avtalet. Andra förslag är att utvärderingen av universitetssjukvården borde ersättas av att regionerna får rapportera in till styrgruppen – ett slags inspektionssystem, liknande den externa kvalitetsgranskning man har för specialiseringstjänstgöringen<sup>169</sup>.

### 7.9.2 Utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet

**Utredarens förslag:** Den kliniska forskningen ska fortsatt utvärderas utifrån de tre aspekterna, den vetenskapliga

<sup>169</sup>Specialistutbildningsråd (SPUR) är en modell för extern granskning av specialiseringstjänstgöringens utbildningskvalitet inom alla specialiteter. Granskningen genomförs av utbildade inspektörer från respektive specialitetsförening och ska säkerställa en jämn och hög kvalitet av utbildningens kvalitet

produktionens kvalitet, forskningens kliniska betydelse och samhällsnytta och forskningens förutsättningar. Utvärderingarna ska fortsatt genomföras vart fjärde år. Utvärderingarna ska utöver att beskriva och utvärdera nuläget ha starkare betoning på vad som behöver utvecklas/förbättras, vad som planeras framåt och vad som gjorts bakåt för att utveckla verksamheten/åtgärda identifierade brister.

Vetenskapsrådet ska få fortsatt uppdrag att organisera utvärderingen. De ska också få i uppgift att regelbundet följa den kliniska forskningen med bibliometriska analyser och genom sammanställningar av annan relevant data.

Vetenskapsrådet ska få i uppdrag att ta fram ett förslag på utformningen av den nya utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet baserad på nuvarande utvärderingsmodell med tre paneler. Den nya gruppen för uppföljning och nationellt samarbete (GUNS) ska fungera som en referensgrupp för Vetenskapsrådets arbete med utformningen av utvärderingen.

ALF-ersättningen ska bidra till klinisk forskning av hög kvalitet som är av relevans för behoven inom hälso- och sjukvården, för behandling och diagnostik av patienter samt för prevention av ohälsa. Detta ställer höga krav på att den genomförda forskningen ska kunna svara mot de utmaningar som finns och leda till utveckling inom hälso- och sjukvården. Det ställer också höga krav på hur forskningen ska utvärderas och enligt vilka kriterier. Utredaren bedömer att den återkommande utvärderingen av den vetenskapliga produktionens kvalitet, kliniska betydelse och samhällsnytta samt av forskningens förutsättningar och där resultaten bedöms utifrån ett internationellt perspektiv är ändamålsenlig och har gett ALF-regionerna värdefull återkoppling av den kliniska forskningens kvalitet och förutsättningar såväl inom respektive ALF-region som nationellt.

Eftersom ALF-systemet ska säkerställa att det finns en bred bas av klinisk forskning av hög kvalitet och att det utbildas kliniska forskare inom samtliga ALF-regioner är det viktigt att utvärderingen bidrar till, och fördelningsmodellen ger incitament till, att kontinuerligt förbättra och utveckla förutsättningarna för att kunna bedriva högkvalitativ forskning. För att utvärderingen i än högre grad ska stimulera till att kontinuerligt förbättra förutsättningarna för den kliniska forskningen inom samtliga ALF-regioner föreslår

utredaren att det i uppdraget för utvärderingen förtydligas att man ska bedöma hur respektive ALF-region har arbetat, och planerar att arbeta framåt, med att identifiera och åtgärda eventuella brister i förutsättningarna för den kliniska forskningen.

### Synpunkter vid utredningens dialog med olika aktörer

De flesta anser att utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet driver kvalitet och att omfördelning av medel, även om det handlar om en mindre pott, spelar roll. Några har dock svårt att se nyttan med omfördelningen och förordar i stället tydligare återrapporteringskrav för medlens användning. Däremot går åsikterna isär huruvida utvärderingen leder till en konkurrens som motverkar samverkan. Det ifrågasätts också om utvärderingarna mäter rätt saker i förhållande till vad ALF-ersättningen ska finansiera. Man anser vidare att samarbete bör lyftas fram tydligare i utvärderingarna. Ett annat förslag är att de kliniska forskarnas möjlighet att få ut sin tilldelade forskningstid kan vara lämplig att följa upp. Många anser också att utvärderingen bör spegla ALF-ersättningens roll och att det kan vara andra kvalitetsmått som bör få större tyngd, såsom genomslag av forskningens resultat för patienter och för sjukvården samt på samhällsnivå.

### 7.9.3 Uppföljning av utvärdering av den kliniska forskningens kvalitet

**Utredarens förslag:** Gruppen för uppföljning och nationell samverkan (GUNS) ska få i uppdrag att följa upp utvärderingarna av den kliniska forskningen ur ett nationellt perspektiv.

Det är viktigt att lärdomar kan dras av utvärderingen av den kliniska forskningen. Därför bör gruppen för uppföljning och nationell samverkan följa upp resultaten av dessa och arbeta på ett nationellt plan med olika identifierade problemområden, och genomföra satsningar som kan stärka nationell samverkan och kvaliteten på den kliniska forskningen.



## 7.10 Resursfördelningsmodell

**Utredarens förslag:** Den nuvarande resursfördelningsmodell ska göras om för att ge incitament till att kontinuerligt förbättra och utveckla förutsättningarna för att kunna bedriva klinisk forskning av hög internationell kvalitet inom alla ALF-regioner. Samma utvärderingspaneler behålls och gör fortsatt bedömningen enligt den tregradiga skalan undermålig, god-hög respektive mycket hög kvalitet, dock utan någon begränsning av hur många ALF-regioner som kan hamna i respektive kategori.

Den nya resursfördelningsmodellen ska framgå av ALF-avtalet.

Utvärderingen av den kliniska forskningens kvalitet som ligger till grund för nuvarande resursfördelningsmodell utvärderar all klinisk forskning och även om utvärderingen ska ta särskild hänsyn till storleken på respektive ALF-regioners del av ALF-ersättningen så kommer de regioner som har stora anslag för klinisk forskning utöver ALF-ersättningen att gynnas i utvärderingen.

Nuvarande resursfördelningsmodell förutsätter att 1–3 ALF-regioner bedöms ha mycket hög kvalitet inom vart och ett av de tre områden som utvärderas, den kliniska forskningens vetenskapliga kvalitet, forskningens kliniska relevans och samhällsnytta respektive forskningens förutsättningar. Modellen kan leda till oönskade effekter om utvärderingen bedömer att ingen ALF-region eller fler än tre ALF-regioner förtjänar omdömet mycket hög kvalitet. Det kan också innebära att en region som förbättrat sig jämfört med den förra utvärderingen får minskad ALF-ersättning eftersom någon annan region gjort en ännu större kvalitetsmässig förflyttning. Konkurrens mellan ALF-regionerna är önskvärd i den mån den stimulerar till att kontinuerligt utveckla kvaliteten på forskningen, men incitamenten i systemet får inte vara konstruerade så att de motverkar samarbete där så är nödvändigt för att bedriva framgångsrik klinisk forskning. Med tanke på att stora delar av eller hela det tillgängliga patientunderlaget i Sverige allt oftare behövs för att bedriva internationellt konkurrenskraftig klinisk forskning finns det ett behov av ett ökat samarbete mellan ALF-regionerna, något som också har lyfts fram av de internationella bedömargrupperna i utvärderingarna av forskningens kvalitet. En annan aspekt är att

nödvändig kompetens och infrastruktur inte alltid finns inom den egna ALF-regionen. Det finns också inbyggda och starka incitament inom övriga finansieringssystem för klinisk forskning som stimulerar till att hålla mycket hög kvalitet på den kliniska forskningen.

Utredaren föreslår därför en annan modell för resursfördelningen som bygger på att alla regioner garanteras ett grundbelopp av sin andel av ersättningen för den kliniska forskningen. Ett mindre belopp reserveras i form av ett kvalitetsbelopp. Om ALF-regionen enligt utvärderingen nöjaktigt har identifierat utvecklingsområden och eventuella brister, presenterat realistiska och genomförbara planer för att åtgärda dessa, samt visat att de har arbetat med och åtgärdat vid föregående utvärdering identifierade utvecklingsområden/brister, och erhållit minst omdömet god-hög kvalitet inom alla tre bedömningsområdena, får ALF-regionen behålla hela sin tilldelning, dvs. både grundbelopp och kvalitetsbelopp, av ALF-ersättningen under kommande fyra-årsperiod.

Om ALF-regionen enligt utvärderingen inte nöjaktigt har identifierat utvecklingsområden och eventuella brister, presenterat realistiska och genomförbara planer för att åtgärda dessa, samt visat att de har arbetat med och åtgärdat vid föregående utvärdering identifierade utvecklingsområden/brister, eller erhållit omdömet undermålig kvalitet inom något av bedömningsområdena, minskas ALF-regionens tilldelning av ALF-ersättningen med dess kvalitetsbelopp under kommande fyra-årsperiod.

De eventuella medel som inte fördelas på grund av att en eller flera ALF-regioner fått omdömet undermålig kvalitet ska omfördelas till ALF-regionernas grupp för uppföljning och nationellt samarbete (GUNS) och användas för åtgärder som ska bidra till att öka och stimulera till nationellt samarbete inom den kliniska forskningen (se avsnitt 7.7).



## 8 Konsekvenser av förslagen

### 8.1 Allmänt om förslagets konsekvenser

Ett reviderat ALF-avtal enligt utredarens förslag väntas bidra positivt till en modern, kunskapsbaserad och effektiv svensk hälso- och sjukvård genom att ge nödvändiga förutsättningar och resurser för en högkvalitativ läkarutbildning och klinisk forskning, som kan möta den allt snabbare kunskapsutvecklingen och de stora utmaningarna hälso- och sjukvården står inför. Befolkningen förväntar sig att svensk hälso- och sjukvård fortsatt ska ligga i världstopp både i omfattning och kvalitet. Det nya direkt legitimeringsgrundande sex-åriga läkarprogrammet ställer därför krav på ett ökat inslag av verksamhetsintegrerat lärande och att lärandet håller hög kvalitet. Att inte ge de nödvändiga resurserna för läkarutbildningen, och övriga vårdutbildningar, riskerar att bli kostsamt för hälso- och sjukvården, både ur ett patientperspektiv och ett ekonomiskt perspektiv. ALF-systemet har en nyckelroll för att skapa en bred bas av klinisk forskning och kliniska forskare, vilket är nödvändigt för att kunna rekrytera framtida toppforskare, men också för att upprätthålla en vetenskaplig kompetens inom samtliga ämnesområden och driva utveckling inom hälso- och sjukvården. Det är av stor vikt att den höga kvaliteten på svensk klinisk forskning kan bibehållas och helst ytterligare stärkas. Detta kommer att kräva en utveckling mot nya och mer avancerade metoder där allt större patientmaterial och data behöver tillgängliggöras, vilket kommer att kräva ökande resurser. För att möta den allt hårdnande internationella konkurrensen inom klinisk forskning pekar utredaren också på betydelsen av nationellt samarbete, och ger konkreta förslag för hur samarbetet ska kunna ökas. Sverige är ett litet land, och i många fall behövs landets samlade resurser, snarare än enskilda ALF-regioners, för att vara internationellt konkurrenskraftig.

## 8.2 Kostnader

I promemorian *En sexårig utbildning för läkarexamen*<sup>170</sup> beräknade regeringen att den nya läkarutbildningen i och med att den utökas med en termin innebär en ökning av antalet helårsstudenter med totalt 883 platser med hänsyn tagen till den utbyggnad av läkarutbildningen som påbörjades efter förslag i budgetpropositionen för 2018. Detta skulle innebära att statens ersättning till regionerna för deras medverkan i utbildningen av läkare skulle öka med ca 67 miljoner kronor.

Inom ramen för den här utredningen föreslås att antalet helårsstudenter, utöver den ökning med ca en elfte-del som blir följd av en ytterligare termin på läkarutbildningen, även utökas för att avspegla faktiska förhållanden avseende antalet helårsstudenter i Örebro. Vidare föreslår utredningen att ersättningen per helårsstudent bör öka för att avspegla det väsentligt ökade kliniska innehållet i den nya läkarutbildningen som leder till läkarlegitimation.

Detta kan sammantaget innebära kostnader utöver de för ändamålet avsatta 67 miljoner kronor som tidigare aviserats. Medel för detta bör kunna tas inom Utbildningsdepartementets och Socialdepartementets budgetramar.

Den ökning av ALF-ersättningen för klinisk forskning som utredaren föreslår skulle kunna inrymmas i kommande forsknings och innovationsproposition.

Förslaget att utvärderingen av universitetssjukvården ska upphöra som en del av ALF-avtalet innebär att kostnaderna för insamling och analys upphör, såväl de kostnader som ligger på Socialstyrelsen som de som ligger hos universitet och regioner. En besparing som grovt kan skattas ligga i intervallet 30–50 miljoner kronor på en fyra-årsperiod.

## 8.3 Betydelse för miljön

Utredarens förslag syftar till att skapa ett adekvat stöd och en samarbetsstruktur för läkarutbildning och klinisk forskning och har troligen ingen påverkan på miljön.

---

<sup>170</sup> U2018/02704/UH

## 8.4 Samhällsekonomiska effekter

Utredarens förslag syftar till att skapa ett adekvat stöd och en samarbetsstruktur för läkarutbildning och forskning. Syftet är att både läkarutbildningen och den kliniska forskningen ska hålla en hög kvalitet och att forskningsresultat och ny kunskap effektivt ska nyttiggöras och bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård på nationell nivå. Också för life science-industrin är högkvalitativ klinisk forskning och god tillgång till forskarutbildade läkare av stor betydelse.



# Förkortningar och ordförklaringar

**Tabell**            **Förkortningar och begrepp som används i promemorian**

<b>Förkortning/begrepp</b>	<b>Betydelse i promemorian</b>
ALF	Avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården
ALF-ersättning	Statens ersättning för regionernas åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning. Kallas också ALF-medel.
ALF-region	En region och ett universitet som omfattas av ALF-avtalet och som har ett regionalt avtal i enlighet med det centrala avtalet
AT	Allmäntjänstgöring. Anställning med praktisk tjänstgöring under minst 18 månader för läkare med läkarexamen i det 5,5 år långa läkarprogrammet för att kunna få legitimation som läkare.
BT	Bastjänstgöring. En introduktionstjänstgöring för legitimerade läkare som är en inledande del av specialiseringstjänstgöring (ST).
Bibliometri	Mätverktyg som analyserar statistik om de vetenskapliga publikationer som forskare producerar, bl.a. analys av i vilken grad forskarnas resultat citeras.
Citeringsgenomslag	Ett kvalitetsmått som mäter hur väl forskningen når ut i det vetenskapliga samhället. Måttet anger hur stor andel av ett lärosätes volym av vetenskapliga artiklar som tillhör de 10 procent mest citerade publikationerna i världen inom sitt ämnesområde.
Fakultetsmedel	Statliga medel som anslås till universiteten för utbildningar på grund- och avancerad nivå
FoU	Forskning och utveckling. FoU innefattar såväl grundforskning som tillämpad forskning och utvecklingsverksamhet (Frascatimanualen, 2015, OECD)
FO-ALF	ALF-ersättning för klinisk forskning
GU-ALF	ALF-ersättning för utbildning av läkare



<b>Förkortning/begrepp</b>	<b>Betydelse i promemorian</b>
hst	Helårsstudent. En prestationsbaserad måttenhet för utbildningsvolym. En helårsstudent motsvarar en student som är inskriven för heltidsstudier under ett läsår
Klinisk forskning	Enligt gällande ALF-avtal sådan forskning som förutsätter vårdens strukturer och resurser och har som mål att lösa ett ohälsoproblem eller att identifiera faktorer som leder till ökad hälsa.
LPIK	Prisindex med kvalitetsjusterade löner för regioner
PLO	Pris- och löneomräkning. Den beräkningsmetod som används för att myndigheternas förvaltningsanslag ska vara reall oförändrade över tid. Baseras på anslagsförbrukningen på utgifter för främst löner, lokalkostnader och övriga förvaltningskostnader.
Preklinisk forskning	Medicinsk och hälsovetenskaplig forskning som inte förutsätter vårdens strukturer och resurser. Det är grundläggande experimentell forskning på molekylär, cellulär och integrativ nivå rörande de livsprocesser som bestämmer kroppens funktion - normalt och vid sjukdom.
Primärvård	Grundläggande medicinsk bedömning och behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver särskilda medicinska eller tekniska resurser eller annan särskild kompetens
Region	Självstyrande enhet med ett geografiskt ansvarsområde som motsvarar ett län. I regeringsformen omnämns de som "kommuner på regional nivå". Regioner benämndes tidigare landsting
Samverkansregion	Indelning i Hälso- och sjukvårdsförordningen för hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Benämns oftast sjukvårdsregioner
Slutenvård	Vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning
SCB	Statistiska Centralbyrån
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner (tidigare SKL, Sveriges Kommuner och Landsting)
ST	Specialiseringstjänstgöring. Sådan tjänstgöring och kompletterande utbildning som en läkare genomgår för att uppnå specialistkompetens.
Translationell forskning	Tillämpad forskning i syfte att överbygga avståndet mellan preklinisk forskning och klinisk forskning (Vetenskapsrådets definition)
UKÄ	Universitetskanslersämbetet
USV	Universitetssjukvård. Enligt gällande ALF-avtal den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov

<b>Förkortning/begrepp</b>	<b>Betydelse i promemorian</b>
USVE	Universitetssjukvårdsenhet. Enligt gällande ALF-avtal ska de regionala avtalen reglera hur och på vilka grunder enheter i universitetssjukvården ska utses
VFU	Verksamhetsförlagd utbildning. Verksamhetsförlagd utbildning definieras som handledd praktik på en arbetsplats
VIL	Verksamhetsintegrerat lärande. Verksamhetsintegrerat lärande är samlingsbegrepp för de pedagogiska modeller som bygger på samverkan och integrering mellan högre utbildning och arbetsliv. VIL lärande är alltså ett bredare begrepp än VFU. VIL kan i läkarutbildningen ske förutom i form av VFU, som studiebesök, auskultation, hospitering, simuleringsövningar eller fältstudier inom öppen och sluten hälso- och sjukvård, omsorg eller annan relevant verksamhet.
VR	Vetenskapsrådet
Öppenvård	Behandling, terapi, hälso- och sjukvård, som utförs på icke inneliggande patienter på vårdcentraler, av socialtjänsten, sjukhusmottagningar eller i patientens hem