



Nätläkare och utomlänssersättning - symtom eller systemfel?

Denna PM handlar om den politiska utvecklingen bakom nätläkarvågen.

Inledning

Enligt den svenska hälso- och sjukvårdslagen ska den som har det största behov av hälso- och sjukvård ges företräde till vården. Samtidigt upplever många patienter med stora behov en låg tillgänglighet till vården – det är svårt att komma i kontakt med sin vårdcentral, kontinuiteten är låg och primärvården generellt underdimensionerad. Digitala vårdgivare erbjuder en snabb tillgång till läkarkontakt som nyttjas mest av en kundgrupp utan betydande medicinska behov. Hur blev detta upplägg till?

Den digitala vården har vuxit snabbt under de senaste åren. Företag ersatts enligt utomlänssersättningen, vilket innebär att patienternas hemregioner får stå för notan när invånarna vänder sig till nätläkare. Detta är oförenligt med den svenska hälso- och sjukvårdslagen: en vård på lika villkor för befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården samt att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Dagens skeva styrning möjliggörs huvudsakligen av tre reformer:

1. Den obligatoriska tillämpningen av lagen om valfrihetsystem i primärvården (2010).

Alla leverantörer som uppfyller kraven i en regions förfrågningsunderlag godkänns som primärvårdsutförare och uppdraget får fullgöras med hjälp av underleverantörer.

2. Med patientlagen (2015) fick patienten möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i hela landet. Nätläkarna etablerades i samband med denna lag. Möjligheten att ha hela Sverige som upptagningsområde kombinerat med frikostiga ersättningsmodeller gjorde det attraktivt för nätläkarna att etablera sig.
3. Digital utomlänssersättning innebär att nätläkarna får betalt enligt en styckprismodell. Genom avtal med privata vårdcentraler ingår tjänsterna i en regions vårdval för primärvård och finansieras med offentliga medel. Riksavtalet för utomlänsvård reglerar hur vårdregionen ska ersättas av hemregionen när en region ger vård till en patient från en annan region.

En digital vårdgivare, ofta kallad nätläkare eller appläkare är en utförare av hälso- och sjukvård, som erbjuder vårdkontakter via distans, alltså vård som ges via en app, telefonsamtal eller videolänk. Detta PM har fokus på heldigitala vårdgivare som finansieras genom digital utomlänssersättning. Den ordinarie primärvården kan kallas för digifysisk vård. Digifysisk vård innebär att vård genom fysiska och digitala kanaler ska komplettera varandra. En vårdcentral kan ha kontakt med sina patienter genom fysiska och digitala möten och kanaler.

PM I KORTHET

- Sedan de nationella digitala vårdgivarna etablerades 2016 har antalet digitala besök ökat markant.
- Den ordinarie (digifysiska) primärvården har ofta stora tillgänglighetsproblem på grund av underfinansiering och underdimensionering.
- Eftersom nätläkarna får betalt per besök finns det incitament att premiera korta och snabba besök och kunder med mindre allvarliga, ibland icke medicinska tillstånd.
- Detta är oförenligt med den svenska hälso- och sjukvårdslagen: en vård på lika villkor för befolkningen samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården samt att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Utvecklingen som lett oss hit

Patienter har rätt att söka primärvård var som helst i landet. När det görs utanför deras egen hemregion, exempelvis genom en nätläkare, så faktureras det i regel som ett utomlänbesök. Många nätläkare är baserade i Region Sörmland. Det innebär att vårdgivaren får betalt av Region Sörmland, och Region Sörmland får i sin tur betalt av patientens hemregion. Att Region Sörmland fått denna roll beror primärt på regionens beslut 2017 om helt avgiftsfri primärvård. Effekten av detta beslut skapade en situation där en digital, privat vårdgivare kunde erbjuda sina tjänster kostnadsfritt för patienten under några år, något som fick appläkarföretag att etablera sig i just Sörmland. Under 2025 fakturerades 2,7 miljoner digitala vårdkontakter via Region Sörmland. En miljon personer har nyttjat dessa vårdtjänster till en kostnad av en miljard kronor. Styckprismodellen har ofta fått kritik för att den ger nätläkarbolag incitament att genomföra fler vårdbesök och rikta sina tjänster till kunder med enkla eller obefintliga besvär.

Det är regionerna som sätter priset för utomlänssättningen. Utomlänssättningen var länge 500 kronor per besök. I februari 2026 beslutade Sveriges kommuner och regioner (SKR) att rekommendera regionerna att ersättningen ska sänkas till 435 kronor per digitalt läkarbesök från och med 1 juni 2026.

Under hösten 2025 meddelade Region Sörmland att omkring 60 procent av patientbesök som Doktor.se och Kry har fakturerat regionen för patienter folkbokförda i Stockholm saknar grund för ersättning. Dessa fall bedömdes inte utgöra kvalificerad sjukvård då de enbart bestått av exempelvis hänvisning till fysisk vård eller enklare rådgivning liknande den som ges via sjukvårdsrådgivningen 1177. Flera regioner har påbörjat ett arbete med att sluta egna avtal med privata digitala vårdföretag, vilket innebär att digitala vårdkontakter till regionens invånare i stället faktureras enligt kapitering / inomlänssättning. Det kräver dock att regionen har en befintlig avtalsrelation med den digitala vårdgivarens fysiska verksamhet. Ett exempel är den överenskommelse mellan Kry och Region Stockholm, där regionens målsättning är att samtliga digitala vårdbesök som rör regionens invånare faktureras inom regionens vårdavtal.

Ytterligare drivkraft i utvecklingen är primärvårdens underdimensionering. Med appläkarna upplever konsumenterna ofta en högre tillgänglighet till snabba besök för lättare besvär än hos vårdcentralerna. Primärvården är tänkt att vara basen och grindvakten i hälso- och sjukvården, samt även ett sätt att upprätthålla principen om att patienten med största behov ska ges företräde, men saknar i dag förutsättningar att ta det ansvar som krävs. På ytan har det länge funnits en politisk enighet om att bygga ut en primärvård med hög kontinuitet och tydligare helhetsansvar för patienter i Sverige, men stora resurstillskott som omställningen skulle kräva har hittills uteblivit.

Sverige har länge haft ett system där vårdcentralerna å ena sidan ersätts per listad patient, med incitament att snarare minimera patienternas besök. Å andra sidan ersätts vårdappar per besök, med incitament att ta emot så många, och helst enkla, kunder som möjligt. De

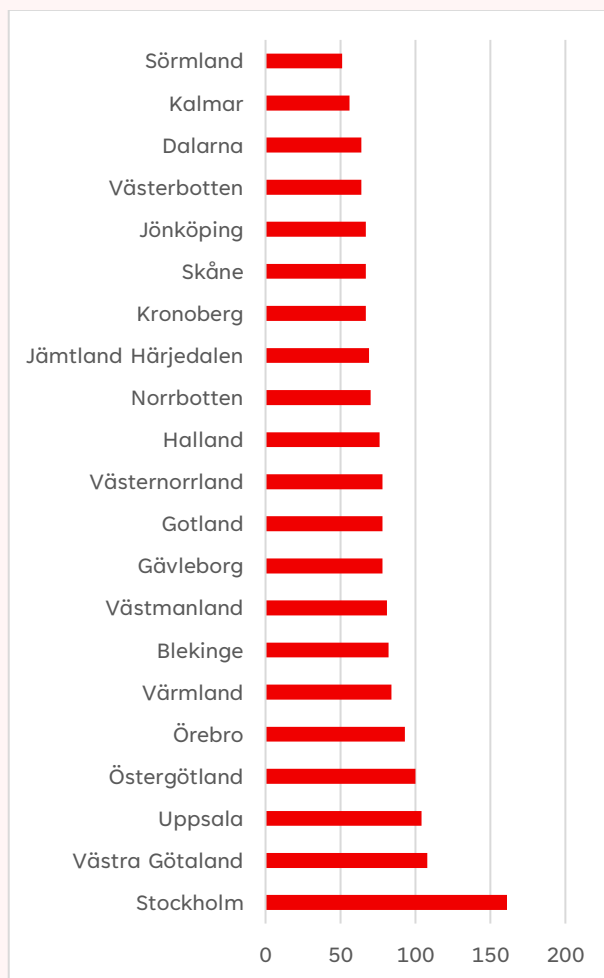
digitala vårdgivarna som använder systemet tillåts erbjuda en tjänst som patientens egen vårdcentral inte efterfrågat, på löpande räkning utan tak.

Digital utomlänsvård bedrivs i dag på primärvårdsnivå men ersättningarna styrs av ett parallellt system, som fungerar enligt en annan logik än dem i den övriga primärvården. Modellen medför att det offentliga / regionerna blir betalningsskyldiga för en vård de inte själva har beställt och inte heller på egen hand kan kontrollera omfattningen av, eller följa upp. Flera utredningar har konstaterat att systemet inte är förenligt med behovsprincipen och inte heller främjar ett effektivt resursutnyttjande.

Lägesbild: resursutnyttjande och utveckling

Sedan de nationella digitala vårdgivarna etablerades 2016 har antalet digitala besök ökat markant. När det gäller vård som faktureras via Region Sörmland har totala faktureringen för digital utomlänsvård ökat med cirka 13 procent i löpande priser mellan åren 2021 och 2025: från drygt 800 miljoner kronor till drygt en miljard. Invånarna i Region Stockholm står för nästan 80 procent av ökningen. Majoriteten av den digitala utomlänsvården ges till patienter bosatta i storstadskommuner samt i pendlingskommuner nära större städer, både sett till det totala antalet vårdkontakter och antalet kontakter per invånare. De kommuner med flest antal patienter per invånare ligger samtliga i Stockholms län, medan kommuner med lägst antal patienter återfinns i Norrbottens- och Västerbottens län. I Sundbybergs kommun tog 21,4 procent av invånarna del av digital utomlänsvård under 2025, jämfört med 2,3 procent i Övertorneå kommun.

DIAGRAM 1. FAKTURERAD KOSTNAD (KR) PER INVÅNARE, 2025



Källa: SKR

DIAGRAM 2: FAKTURERAD KOSTNAD PER REGION 2021–2025, MILJONER KR

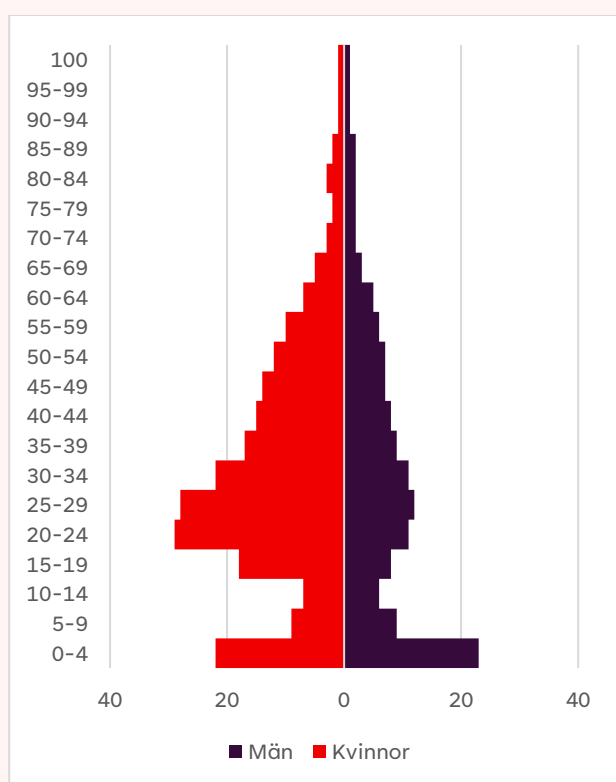
Region	2021	2022	2023	2024	2025
Blekinge	10	8	10	11	13
Dalarna	19	14	17	18	18
Gotland	5	4	4	4	5
Gävleborg	20	16	19	20	22
Halland	24	20	23	25	22
Jämtland Härjedalen	8	6	8	9	9
Jönköping	21	18	21	23	25
Kalmar	15	11	12	14	14
Kronoberg	12	10	12	13	14
Norrbotten	12	10	12	14	17
Skåne	87	45	77	81	96
Stockholm	188	140	292	405	400
Sörmland	17	11	12	13	15
Uppsala	42	34	40	43	42
Värmland	25	20	22	24	24
Västerbotten	14	12	14	16	18
Västernorrland	15	13	15	18	19
Västmanland	22	18	21	23	23

Västra Götaland	179	154	175	187	193
Örebro	24	20	24	26	29
Östergötland	42	36	42	46	47
Totalsumma	801	621	873	1032	1069

Källa: SKR

Under 2025 stod kvinnor för 68 procent av vårdkontaktarna inom digital utomlänsvård och flest kontakter gjordes av personer i åldern 20–34 år. Den största patientgruppen är kvinnor i åldern 20–29 år, där nästan 30 procent tagit del av digital utomlänsvård någon gång under 2025.

DIAGRAM 3. ANTAL PATIENTER PER 100 INVÅNARE PER ÅLDER OCH KÖN 2025



Källa: SKR

Forskningsrapport från Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning (CHIS) inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) visar att det var stora skillnader på patienter och diagnoser hos nätläkare jämfört med fysiska vårdcentraler. Nätläkarna hade fler besök för enklare åkommor som övre luftvägsinfektioner och hudåkommor, medan de fysiska vårdcentralerna stod för hela spektrat av primärvårdsdiagnoser. Nätläkarnas patienter var också mycket yngre, mer välutbildade och hade högre inkomster än snittet.

De trettio vanligaste diagnoserna vid fysiska besök inkluderar fyra som brukar räknas som kroniska (förhöjt blodtryck, diabetes, hypotyreos och astma). De trettio vanligaste vid digitala besök inkluderar dock bara en av dem (astma), vilket kan ses som att kroniska diagnoser är underrepresenterade i digitala besök.

VÅRDEN HAR BEGRÄNSADE RESURSER - HUR SKA DESSA FÖRDELAS RÄTTVIST?

- År 1997 fattade riksdagen beslut om riktlinjer för prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Beslutet utgår från att prioriteringar ska bygga på etiska principer och vara öppet redovisade och systematiska.
- **Människovärdeprincipen** innebär att alla människor har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller någon annan faktor. Principen anger i första hand vad sjukvårdsansvariga inte bör ta hänsyn till vid beslut om resursfördelning eller vid vård och behandling.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen** innebär att vårdens resurser ska satsas på de patienter som har störst behov. Enligt principen ska behoven hos svaga grupper och grupper som har svårt att göra sina röster hörda särskilt beaktas.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen** innebär att hälso- och sjukvården har en skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt.

Stora resurser kan frigöras och hälso- och sjukvårdslagens måloppfyllelse förbättras om vi rullar tillbaka marknadslösningarna

Även om välfärden behöver en starkare långsiktig finansiering finns också stora möjligheter att göra mer av de resurser som kommuner och regioner redan har till sitt förfogande. Allt för ofta ser vi hur pengar till välfärden försvinner till annat eller används på ett sätt som aldrig var meningen. Den övergripande trenden i svensk offentlig förvaltning

under de senaste 30 åren har varit en tilltagande marknadsiering av välfärdstjänsterna. I dagens välfärd ser vi hur resurser omfördelas från mer till mindre behövande då systemen uppmuntrar utförare att skilja ut de mest lönsamma brukarna och öka deras efterfrågan.

När vinstdrivande utförare plockat russin ur kakan lämnas framför allt svårare eller dyrare patienter till den digifysiska, ordinarie primärvården och offentliga utförare. Detta gör att den offentligt drivna verksamheten skulle behöva mer resurser, men ofta leder skeva ersättningsmodeller istället till en omprioritering av resurser från grupper med större behov till grupper med mindre behov. Trots att digitala läkartjänster ofta lyfts fram som ett bra alternativ i glesbygd är unga och friska storstadsbor kraftigt överrepresenterade bland nätläkarnas patienter. T.ex. Konkurrensverkets slutsats är att de privata vårdtjänsterna "inte verkar ha minskat arbetsbördan för vårdcentralerna" och "istället har skapat en egen efterfrågan" (2022:3).

Utredningen "Styrning för en mer jämlik vård" (SOU 2019:42, "Digifysiskt vårdval") avvisade idén om ett separat nationellt system för digitala vårdgivare. Istället föreslogs en modell där digital vård skulle vara en integrerad del av den vanliga primärvården. Promemorian "Effektiv och behovsbaserad digital vård" (Ds 2023:27) föreslog bland annat att hemregionens skyldighet att betala ersättning för digital utomlänsvård skulle villkoras. Ersättning skulle endast utgå om vårdkontakten har föregåtts av en "adekvat behovs- och lämplighetsbedömning" (triagering) enligt grunder som hemregionen beslutar.

Produktivitetskommissionen (SOU 2025:96) föreslog att helt ta bort regionernas skyldighet att ersätta digital utomlänsvård enligt utomlänstaxan.

Kommissionen konstaterar, i likhet med Konkurrensverket, att systemet med utomlänsersättning skapar två parallella och konkurrenssnedvridande finansieringssystem för primärvården (kapitering för den lokala vårdcentralen och volymbaserad ersättning för de digitala aktörerna). Detta bedöms vara kostnadsdrivande och ineffektivt. Utredningen Behovsstyrd vård (SOU 2026:38) föreslår att den särskilda ersättningen för utomregionala digitala

vårdkontakter avskaffas. Renodlad distansvård ska inte längre kunna finansieras via det fria vårdvalet över regiongränserna, utan vårdgivare behöver i stället teckna avtal med de regioner där de vill verka.

Det är uppenbart att dagens system skapar intressekonflikter mellan ett samhälle som vill spendera resurser utifrån principen om vård efter behov där de som är sjukast får vård först, och där en individ kan ha en önskan om en hög tillgänglighet även för lättare besvär. Det kan konstateras att dagens system har minskat primärvårdens omfördelningseffekt ur både ett behovsmässigt och socioekonomiskt perspektiv. De regionala skillnaderna i digitalt vårdutnyttjande är särskilt problematiska ur jämlikhetssynpunkt. Samtidigt som appläkare uppmuntrar till onödig vårdkonsumtion hos unga och friska underkonsumerar människor med kort utbildning och svaga socioekonomiska förutsättningar vård i förhållande till behov. Vi som samhälle måste vara tydliga med prioriteringar, och hålla fast vid de principer som vägleder svensk hälso- och sjukvård: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Läs mer

Dahlgren C, Hagman M, Sveréus S, Rehnberg C. Vilka grupper använder digital vård i Region Stockholm? En kartläggning av konsumtionen av digitala vårdbesök 2016–2018. Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2020. Rapport 2020:3.

Konkurrensverket (2022): Privata digitala vårdtjänsters påverkan på konkurrensförhållanden inom primärvården

Sveriges Kommuner och Regioner (2026): Digital utomlänsvård – Digitala vårdkontakter fakturerade via Region Sörmland
<https://extra.skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/digitalutomlansvarddigitalavardkontakterfaktureradeviaregionsormland.97044.html>

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022): Besök via nätet <https://www.vardanalys.se/wp->

DÄRFÖR ÄR VÄLFÄRDEN VIKTIG FÖR LO

I Sverige är vård, skola och omsorg politiskt styrda och gemensamt finansierade. Det är smart och rättvist. Både enskilda individer och hela samhället gynnas av en välfärd är av hög kvalitet till alla, anpassat efter individens behov.

LO följer utveckling inom vård, skola och omsorg varje år i rapporten [Välfärdsgapet](#).