

Kommittédirektiv

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Beslut vid regeringssammanträde den 1 juni 2023

Sammanfattning

En parlamentariskt sammansatt kommitté ska ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget omfattar endast den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och därmed inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Kommittén ska bl.a.

- analysera och belysa för- och nackdelar med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården,
- lämna förslag som säkerställer ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem som utgår från patienter och tar hänsyn till medarbetares behov,
- föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården, och
- inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder som krävs för att genomföra kommitténs förslag.

I uppdraget ingår inte att lämna författningsförslag. Uppdraget ska redovisas senast den 2 juni 2025.

Huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården ska utredas

I Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, anges att en utredning ska tillsättas med uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. I Tidöavtalet framgår även att utredningen ska beakta för- och nackdelar med regionala organisationer som är geografiskt baserade på exempelvis dagens sex samverkansregioner för hälso- och sjukvård. Utredningen ska genomföras i nära samverkan med företrädare för patienter, professioner, regioner, privata vårdgivare och akademi i syfte att åstadkomma en hälso- och sjukvård som ges bättre förutsättningar än i dag att erbjuda en god och jämlik vård som bygger på behovsprincipen.

Hälso- och sjukvårdssystemets framväxt

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har under lång tid präglats av gemensamt ansvarstagande och kommunal självstyrelse. Hälso- och sjukvårdens författningar har traditionellt reglerat huvudsakligen verksamhet som bedrivits vid sjukhus. Ett exempel är att landstingen vid sin tillkomst 1862 ålades ansvaret för vissa sjukhus. Landstingen tilldelades ett formellt ansvar att tillhandahålla slutna vård för befolkningen i och med den första sjukhuslagen (1928:302) och sjukhusstadgan (1928:303). Författningarna ersattes av nya versioner av sjukhuslagen (1940:1044 och 1959:112) respektive sjukhusstadgan (1940:1045 och 1959:494). Mentalsjukvården stod däremot under statligt huvudmannaskap och reglerades till viss del i sinnessjuklagen (1929:89).

Landstingens ansvar för att erbjuda hälso- och sjukvård utvidgades och utvecklades successivt årtiondena därefter. Ansvaret kom allteftersom att omfatta även ett ansvar för öppen vård. Ett led i detta var att sjukvårdslagen (1962:242) ersatte den dåvarande sjukhuslagen (1959:112) som reglerat enbart slutna vård. Mentalsjukvården inordnades under 1960-talet i landstingens sjukvårdsverksamhet och kom att omfatta alla former av slutna och öppen mentalsjukvård, inklusive intagning efter domstols förordnande i brottmål. Parallellt har organisationen och finansieringen av subventionerad hälso- och sjukvård utvecklats, t.ex. genom den s.k. sjukvårdsreformen 1970, som bl.a. innebar att svensk hälso- och sjukvård tog ett avgörande steg mot en s.k. Beveridgemodell med skattefinansiering och offentligt utförande av vård och omsorg. I början av 1980-talet överlämnade staten sitt

kvarvarande huvudmannskap för två undervisningssjukhus, Karolinska sjukhuset och Akademiska sjukhuset, till de två berörda landstingen.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, trädde i kraft 1983 (prop. 1981/82:97, bet. SoU 1981/82:51, rskr. 1981/82:381). Lagen hade sin grund i viljan att minska statlig nationell detaljreglering då det bedömdes att landstingen hade de bästa förutsättningarna att utforma vården utifrån de lokala behoven. Den statliga tillsynen skulle främst avse allmänna riktlinjer, erfarenhetsutbyte och rådgivning till huvudmannen. Under 1990-talet genomfördes nationella reformer i syfte att förtydliga och utveckla kommuners och landstings åligganden samt överföra vissa åtaganden från landstingen till kommunerna. Kommunerna fick bl.a. ett ökat och förtydligt ansvar för personer med psykisk störning som inte är i behov av sluten aktiv psykiatrisk vård (den s.k. Psykiatireformen 1995, prop. 1993/94:218, bet. 1993/94:SoU28, rskr. 1993/94:396) och ett samlat ansvar för långvarig service, vård och omsorg för äldre och handikappade (den s.k. Ädelreformen 1992, prop. 1990/91:14, bet. 1990/91:SoU9, rskr. 1990/91:97).

Hälso- och sjukvårdens utveckling under 2000-talet

Utvecklingen inom hälso- och sjukvården har under 2000-talet inriktats på att stärka patientens ställning, t.ex. genom den nya patientlagen (2014:821), som tillsammans med hälso- och sjukvårdslagen och annan lagstiftning utgör en grundläggande del av det hälso- och sjukvårdsrättsliga regelverket.

Förändringar under de senaste åren har delvis fokuserat på att stärka patienters valmöjligheter i hälso- och sjukvården och därigenom förutsättningarna för nya aktörer såsom företag och idéburna organisationer att tillhandahålla hälso- och sjukvårdstjänster med offentlig finansiering (prop. 2016/17:43 s. 77).

Under ett flertal år har initiativ på nationell nivå tagits för att göra hälso- och sjukvården mer jämlik samt främja kvaliteten, tillgängligheten och ett effektivt resursutnyttjande. De nationella reformerna har t.ex. omfattat samlad styrning med kunskap för hälso- och sjukvård och socialtjänst samt en mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet, se bl.a. förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst samt propositionen En mer samlad myndighetsstruktur inom folkhälsoområdet (prop. 2012/13:116). Andra exempel är lagbestämmelser om vårdgaranti och koncentration av viss högspecialiserad

sjukvård, s.k. rikssjukvård. Utvecklingen inom hälso- och sjukvårdsområdet i stort motiverade även en översyn av dåvarande hälso- och sjukvårdslagen, se propositionen En ny hälso- och sjukvårdslag (prop. 2016/17:43). Lagens utformning ansågs ålderdomlig och i vissa fall otydlig och den bedömdes även ha en svåröverskådlig struktur. Den nya lagen, nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), också förkortad HSL, skulle fortsätta att vara en målinriktad ramlag och samla generella bestämmelser om organisation och ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården (se tilläggsdirektiv till Utredningen om stärkt ställning för patienten genom en ny patientlagstiftning [dir. 2012:113]). Den nya hälso- och sjukvårdslagen trädde i kraft den 1 juli 2017 (prop. 2016/17:43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141). Ändringar gjordes i lagens språk, struktur och utformning, utan några förändringar av rådande ansvarsförhållanden inom hälso- och sjukvården, se prop. 2016/17:43 s. 78 f.

Nuvarande roller och ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Den svenska förvaltningsmodellen består av tre nivåer: nationell, regional och lokal. De olika nivåerna har ansvar för olika frågor, se 1 kap. 6 och 7 §§ och 14 kap. regeringsformen samt kommunallagen (2017:725).

Det allmänna ska enligt 1 kap. 2 § regeringsformen verka för goda förutsättningar för hälsa. I 1 kap. 1 § andra stycket regeringsformen anges det att den svenska folkstyrelsen förverkligas bl.a. genom kommunal självstyrelse. Av 14 kap. samma lag följer att kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. På samma grund sköter kommunerna även de övriga angelägenheter som bestäms i lag. Kommuner och regioner får enligt kommunallagen själva ha hand om angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till området eller invånarna och som inte åligger någon annan. Kommunallagen anger vidare att det på vissa områden finns särskilda föreskrifter om kommunernas och regionernas befogenheter och skyldigheter. Hälso- och sjukvården är ett sådant område. Den kommunala självstyrelsen gäller även inom sådana speciallagsreglerade områden.

Enligt 2 kap. 2 § HSL vilar huvudmannaskapet för hälso- och sjukvård på regioner och kommuner. Detta innebär att regionen eller kommunen ytterst har ett ansvar för att säkerställa att invånarna får en god vård, se bl.a. 8 kap. 1 § HSL. Om en region eller kommun avtalat med någon annan om att utföra vården, har regionen eller kommunen således fortfarande ett ansvar

för att säkerställa att invånarna får en god vård. Regioner, och i viss utsträckning kommuner, har ansvar för hälso- och sjukvårdens planering, finansiering och drift. I regionernas ansvar ingår planering, finansiering och drift av sådan psykiatrisk vård som är förenad med frihetsberövande och annat tvång, enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, och tvångsvård av lagöverträdare som lider av en psykisk störning, enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, som kompletterar de grundläggande bestämmelserna i HSL. Kommunerna ansvarar för att erbjuda vissa hälso- och sjukvårdsinsatser åt personer i vissa boendeformer och i viss dagverksamhet, elevhälsa vid skolor där kommunen är huvudman och för vård och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Statens styrning av hälso- och sjukvården innebär att riksdag och regering har ett övergripande nationellt ansvar för resultat och utveckling. Staten anger nationella mål och riktlinjer som ska garantera att hälso- och sjukvården blir likvärdig och håller en hög kvalitet samt ansvarar för övergripande insatser riktade till hälso- och sjukvården. De statliga insatserna innefattar bl.a. lagstiftning, statsbidrag och statliga myndigheters verksamheter, såsom t.ex. utbildning, forskning, kunskapsstyrning, analys och tillsyn.

En rad andra aktörer bidrar till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Det handlar t.ex. om yrkesprofessioner och patienter och deras organisationer samt aktörer inom näringslivet och civilsamhället.

Nuvarande ansvarsfördelning är resultatet av flera reformer där bl.a. principen om kommunal självstyrelse vägts mot behov av samordning, styrning och stöd utifrån en nationell nivå. Den kommunala självstyrelsen ger regioner stor frihet att själva, inom ramen för befintlig lagstiftning, utforma och ansvara för sin verksamhet (prop. 2016/17:43 s. 74 f.). Hälso- och sjukvårdslagens utformning ger dessutom ett stort utrymme för regionerna och kommunerna att utforma vården efter lokala behov och förutsättningar.

I jämförelse med många andra länders hälso- och sjukvårdssystem har Sverige en mycket långtgående decentraliserad struktur vad gäller huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården. Liknande decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem har tidigare funnits i t.ex. Norge och Danmark. Under senare årtionden har dock tydliga steg tagits mot mera centraliserade

hälso- och sjukvårdssystem i de båda länderna. I Finland genomförs en social- och hälsovårdsreform som bl.a. innebär att ansvaret för hälso- och sjukvården flyttas från kommunerna till 21 nya s.k. välfärdsområden med tillhörande statlig finansiering. I sammanhanget kan nämnas att även i Sverige har flera beslut om ökat statligt ansvar och styrning inom hälso- och sjukvården fattats av riksdag och av regering. Riksdagen ställde sig t.ex. bakom regeringens proposition Totalförsvaret 2021–2025 (prop. 2020/21:30, bet. 2020/21:FöU4, rskr. 2020/21:136), som bl.a. innebär att ett arbete för ett större statligt ansvar initieras när det gäller försörjningsberedskapen. Riksdagen har vidare tillkännagett för regeringen att en särskild finansiering och nationell strategi för sårbarhetsmedel bör tas fram (bet. 2021/22:SoU21, rskr. 2021/22:199). Regeringen har även fattat beslut om flera uppdrag till Socialstyrelsen om förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården (S2023/00679), förslag till en nationell plan för förlossningsvården (S2023/00406) samt förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

Uppdraget att ta fram beslutsunderlag för att möjliggöra ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Det finns brister och omotiverade geografiska skillnader i hälso- och sjukvården

De medicinska resultaten i svensk vård faller väl ut i internationella jämförelser. Uppföljningar visar på goda medicinska resultat, att patienter överlag är nöjda med kvaliteten och att förtroendet för hälso- och sjukvården är högt. Sveriges hälso- och sjukvårdskostnader är höga jämfört med andra EU-länder, både som andel av BNP och per invånare.

Samtidigt präglas svensk hälso- och sjukvård av flera problem, bl.a. långa vårdköer, brister i tillgänglighet, dålig arbetsmiljö, bristande kompetensförsörjning och hänsyn till patienters behov samt ett otillräckligt antal disponibla vårdplatser med bristande patientsäkerhet som följd. Den demografiska förändringen med en åldrande befolkning innebär även att behoven av hälso- och sjukvård ökar. Avgörande för en god utveckling framöver är att nyttja de resurser som finns på bästa sätt och bl.a. stärka förutsättningarna för att öka produktiviteten och effektiviteten i hälso- och sjukvården.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). Vård på lika villkor för hela befolkningen innebär att det ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har hälso- och sjukvårdens hälsoutfall utvecklats positivt över tid. Den åtgärdbara dödligheten minskar och andelen av befolkningen som upplever att deras behov av vård tillgodoses ökar. Det finns dock betydande geografiska skillnader i Sverige, t.ex. när det gäller vårdens tillgänglighet och hälsoutfall, se Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022 – Indikatorer på kvalitet, jämlikhet och effektivitet (Vård- och omsorgsanalys 2022:3).

Svensk hälso- och sjukvård bygger i stor utsträckning på skyldighetslagstiftning. Av hälso- och sjukvårdslagen och patientlagen följer att regionerna är skyldiga att säkerställa att patienterna får adekvat vård i tid, en vårdgaranti. En förbättrad tillgänglighet till vård har varit ett uttalat mål för svensk hälso- och sjukvård under lång tid. Trots detta har andelen som får ett första besök, en planerad operation eller behandling inom vårdgarantins gränser minskat sedan 2014. Det varierar även mycket mellan regionerna i vilken utsträckning vårdgarantin uppfylls. Sett ur ett internationellt perspektiv är väntetiderna till vården långa, se exempelvis Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Vården ur befolkningens perspektiv 2020 (Vård- och omsorgsanalys 2021:4), Delegationen för ökad tillgänglighets betänkande Vägen till ökad tillgänglighet – delaktighet, tidiga insatser och inom lagens ram (SOU 2022:22) och OECD 2021 Sweden: Country Health Profile. Trots att det finns en skyldighet för regionerna att erbjuda patienter adekvat vård i tid, är hälso- och sjukvård inte en rättighet som patienten kan utkräva på juridisk väg. Att patientens rättsliga ställning är svagare i Sverige än i Norge, Finland och Danmark har bl.a. konstaterats av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i rapporten Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (Vård- och omsorgsanalys 2017:2).

Flera myndighetsrapporter pekar dessutom på att svensk hälso- och sjukvård i för liten utsträckning utgår från och tar hänsyn till patienters behov, preferenser och förutsättningar, se exempelvis Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapporter Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder (Vård- och omsorgsanalys

2016:5) och Vård- och omsorgsanalys 2017:2. I internationella undersökningar får Sverige svaga resultat på områden som beskriver patientens erfarenheter av sina kontakter med vården, när det gäller delaktighet, information och samordning, se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Från mottagare till medskapare – Ett kunskapsunderlag för en mer personcentrerad hälso- och sjukvård (Vård- och omsorgsanalys 2018:8).

Den långsiktiga internationella trenden är att antalet vårdplatser minskar till följd av medicinska framsteg som förkortar vårdtiderna. Antalet vårdplatser per capita har i Sverige minskat kontinuerligt under de senaste åren. Sveriges låga internationella placering när det gäller antalet vårdplatser kan delvis vara ett resultat av ett skifte från sluten vård till öppen vård (Socialstyrelsen – Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård – Lägesrapport 2020). Den relativt stora minskningen av antalet vårdplatser i Sverige kan också bero på en förändrad ansvarsfördelning mellan äldreomsorg och vården (Sveriges Kommuner och Regioners rapport – Hälso- och sjukvårdsrapporten 2018). Samtidigt har antalet överbeläggningar och utlokaliserade patienter inom somatisk vård ökat under de senaste åren, vilket är ett tecken på att det råder brist på vårdplatser. I januari 2022 inledde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell tillsyn av samtliga regioners sjukhusvård, med särskilt fokus på akutsjukhus. Av myndighetens rapport Delredovisning av den nationella sjukhustillsynen (IVO 2023–02) framgår att det är brist på disponibla vårdplatser inom sjukhusvården i samtliga regioner och att patientsäkerheten inte kan garanteras. Sammantaget visar tillsynen enligt IVO att lägstanivån är oacceptabelt låg och att regionerna inte lever upp till de krav som ställs i författning. Det ansträngda läget i sjukhusvården har en stark påverkan på både patientsäkerheten och vårdpersonalens arbetsmiljö. Arbetsmiljöverket har tidigare påtalat att arbetsmiljöproblemen inom hälso- och sjukvården behöver åtgärdas från ledningsnivå. Det är också viktigt att öka hälso- och sjukvårdens kapacitet utifrån ett beredskapsperspektiv, för att öka Sveriges förmåga att klara situationer av kris och höjd beredskap.

Det finns utrymme att öka effektiviteten i svensk hälso- och sjukvård

Regionerna uppvisar även skillnader när det gäller effektivitet, alltså förhållandet mellan de resurser som används och hälso- och sjukvårdens kvalitet (Vård- och omsorgsanalys 2022:3). Det tyder på att det finns potential för effektivitetsförbättringar. I slutbetänkandet Effektiv vård (SOU

2016:2) görs bedömningen att det decentraliserade sjukvårdssystemet till viss del begränsar möjligheterna till ett samhällsekonomiskt bättre resursutnyttjande. Anledningen till detta är, enligt slutbetänkandets bedömning, att det sektoriserade systemet inte möjliggör att resurser allokeras dit där de ger störst sammantagen nytta. Samtidigt bedöms det som sannolikt att det finns stora möjligheter att öka effektiviteten och att också förbättra styrningen inom nuvarande system.

Statens möjlighet att styra och samordna hälso- och sjukvården i önskvärd riktning är delvis begränsad

Regeringen har ett övergripande ansvar för att få genomslag för nationella mål i hela landet, t.ex. för att hälso- och sjukvården lever upp till kravet på god vård på lika villkor enligt 3 kap. 1 § första stycket HSL.

Staten har olika styrmedel till sitt förfogande för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Förutom de traditionella styrmedlen – lagstiftning, tillsyn, uppföljning och statsbidrag, har regeringen i större utsträckning kommit att använda andra mjukare styrmedel. Till exempel har det blivit vanligare med nationella samordnare, nationella handlingsplaner, nationella strategier och överenskommelser med SKR, som tydliggör regeringens inriktning inom ett område.

Det har blivit tydligt att statens möjligheter att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning är begränsade. Ett exempel är omställningen till en god och nära vård. Staten tog 2018 initiativ till en omställning av hälso- och sjukvården där primärvården ska vara navet i hälso- och sjukvården. För att stödja omställningen genomfördes lagändringar, omfattande riktade statsbidrag och uppdrag till flera myndigheter. Socialstyrelsens analyser visar att kostnaderna för primärvård har ökat på senare år, mätt i fasta priser. Det gäller särskilt den primärvård som regionerna ansvarar för. En del av denna kostnadsökning kan troligen förklaras av riktade bidrag från staten, se Socialstyrelsens rapport Uppföljning av omställningen till en mer nära vård 2021 – Utvecklingen i regioner och kommuner. För den primärvård som regioner finansierar utan riktade statsbidrag ses dock ingen större förändring av kostnaderna i förhållande till de totala kostnaderna för den hälso- och sjukvård som finansieras av regioner och kommuner. Det innebär att regionerna inte prioriterat ökade resurser till primärvården mer än vad de gjort tidigare. Enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys delrapport Nära vård i sikte? – Utvärdering av omställningen till en god och nära vård

(Vård- och omsorgsanalys 2021:8) har omställningen ur ett systemperspektiv bara lett till mindre förändringar när det gäller ekonomiska resurser, kompetensförsörjning och vårdkonsumtion. Myndigheten kan se en liten ökning i primärvårdens kostnadsandel, men andelen specialister i allmänmedicin är oförändrad sedan 2016, och befinner sig fortfarande på en betydligt lägre nivå än i jämförda länder.

Kritik har riktats mot den statliga styrningen av hälso- och sjukvården i dagens system som är starkt präglad av kommunal självstyrelse. Statskontoret konstaterar, i rapporten Statens styrning av kommunerna (2016:24) och i antologin Statlig förvaltningspolitik för 2020-talet – En forskningsantologi, att statens styrning av kommuner och regioner under senare tid har ökat och blivit mer detaljerad, vilket i praktiken kan innebära en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Vidare konstaterar Riksrevisionen i sin rapport Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet (RiR 2017:3) att riktade statsbidrag används i allt större utsträckning för att påverka hälso- och sjukvården i önskvärd riktning. Eftersom den kommunala självstyrelsen till viss del begränsar statens styrmöjligheter ger de riktade statsbidragen staten möjlighet att tydliggöra politiska prioriteringar. Riktade statsbidrag kombineras ofta med överenskommelser mellan staten och SKR. Riksrevisionen menar dock att användningen av SKR i den statliga styrningen av vården bl.a. har lett till minskad insyn och otydlig ansvarsfördelning och att möjligheten till ansvarsutkrävande är begränsad eftersom SKR inte är en myndighet. Samtidigt bedöms Socialstyrelsen som central förvaltningsmyndighet ha fått en mer undanskymd roll.

I Coronakommissionens andra delbetänkande Sverige under pandemin (SOU 2021:89) konstateras att SKR har kommit att inta en betydelsefull roll, vilket blivit tydligt inte minst under pandemin. Kommissionen noterar dock att SKR inte är ett offentligt organ eller en myndighet utan en medlems- och intresseorganisation, vilket innebär att den inte lyder under det offentlighetsrättsliga regelverk som gäller för myndigheter, t.ex. förvaltningslagen (2017:900) eller tryckfrihetsförordningens regler om allmänna handlingar. Tidigare har Statskontoret gjort liknande observationer, se rapporterna Överenskommelser som styrmedel (2014) och Förvaltningsmodellen under coronapandemin (2020).

Lärdomar från coronapandemin talar för stärkt statligt ansvar och styrning

Coronapandemin krävde åtgärder inom verksamheter som till stora delar faller under regionernas och kommunernas ansvar. Den kommunala självstyrelsen och ansvarsprincipen, dvs. den princip som anger att den som har ansvar för en verksamhet under normala förhållanden ska ha samma ansvar under en kris, innebar därför en utmaning för statens möjlighet att styra. Det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet innebar således en begränsning av statens möjlighet att säkerställa en god beredskap, ett tillräckligt effektivt utnyttjande av resurser och jämlikhet över hela landet. Lärdomarna från coronapandemin har visat att den nationella styrningen av hälso- och sjukvårdens beredskap behöver stärkas. Enligt Coronakommissionens slutbetänkande Sverige under pandemin – Volym 2 Förutsättningar, vägval och utvärdering (SOU 2022:10) innebar bl.a. den kommunala självstyrelsen ett hinder för regeringen att ta ledarskapet för den nationella krisledningen. Erfarenheterna under pandemin har enligt kommissionen gett ny aktualitet åt en förvaltningsreform på regional nivå och ett tydligare statligt ansvarstagande. Kommissionen menar därför att frågan om en omfattande förvaltningsreform snarast på allvar måste bli föremål för nya förutsättningslösa överväganden.

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap ska utredas

Svensk hälso- och sjukvård präglas av flera problem i form av bl.a. bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet. Som anges ovan framgår det av olika myndighetsrapporter att det finns för få disponibla vårdplatser och att patientperspektivet inte beaktas i tillräcklig utsträckning. Det har även från flera håll pekats på bristande statlig styrning och allvarliga systemsvagheter, bl.a. vad gäller hälso- och sjukvårdens beredskap. Enligt Statskontorets rapport Perspektiv på omprövning (2021) kommer ofta omprövningar av statens åtaganden till stånd till följd av någon form av kris, stora omvärldsförändringar eller genom ett starkt politiskt tryck.

Mot bakgrund av den utveckling som har skett inom hälso- och sjukvården, lärdomarna från coronapandemin och att förväntningarna på ett statligt ansvarstagande för att säkerställa likvärdighet har ökat anser regeringen att det är angeläget att ompröva statens ansvarstagande och styrning avseende hälso- och sjukvården. Målet med en sådan omprövning är att förbättra förutsättningarna för patienternas rätt till jämlik vård och ett effektivt resursutnyttjande.

Kommittén ska därför

- analysera och belysa för- och nackdelarna med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, och
- ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommittén ska vid framtagandet av beslutsunderlag ta sin utgångspunkt i de problem som finns inom hälso- och sjukvården och föreslå åtgärder som bedöms vara ändamålsenliga för att öka vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten, jämlikheten och effektiviteten.

Kommittén ska beakta för- och nackdelar med regionala organisationer som är geografiskt baserade på exempelvis dagens sex samverkansregioner för hälso- och sjukvård.

Kommittén ska också beakta och dra lärdom av andra statliga centraliseringsprocesser i Sverige på andra områden samt hälso- och sjukvårdsreformer som har genomförts i andra länder, t.ex. de nordiska länderna.

Uppdraget omfattar endast den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och därmed inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

Stärkt statlig styrning och samordning vid ett delvis statligt huvudmannaskap

Som redovisas ovan står hälso- och sjukvården inför flera utmaningar i form av bl.a. bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet vilket lett till förväntningar på ett ökat statligt ansvarstagande och stärkt styrning. På senare tid har flera initiativ tagits för att öka den statliga styrningen och samordningen av hälso- och sjukvården. Ett exempel är etableringen av så kallade regionala cancercentrum (RCC). Syftet med RCC är att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt. De uppföljningar som gjorts inom ramen för RCC:s arbete pekar mot att verksamheten bidrar till en mer jämlik cancervård. Ett annat exempel är den nationella högspecialiserade vården. Socialstyrelsen har utformat en arbetsprocess för koncentration av högspecialiserad vård på nationell nivå och är förvaltningsmyndighet för

systemet. Andra prioriterade frågor är även att stärka krisberedskapen och utveckla den digitala infrastrukturen i hälso- och sjukvården.

Mot denna bakgrund anser regeringen att det i ett hälso- och sjukvårdssystem med ett delvis statligt huvudmannaskap kan finnas behov av stärkt statlig styrning och samordning i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet. Det kan t.ex. handla om uppföljning, utvärdering, inspektioner, sanktioner och ansvarutkrävande. Även i detta sammanhang ska förslag om stärkt statlig styrning och samordning på ett ändamålsenligt sätt bedömas bidra till ökad vårdkvalitet, att förbättra vårdresultaten samt att hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt.

För det fall ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården föreslås, ska kommittén

- lämna förslag på hur den statliga styrningen på ett ändamålsenligt sätt kan stärkas i de delar regionerna bibehåller huvudmannaskapet.

Kommittén ska vid framtagande av förslag särskilt beakta de utmaningar som svensk hälso- och sjukvård står inför i form av bl.a. bristande tillgänglighet, jämlikhet, kompetensförsörjning och effektivitet. Kommittén ska även särskilt beakta hur en stärkt statlig styrning påverkar den kommunala självstyrelsen.

Ändringar i ansvarsfördelning måste ställas i relation till hälso- och sjukvårdens styrande mål och principer

Kommitténs arbete med att ta fram beslutsunderlag som stegvis och långsiktigt möjliggör ändringar i ansvarsfördelning mellan region och stat ska utgå från de mål och principer som kommer till uttryck i hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Målet för svensk hälso- och sjukvård är att uppnå en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (3 kap. 1 § första stycket HSL). För att uppnå detta mål ska vården respektera allas människors lika värde och den enskilda människans värdighet (3 kap. 1 § andra stycket HSL), liksom patientens självbestämmande, integritet och delaktighet (5 kap. 1 § HSL). När resurserna inte räcker för att tillgodose alla behov, ska vården prioriteras efter etiska principer som riksdagen beslutat om (prop. 1996/97:60, bet. 1996/97:SoU14, rskr. 1996/97:186), vilka bl.a. anger att den som har störst behov ska ges företräde (se även 3 kap. 1 § andra stycket HSL). Av budgetpropositionen för 2023 (prop. 2022/23:1, bet.

2022/23:FiU1, rskr. 2022/23:51) framgår vidare att målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102).

Olika sätt att organisera och styra hälso- och sjukvården ger olika förutsättningar för att uppnå och främja dessa uppställda mål och principer. Patienters och deras närståendes behov och möjlighet att välja utifrån preferenser bör vara en utgångspunkt i utformningen och utvecklingen av hälso- och sjukvården och deras erfarenheter, kunskaper och resurser bör tas tillvara.

Hälso- och sjukvårdens styrning och organisation påverkar även hälso- och sjukvårdspersonalens yrkesutövning. I betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) konstateras att styrningen av hälso- och sjukvården är fragmenterad med en rad olika aktörer, med bitvis oklar rollfördelning och bristande samordning och samverkan sinsemellan. Splittringen gör det svårt för såväl patienter som vårdens medarbetare att agera ändamålsenligt i systemet. De senare upplever ibland att styrningen skär direkt in i mötet med patienten och kommer i vägen för medicinska prioriteringar. Styrning kan också bidra till att skapa en tung administrativ börda för vårdens medarbetare. Enligt regeringen bör styrningen präglas av förtroende för kompetensen och förmågan hos professionen. Vidare behöver den administrativa bördan minska så att mer tid kan ägnas åt patientnära arbete och kärnverksamheten. En sådan förändring behövs för en personcentrerad vård med ökat patientinflytande, fler patientkontakter, bättre tillgänglighet och högre kvalitet.

De förslag som kommittén lämnar inom ramen för sitt beslutsunderlag ska därför

- utgå från hälso- och sjukvårdens styrande mål och principer, och
- säkerställa ett mer effektivt hälso- och sjukvårdssystem, minska detaljstyrning och den administrativa bördan samt ta hänsyn till patienters och medarbetares behov.

Ändringar i ansvarsfördelning måste också ställas i relation till bl.a. lokala behov och förutsättningar samt den kommunala självstyrelsen

I kommitténs arbete att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ändringar i ansvarsfördelning mellan region och stat ska även möjligheterna att ta tillvara lokala förutsättningar och behov samt regionernas självbestämmande beaktas. Enligt kommunallagen ska frågor avgöras nära de medborgare som berörs och beslut fattas av lokalt valda politiska församlingar. På så vis kan verksamheten utformas utifrån behoven och förutsättningarna i den egna regionen, och det lokala ansvarsutkrävandet kan främjas. Den kommunala självstyrelsen kan dock leda till skillnader i vården mellan olika delar av landet, på grund av regioners skilda förutsättningar, prioriteringar och ambitionsnivåer. Dessa skilda förutsättningar påverkar regionernas möjligheter att hantera sina uppgifter och därmed möjligheterna att skapa en jämlig vård avseende medicinsk kvalitet, vårdutbud och tillgänglighet.

För att medborgare ska ha en reell möjlighet att ställa beslutsfattare till svars för t.ex. bristande kvalitet i verksamheten behöver det finnas goda möjligheter till ansvarsutkrävande. Det är därför viktigt att göra noggranna analyser i fråga om möjligheterna till detta. Förutsättningarna för medborgarna att utkräva ansvar när det gäller beslut med stor lokal påverkan, t.ex. beslut om nedläggning av en specifik vårdverksamhet i ett system där beslutet inte fattas på regional nivå är exempel på en fråga att särskilt analysera.

Hälso- och sjukvården står för cirka 85 procent av regionernas kostnader. Om huvudmannskapet för hälso- och sjukvården blir helt statligt, kommer det således att påverka regionernas förutsättningar att prioritera bland de verksamheter som de även framöver kommer att ha ansvar för. Regionernas ekonomiska, organisatoriska och personella förutsättningar kommer därmed ändras i grunden. Regionernas beslutande församlingars, samt den centrala förvaltningens, storlek är anpassade efter deras nuvarande uppgifter. Om hela eller delar av den största uppgiften skulle flyttas över till den statliga nivån, kan det krävas förändringar i regionernas organisation. Förslag om ett helt eller delvis statligt huvudmannskap för hälso- och sjukvården kan också aktualisera behov av omprövning när det gäller regionernas övriga åligganden.

Kommittén ska därför

- analysera förslagets konsekvenser för bl.a. den kommunala självstyrelsen, möjligheterna till anpassning utifrån lokala behov och förutsättningar samt möjligheterna till ansvarsutkrävande, demokratiskt inflytande och kontroll,
- analysera förslagets konsekvenser för regionernas övriga verksamheter och deras fortsatta funktionssätt, och
- föreslå vilka åtgärder eller utredningar som behöver tillsättas för att hantera dessa konsekvenser.

Kommitténs beslutsunderlag ska omfatta huvudmannskapets samtliga delar

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om regioners ansvar för hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska planeras och organiseras. På en mer övergripande nivå omfattar huvudmännens ansvar även resursfördelning och finansieringen av hälso- och sjukvården, ledning och styrning av verksamheten, den dagliga driften och arbetsgivaransvaret för personalen. Framtagandet av beslutsunderlag för att stegvis och långsiktigt möjliggöra ett helt eller delvis statligt huvudmannskap för hälso- och sjukvården ska ta sin utgångspunkt i dessa övergripande delar.

Resursfördelningen och finansieringen är centrala delar av styrningen av hälso- och sjukvården

I dag finansieras hälso- och sjukvården huvudsakligen av regionerna, genom den kommunala beskattningsrätten i enlighet med 14 kap. 4 § regeringsformen. Hälso- och sjukvården finansieras till viss del även av patientavgifter. Därutöver tillkommer riktade och generella statsbidrag samt kostnadsersättningar såsom för läkemedelsförmånen. Syftet med generella bidrag, som betalas ut genom det kommunalekonomiska utjämningsystemet, är att skapa goda och likvärdiga ekonomiska förutsättningar för alla regioner och kommuner att kunna ge sina invånare likvärdig service oberoende av strukturella förhållanden, såsom demografi, bebyggelsestruktur och socioekonomiska faktorer. Det sker främst genom utjämning för skillnader i skattekraft (inkomstutjämning) och strukturellt betingade kostnadsskillnader (kostnadsutjämning).

Hälso- och sjukvården inklusive dess resursfördelning styrs utifrån den etiska plattformen och riksdagens beslutade prioriteringsprinciper (prop. prop.

1996/97:60). Resursfördelningen i regionerna sker i praktiken i flera steg, med flera inblandade aktörer på olika nivåer. Regionfullmäktige ansvarar för regionernas mest övergripande resursfördelning genom att besluta om det förslag på regionbudget som har presenterats av regionstyrelsen (5 kap. 1 §, 11 kap. 8 och 10 §§ kommunallagen). Hur medlen sedan fördelas vidare i organisationen varierar mellan regionerna. Tidigare studier har visat bristande genomslag för den etiska plattformen, se Myndigheten för vård- och omsorgsanalys rapport Styra mot horisonten – Om vård efter behov som grund för horisontella prioriteringar (Vård- och omsorgsanalys 2020:7).

Regioner och kommuner får enligt 15 kap. 1 § HSL med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen eller kommunen ansvarar för. Enligt 7 kap. 3 § samma lag är varje region skyldig att organisera primärvården i ett vårdvalssystem som ger medborgarna rätt att välja mellan olika utförare i primärvården. Alla utförare som uppfyller de av regionen beslutade kraven i vårdvalssystemen ska ha rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Inom övrig hälso- och sjukvård är det frivilligt att införa vårdvalssystem. Det är varje region som beslutar om valfrihetssystem ska införas och inom vilka områden, vilka krav som ska ställas och hur ersättningen ska utformas. I vårdvalssystem följer ersättningen den enskildes val av utförare och privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje region att besluta om ersättningens närmare utformning.

En modell där staten tar över huvudmannaskapet, resursfördelningen och finansieringsansvaret för hela eller delar av hälso- och sjukvården förutsätter bl.a. eventuellt en skatteväxling mellan staten och regionerna samt en förändring av det kommunala utjämningsystemet. Vidare skulle en sådan förändring påverka regionernas beskattningsrätt på förvärsarbete, det kommunala utjämningsystemet och tilldelning av medel till privata utförare. Eftersom regionernas ersättning till privata utförare ser olika ut, skulle ett system där staten tar över ansvaret för bl.a. finansieringen kräva ett förändrat resursfördelningssystem till dessa. En förändrad resursfördelning och finansiering kommer att påverka förutsättningarna för att bedriva övriga verksamheter som regionerna ansvarar för.

Kommittén ska därför

- analysera och bedöma hur en resursfördelnings- och finansieringsmodell som säkerställer ett hälso- och sjukvårdssystem med god kostnadskontroll ska utformas, där staten vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap i motsvarande grad tar över resursfördelningen och finansieringen av hälso- och sjukvården,
- analysera och bedöma hur en sådan resursfördelnings- och finansieringsmodell skulle förhålla sig till bl.a. de nuvarande regionala resursfördelningssystemen, det kommunala utjämningsystemet och skattesystemet,
- analysera, bedöma och redovisa hur en sådan resursfördelnings- och finansieringsmodell påverkar olika utförare,
- analysera hur en sådan resursfördelnings- och finansieringsmodell skulle förhålla sig till övriga verksamheter som regionerna ansvarar för,
- analysera, bedöma och redovisa konsekvenser av förändringar i resursfördelnings-, skatte- och utjämningsystemet, och
- bedöma och redovisa nödvändiga förändringar i resursfördelnings-, skatte- och utjämningsystemet.

Arbetsgivaransvaret och kompetensutveckling är viktiga delar av huvudmannaskapet

Bristande kompetensförsörjning har länge varit en av hälso- och sjukvårdens stora utmaningar. I Socialstyrelsens rapport *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2023* framgår att samtliga regioner redovisar brist på barnmorskor, specialistsjuksköterskor, läkare med specialistkompetens och röntgensjuksköterskor. De främsta orsakerna till personalbristen uppges vara att utbudet inte motsvarar efterfrågan på grund av för få utbildade, hög konkurrens från andra arbetsgivare och stora pensionsavgångar. Socialstyrelsen lyfter bl.a. arbetsgivares attraktivitet som en av de faktorer som är av särskild betydelse för kompetensförsörjningen. Vidare framgår att tillgången till personal skiljer sig mellan olika delar av landet, men även inom regioner, både geografiskt och mellan olika verksamheter. Hälso- och sjukvården har ett utbildningsansvar som bl.a. innebär att tillhandahålla utbildningstjänster samt verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för studenter på hälso- och sjukvårdsutbildningar. En orsak till kompetensförsörjningsproblemen är bl.a. att det för närvarande

råder brist på både tjänster för specialiseringstjänstgöring och bastjänstgöring samt VFU-platser.

Det är också nödvändigt att hälso- och sjukvården medverkar i forskning för att ny kunskap ska utvecklas och användas. Enligt 18 kap. 2 § HSL ska regioner och kommuner medverka i klinisk samt folkhälsovetenskaplig forskning. Forskning och implementering av nya forskningsresultat ligger till grund för en modern och effektiv hälso- och sjukvård. Forskning är därför en viktig strategisk resurs och möjliggör att patienter kan medverka till och ta del av nya och bättre behandlingar. Både Sveriges läkarförbund och Vetenskapsrådet har under lång tid påtalat bristen på tid för forskning inom dagens hälso- och sjukvård. Likaså har det påtalats att incitamenten är få för att bedriva såväl akademisk klinisk forskning som företagssponsrade studier.

I oktober 2022 inledde Arbetsmiljöverket en stor inspektion av arbetsmiljön på landets akutsjukhus. Bakgrunden är de arbetsmiljöproblem som rapporterats från flera sjukhus, ofta kopplade till hög arbetsbelastning. Arbetsmiljöverket har tidigare påtalat att arbetsmiljöproblemen inom vården behöver åtgärdas från ledningsnivå. De beslut som fattas om t.ex. budget eller organisation måste kopplas till arbetsmiljön ute på sjukhusen. I samband med ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap behöver utbildnings- och arbetsgivaransvaret för hälso- och sjukvårdens personal analyseras. Det gäller såväl anställning och lönesättning av personal som ansvar för personalens fortbildning och kompetensutveckling. En viktig utgångspunkt är att lönesättningen och allmänna villkor fullt ut ska fortsätta vara en fråga för arbetsmarknadens parter. Det bör beaktas att ett förändrat huvudmannaskap skulle innebära ett omfattande förhandlings- och avtalsarbete för berörda parter. Vidare finns det systematiska skillnader mellan huvudmän och vårdgivare i fråga om att tillhandahålla kompetensutveckling för personalen.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå hur utbildningsansvaret ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap,
- analysera och föreslå hur forskningsansvaret ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap, och
- analysera och föreslå hur arbetsgivaransvaret för hälso- och sjukvårdspersonal och eventuellt övriga yrkesgrupper som är anställda i

verksamheter som i dag drivs av offentliga regionala huvudmän ska fördelas vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Fastigheter och infrastruktur utgör en viktig del av hälso- och sjukvården

Hälso- och sjukvårdens infrastruktur i form av bl.a. fastigheter, utrustning och informationsteknik sätter ramarna för hälso- och sjukvårdens verksamhet och påverkar förutsättningarna för att uppnå övergripande mål enligt hälso- och sjukvårdslagen. Den 17 oktober 2019 gav regeringen en särskild utredare i uppdrag att genom kartläggning och analys utreda hur pågående och planerade investeringsprojekt i sjukhus förhåller sig till den pågående utvecklingen av hälso- och sjukvården på nationell nivå (dir. 2019:69). Syftet var att bidra till ökade förutsättningar för hälso- och sjukvårdens huvudmän och regeringen att fatta strategiska beslut om hälso- och sjukvård som svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv. Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård föreslår i betänkandet Riksstressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71) bl.a. att stärkt statlig styrning genom definierade riksstressen på hälso- och sjukvårdsområdet ska beaktas vid regionala och kommunala beslut som påverkar vårdinfrastruktur.

Det är viktigt att hälso- och sjukvårdens fastigheter och vårdinfrastruktur är ändamålsenliga och kostnadseffektiva samt svarar mot behoven ur ett nationellt perspektiv.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå hur ansvaret för och förvaltningen och utvecklingen av de fastigheter och den vårdinfrastruktur som ägs eller hyrs av regionerna ska hanteras vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården och den dagliga driften

Utöver bl.a. resursfördelning och finansieringen av hälso- och sjukvården och arbetsgivaransvaret har huvudmännen det övergripande och operativa ansvaret för verksamheten och dess organisering. Det innebär bl.a. att huvudmännen är ansvariga för att följa de föreskrifter som finns och att systematiskt och kontinuerligt planera, följa upp och utveckla hälso- och sjukvården. Av hälso- och sjukvårdslagen framgår bl.a. att kvaliteten i

verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Av samma lag framgår även att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal, de lokaler och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. I framtagningsunderlaget av kommitténs beslutsunderlag bör även dessa delar analyseras.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå hur staten vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap i motsvarande grad kan ta över ansvaret för ledning och organisering av hälso- och sjukvård och den dagliga driften i verksamheter som i dag drivs av offentliga huvudmän.

En god och effektiv samverkan med andra verksamheter ska beaktas i uppdraget

I enlighet med det förvaltningspolitiska målet ska statsförvaltningen vara innovativ och samverkande, rättssäker och effektiv samt ha en väl utvecklad kvalitet, service och tillgänglighet. Hälso- och sjukvården har många samverkansytor. Särskilt viktig är regionernas samverkan med kommunerna, vilka också är huvudmän för delar av hälso- och sjukvården. Primärvården är en vårdnivå där ansvaret är delat mellan regionerna och kommunerna. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska t.ex. regionen till kommunerna inom länet avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i dagverksamhet. Detsamma gäller hemsjukvård i ordinärt boende. Av samma lag framgår vidare att regionen ska ingå en överenskommelse med kommunen om ett samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer som missbrukar alkohol, narkotika, andra beroendeframkallande medel, läkemedel, dopningsmedel eller spel om pengar och i fråga om barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska regionen tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

I lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård finns även bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Att samverkan mellan de två olika hälso- och sjukvårdshuvudmännen fungerar i samarbetet kring

den enskilde är avgörande för att säkra kontinuiteten, och patientsäkerheten i kommitténs arbete. Utmaningar i samverkan mellan huvudmännen är en ständigt aktuell fråga. På senare tid har såväl Coronakommissionen i Delbetänkande 1 – Äldreomsorgen under pandemin (SOU 2020:80) som Utredningen om en äldreomsorgslag och stärkt medicinsk kompetens i kommuner i betänkandet Ökad kvalitet och jämlikhet i vård och omsorg för äldre personer (SOU 2022:41) uppmärksammat behovet av att samverkan och ansvarsfördelningen mellan huvudmännen behöver stärkas och förtydligas. Hälso- och sjukvården arbetar även mot andra kommunala verksamheter, bl.a. skolan samt statliga myndigheter inom olika samhällssektorer, t.ex. Arbetsförmedlingen, Försäkringskassan och Polismyndigheten.

Kommittén behöver i sitt arbete och i sina förslag ta hänsyn till befintliga krav på samverkan och samarbeten samt, beroende på de förslag som presenteras, ta hänsyn till att samarbete och samverkan fortsatt behöver ske men även föreslå bättre och effektivare alternativ. Det gäller såväl mellan statliga verksamheter som mellan kommun, region och andra aktörer.

Kommittén ska därför

- analysera vilka konsekvenser ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap bedöms få för möjligheterna till samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården, med andra relevanta verksamheter, för hälso- och sjukvården och för den statliga samordningen som helhet, och
- föreslå hur samverkan mellan ovan nämnda aktörer kan effektiviseras samt förbättras inom ramen för ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Kommittén ska ta fram förslag till statlig myndighetsorganisation

Ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap förutsätter en ändamålsenlig och kostnadseffektiv myndighetsorganisation som är anpassad och har kapacitet att klara de nya uppgifterna. I uppdraget att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap behöver det utredas vilken form av myndighetsorganisation som krävs för att staten ska kunna utföra uppgifter i egenskap av huvudman för hälso- och sjukvården och vilka kapaciteter som kommer att krävas. Den nya organisationen ska ge förutsättningar för

en samordnad och personcentrerad hälso- och sjukvård till hela befolkningen av god kvalitet samt säkerställa en god samverkan och en kostnadseffektiv verksamhet.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen får regeringen meddela föreskrifter om att landet ska delas in i samverkansregioner för den hälso- och sjukvård som berör flera regioner. Enligt hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80) finns det för närvarande sex sådana samverkansregioner. Den 25 maj 2022 beslutade regeringen även förordningen (2022:593) om vissa förvaltningsmyndigheters regionala indelning, som innehåller bestämmelser om regional indelning i sex områden. Förordningen gäller för förvaltningsmyndigheter under regeringen i den omfattning som regeringen föreskriver i myndighetens instruktion eller i någon annan förordning eller beslutar särskilt. Den regionala indelningen enligt förordningen och de sex samverkansregionerna för hälso- och sjukvård följer samma geografiska indelning. Regeringen anser att en ny statlig myndighetsorganisation fortsättningsvis bör följa denna geografiska struktur.

Kommittén ska därför

- analysera och föreslå vilken form av myndighetsorganisation och dimensionering som behövs vid ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Genomförandeplan för ett införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap

För att möjliggöra ett införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behövs en genomförandeplan med en tydlig tidsplan för ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt genomförande. En sådan plan bör tydliggöra de åtgärder och förutsättningar som krävs för de förslag som kommittén lämnar inom ramen för sitt beslutsunderlag. Sådana åtgärder kan vara författningsändringar eller statliga utredningar om regionernas övriga ansvarsområden samt fördjupade analyser och bedömning av konsekvenser för kostnader, finansieringar och ekonomiska regleringar. Tandvårdens organisering ska särskilt beaktas, utifrån dess nära koppling till hälso- och sjukvården och liknande utmaningar när det gäller t.ex. kompetensförsörjning och behovet av att kunna erbjuda en mer jämlik vård. Det behövs även en tidsplan för vilka delar av hälso- och sjukvården som staten stegvis kan ta över

huvudmannaskapet för, både på kort och på längre sikt. Även i detta arbete ska konsekvenserna för tandvården beaktas. Utredningen ska också inhämta information om det arbete som pågår avseende översyn av beroendevården.

Kommittén ska därför

- föreslå en genomförandeplan med tidsplan för hur staten stegvis och långsiktigt helt eller delvis kan ta över huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården,
- specificera vilka delar som kan genomföras på kort respektive längre sikt, och
- inom ramen för genomförandeplanen, identifiera vilka åtgärder, t.ex. författningsändringar, statliga utredningar och analyser som krävs för att genomföra kommitténs förslag.

Konsekvensbeskrivningar

Kommittén ska bedöma och redogöra för ekonomiska och andra konsekvenser av sina förslag i sitt beslutsunderlag med beaktande av tidsplanen i genomförandeplanen. Utöver vad som följer av 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska organisatoriska konsekvenser av förslagen redovisas. Konsekvenser för hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse för bl.a. vårdkvalitet, vårdresultat och effektivitet, kompetensförsörjning och krisberedskap ska bedömas och särredovisas. Kommittén ska vidare göra en samlad bedömning av förslagens konsekvenser och ställa dessa i relation till alternativet att bibehålla den nuvarande ordningen. Kommittén ska analysera konsekvenser för regionernas övriga verksamheter och deras fortsatta funktionssätt. Kommittén ska bedöma och så långt som det är möjligt kvantifiera de samhällsekonomiska effekterna av de förslag som läggs. De ekonomiska konsekvenserna för staten och regionerna samt övriga berörda aktörer ska bedömas, kvantifieras och särredovisas på kort och lång sikt samt bl.a. jämföras med det nuvarande systemet. Även personella och arbetsgivarpolitiska konsekvenser ska analyseras och beskrivas. Viktiga ställningstaganden i utformningen av förslagen ska beskrivas, liksom andra väsentliga beslutsunderlag som behövs för att möjliggöra ett ändamålsenligt och kostnadseffektivt, stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården, men som inte omfattas av kommitténs förslag. Konsekvenser för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska bedömas. Vidare ska kommittén överväga hur de föreslagna åtgärderna ska kunna utvärderas och hur goda förutsättningar för

att genomföra kontinuerliga uppföljningar och utvärderingar kan säkerställas. I enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen ska kommittén beakta proportionalitetsprincipen i samband med överväganden om inskränkningar i den kommunala självstyrelsen och redogöra för sina bedömningar i detta avseende.

Kontakter och redovisning av uppdraget

Kommittén ska inhämta synpunkter från och ha dialog med regioner och kommuner, Sveriges kommuner och regioner, enskilda utförare, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, E-hälsomyndigheten, Läkemedelsverket, Vetenskapsrådet, Försäkringskassan, Statskontoret, Arbetsgivarverket, arbetsgivarorganisationer, berörda universitet och högskolor, patient- och professionsorganisationer samt andra myndigheter och organisationer med relevans för uppdraget.

Kommittén ska löpande hålla Regeringskansliet (Socialdepartementet) informerat om arbetet och beakta annat pågående utredningsarbete med relevans för uppdraget.

Uppdraget ska redovisas senast den 2 juni 2025.

(Socialdepartementet)