

Regionstyrelsens arbetsutskott §§ 174-192

Tid: 2016-11-14, kl: 13:00-17:05

Plats: Regionens Hus, sal A

§ 188 **Yttrande över Driftsformer för universitets-
sjukhus - Ds 2016:28 - S2016/05390/FS**

Diarienummer: RJL 2016/2748

Beslut

Regionstyrelsen

- Godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet med komplettering och justering enligt Maria Frisks yrkande.

Sammanfattning

Region Jönköpings län har av Socialdepartementet getts möjlighet att lämna ett yttrande över rubricerad remiss.

Beslutsunderlag

- Missiv och yttrande 2016-11-22

Yrkanden/förslag till beslut på sammanträde

Carina Ödebrink meddelar att man ej deltar i arbetsutskottets beslut utan återkommer vid styrelsen.

Maria Frisk yrkar bifall till yttrandet med tillägg i yttrandet om vikten av sammanhållna vårdkedjor, god och stark vård, samt att meningar om privata aktörer för detta stryks.

Beslutet skickas till

Regionstyrelsen

Vid protokollet

Siw Kullberg

Justeras

Malin Wengholm
Ordförande

Regionstyrelsens arbetsutskott §§ 174-192

Tid: 2016-11-14, kl: 13:00-17:05

Rätt utdraget,
Intygar

Lena Sandqvist

Regionledningskontoret

Socialdepartementet

Driftsformer för universitetssjukhus - Ds 2016:28 S2016/05390/FS

Förslag till beslut

Regionstyrelsen godkänner föreliggande yttrande som svar till Socialdepartementet.

Sammanfattning

Region Jönköpings län avstyrker förslaget att all vård som organisatoriskt tillhör eller har tillhört ett universitetssjukhus inte ska få överlämnas till ”någon annan” som inte organisatoriskt tillhör ett universitetssjukhus, samt i det fallet att förslaget i stort genomförs, att det ska gälla retroaktivt.

Region Jönköpings län tillstyrker ambitionen att skydda högt specialiserad vård som rikssjukvård, regionssjukvård och universitetssjukvård från att överlämnas till privata aktörer.

Information i ärendet

Utredningen har som ambition att stärka förutsättningarna för en god och jämlik vård genom att skydda viss vård från uppsplittring och genom att göra vårderna mer sammanhållen. Region Jönköpings län menar att syftet är vällovligt och att det finns vård som det är angeläget att skydda på detta sätt.

Utredningen är dock allt för långtgående och riskerar med sina förslag att göra vårderna statisk och sämre rustad att möta framtidens utmaningar.

Underlaget är samordnat i Sydöstra sjukvårdsregionen.

REGIONLEDNINGSKONTORET

Agneta Jansmyr
RegiondirektörMats Bojestig
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Socialdepartementet

Yttrande över Driftsformer för universitetssjukhus - Ds 2016:28 S2016/05390/FS

Region Jönköpings län har av Socialdepartementet getts möjlighet att yttra sig över rubricerade departementspromemoria. Regionen har tagit del av förslaget och lämnar följande yttrande.

Sammanfattning

Utredningen har som ambition att stärka förutsättningarna för en god och jämlik vård genom att göra vården mer sammanhållen. Region Jönköpings län menar att syftet är vällovligt och att det finns rikssjukvård som det är angeläget att inte överlämna till privata aktörer.

Utredningen är dock allt för långtgående och riskerar med sina förslag att göra vården statisk och sämre rustad att möta framtidens utmaningar.

Region Jönköpings län avstyrker förslaget att all vård som organisatoriskt tillhör eller har tillhört ett universitetssjukhus inte ska få överlämnas till ”någon annan” som inte organisatoriskt tillhör ett universitetssjukhus, samt i det fallet att förslaget i stort genomförs, att det ska gälla retroaktivt.

Region Jönköpings län tillstyrker ambitionen att inte högt specialiserad vård som rikssjukvård, regionssjukvård och universitetssjukvård överlämnas till privata aktörer.

Synpunkter på förslaget

Överlämnande av universitetssjukvård till någon annan

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) innebär ett förbud mot att överlämna verksamhet som tidigare organisatoriskt tillhört ett universitetssjukhus till ”någon annan”. Vad som menas med ”någon annan” behöver förtydligas i lagförslaget.

Om förslaget innebär hinder att överlämna uppgifter till annan offentlig utförare i Sydöstra sjukvårdsregionen försvårar det till exempel möjligheter att flytta ut länssjukvård som ges vid ett universitetssjukhus. Om man "låser in" enklare vård försvåras den pågående processen med nivåstrukturering.

I praktiken skulle det innebära att verksamheter som överförs till sjukhusen i Jönköping och Kalmar som ett led i en överenskommelse inom Sydöstra sjukvårdsregionen skulle återföras till universitetssjukhuset i Linköping.

Det är också viktigt att påpeka att vad som är högspecialiserad vård idag inte nödvändigtvis behöver vara det imorgon utan kan vid ett senare tillfälle i framtiden rutinmässigt utföras på ett länssjukhus.

Sammanhållen vård - läkarutbildning, forskning och universitetssjukvård

Det finns uppenbara fördelar ur ett forskningsperspektiv att samla och koncentrera forskningsintensiv verksamhet på en och samma geografiska plats. Med det bygger delvis på gamla förutsättningar och tar inte hänsyn till vad digitalisering och ny teknik ger för möjligheter. Det finns dessutom påtagliga värden i att sprida forskningsverksamhet och ge möjligheter att bygga upp mindre forskningsmiljöer i verksamheter på andra geografiska platser.

Delar av läkarutbildning, forskning och universitetssjukvård kan exempelvis bedrivas på universitetssjukvårdskliniker vid länssjukhusen i Norrköping, Kalmar och Jönköping. Att motverka denna utveckling vore djupt olyckligt.

Retroaktivitet i lagförslaget

En återgång till hur det såg ut för 10 år sedan skulle innebära att resurser kommer att ägnas åt organisationsförändringar. Dessa resurser skulle istället kunna ägnas åt kvalitetsförbättringar i vården.

REGION JÖNKÖPINGS LÄN

Malin Wengholm
Regionstyrelsens ordförande

Agneta Jansmyr
Regiondirektör

Driftsformer för universitetssjukhus



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2016

ISBN 978-91-38-24487-6

ISSN 0284-6012

Promemorians huvudsakliga innehåll

Promemorian innehåller förslag som innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.



Innehåll

Promemorians huvudsakliga innehåll	1
1 Författningsförslag.....	5
1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	5
1.2 Förslag till förordning om universitetssjukhus.....	7
2 Inledning.....	9
2.1 Tidigare lagstiftning.....	10
3 Gällande ordning.....	13
3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården.....	13
3.2 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården.....	13
3.2.1 Uppdelning i regioner.....	14
3.3 ALF-avtalet – samarbete mellan stat och landsting.....	15
3.4 Olika former av hälso- och sjukvård.....	16
3.4.1 Högspecialiserad vård, regionsjukvård och rikssjukvård.....	16
3.4.2 Definition av universitetssjukvård i ALF-avtalet.....	17
3.5 Olika typer av sjukhus.....	18
3.5.1 Definition av universitetssjukhus.....	19
3.6 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering).....	19

3.6.1	Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.....	20
3.6.2	Tillsyn över hälso- och sjukvården	21
4	Överväganden och förslag	23
4.1	Möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus	23
4.2	Förslagets förenlighet med EU-rätten	29
4.3	Frågor om näringsfrihet.....	31
5	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	33
6	Konsekvenser	35
6.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	35
6.2	Ekonomiska konsekvenser.....	36
6.3	Konsekvenser för företag.....	37
7	Författningskommentar	39

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Härigenom föreskrivs att 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)¹ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

Varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt ska landstinget verka för en god hälsa hos hela befolkningen. Vad som i denna lag sägs om landsting gäller också kommuner som inte ingår i ett landsting, i den mån inte annat följer av 17 §. Vad här sagts utgör inte hinder för annan att bedriva hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar dock inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun inom landstinget har ansvar för enligt 18 § första och tredje styckena.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *därvid* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *då* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2014:572.

innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ. *Landstinget får inte till någon annan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen får meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.*

Landstinget får även träffa överenskommelse med kommun, Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen om att inom ramen för landstingets uppgifter enligt denna lag samverka i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. Landstinget ska bidra till finansieringen av sådan verksamhet som bedrivs i samverkan. Enligt bestämmelser i lagen (2003:1210) om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser får landstinget delta i finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet.

Riksrevisionen får granska sådan verksamhet som bedrivits i samverkan med och delvis finansierats av Försäkringskassan eller Arbetsförmedlingen. Vid en sådan granskning har Riksrevisionen rätt att ta del av de uppgifter som behövs för att granska verksamheten.

-
1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2017.
 2. Äldre bestämmelser gäller för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.
 3. Äldre bestämmelser gäller för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet och som förlängs efter ikraftträdandet, om förlängningen avser en period om högst fyra år.

1.2 Förslag till förordning om universitetssjukhus

Härigenom föreskrivs följande.

1 § Med universitetssjukhus enligt 3 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avses

1. Karolinska universitetssjukhuset i Solna och Huddinge,
2. Akademiska sjukhuset i Uppsala,
3. Linköpings universitetssjukhus,
4. Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund,
5. Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg,
6. Universitetssjukhuset Örebro, och
7. Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2017.



2 Inledning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en god vård efter behov och på lika villkor för hela befolkningen. Ansvar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård faller primärt på landstinget. Även om det ankommer på landstingen att besluta i frågor som rör detta ansvar är allas tillgång till en god och jämlik hälso- och sjukvård av sådan väsentlig betydelse för välfärden i landet som helhet att statliga åtgärder i form av utökad reglering av vårdens organisering och finansiering måste kunna komma i fråga i vissa fall. En central del av hälso- och sjukvården är verksamheten vid universitetssjukhus. Dessa vårdinrättningar har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Det är viktigt att det säkerställs att universitetssjukhusen bibehålls och hålls samman. Utvecklingen av dessa enheter måste styras av vad som på lång sikt främjar det allmännas bästa, dvs. patienterna, samtliga landsting och riket som helhet och inte vad som i ett kortare perspektiv framstår som mest fördelaktigt för ett enskilt landsting eller annan vårdgivare. I regeringsförklaringen 2014 aviserade regeringen att lagstiftningen ska ändras så att möjligheterna att sälja eller privatisera universitetssjukhus förhindras.

Regeringen har tagit flera initiativ som syftar till att reglera att de aktörer som verkar i välfärden har verksamheten i fokus och inget annat. Den 5 mars 2015 beslutade till exempel regeringen att ge en särskild utredare i uppdrag att utreda förutsättningarna för och föreslå hur den offentliga finansieringen av privat utförda välfärdstjänster bör regleras (dir. 2015:22). Syftet med utredningen är att säkerställa dels att offentliga medel används till just den verksamhet de är avsedda för och på ett sådant sätt att de kommer brukarna till godo, dels att eventuella överskott som huvudregel

ska återföras till den verksamhet där de uppstått. Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhälls-ekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Allmänheten bör ha insyn i vård, omsorg och skola som är offentligt finansierad. Möjligheten till insyn ska således inte vara beroende av på vilket sätt den offentligt finansierade verksamheten organiseras. Utredningen Ökad insyn i välfärden (S2015:04) fick därför i september 2015 i uppdrag att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentlig finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare.

Det pågår dessutom ett arbete inom Regeringskansliet med att ta fram en lagrådsremiss med förslag om att ett stärkt meddelarskydd ska införas i skola, vård och omsorg som är enskilt bedrivna men offentligt finansierad.

Ovanstående initiativ och förslagen i denna promemoria bygger på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om vinster i välfärden.

Den 22 juni 2016 beslutade regeringen att överlämna lagrådsremissen En ny hälso- och sjukvårdslag till Lagrådet. I remissen föreslås att en ny hälso- och sjukvårdslag den 1 april 2017 ska ersätta den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL. I denna promemoria har förslagen i lagrådsremissen inte beaktats. Ändringar föreslås i den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen.

2.1 Tidigare lagstiftning

Sedan början av 2000-talet har staten periodvis reglerat vilka villkor som ska gälla för driften av hälso- och sjukvård vid centrala vårdinrättningar.

Under åren 2001 och 2002 gällde den särskilda lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan (prop. 2000/01:36 Sjukhus med

vinstsyfte). Lagen innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Lagen gällde inte akutsjukhus som vid ikraftträdandet drevs enligt avtal med landstinget. Lagen var tidsbegränsad till två år eftersom regeringen ville följa effekterna av den. År 2000 tillsattes en utredning med uppdrag att bl.a. utreda förutsättningarna för att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården samt lämna förslag till sådana regler. Utredningen lämnade sitt slutbetänkande, Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa (SOU 2003:23), i mars 2003.

Den 1 januari 2006 trädde nya bestämmelser i kraft som åter inskränkte landstingens möjligheter att överlämna åt någon annan att utföra hälso- och sjukvård (prop. 2004/05:145 Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus). I HSL infördes bestämmelser om att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. Om landstinget överlämnade driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare skulle varje landsting driva minst ett sjukhus i egen regi. Syftet med lagstiftningen var att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård. Dessa bestämmelser, den s.k. stopplagen, upphävdes av den föregående regeringen den 1 juli 2007 (prop. 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus).



3 Gällande ordning

3.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses, enligt HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna (1 § HSL). Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

Hälso- och sjukvården ska enligt 2 a § HSL bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls. Detta innebär att hälso- och sjukvården särskilt ska vara av god kvalitet med god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, vara lätt tillgänglig, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, främja goda kontakter mellan patienten och personalen och tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Liknande bestämmelser finns även i patientlagen.

3.2 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen. Landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget (3 § HSL). Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr

883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 c § HSL). Landstingen ansvarar vidare för vård till asylsökande och personer som vistas i landet utan tillstånd. Dessa personer ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och smittskydd. Barn under 18 år ska erbjudas samma vård som bosatta barn. Detta framgår av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt patientlagen har en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård både inom och utom sitt landsting (9 kap. 1 §). Av 4 § andra stycket HSL följer att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för. Kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer eller som deltar i dagverksamhet. En kommun får även i övrigt erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. I kommunernas ansvar ingår emellertid inte hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (3 § andra stycket och 18 § HSL). Landstingen ansvarar därför för att tillhandahålla läkare i den kommunala hälso- och sjukvården (26 d § HSL).

Enligt 15 § HSL ska det i landstingen finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare. I landstingen ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiseringstjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

3.2.1 Uppdelning i regioner

Regeringen får, enligt 9 § HSL, föreskriva att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting.

Landstingen ska dessutom samverka i sådana frågor. Av förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner framgår att en indelning i sex regioner skett. Dessa är Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen och Umeåregionen. I varje sjukvårdsregion finns en samverkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna den högspecialiserade vården.

Sjukvårdsregionerna är administrativa enheter som syftar till att möjliggöra samverkan kring regionsjukvård och övergripande kunskapsstyrningsfrågor mellan de landsting som ingår i respektive sjukvårdsregion. Överenskommelser har träffats mellan landstingen om ersättningar samt formerna för och innehållet i samarbetet inom regionen.

Särskilda avtal reglerar ansvar och uppgifter för samverkans- och regionsjukvårdsnämnder samt regionförbund. De huvudsakliga delarna är regionsjukvård eller utomlänsvård som det också kallas, forskning, utveckling och utbildning, regionala medicinska råd eller motsvarande, solidariskt finansierade verksamheter t.ex. regionala cancercentrum, likartade villkor för medborgarna bl.a. avseende remisser till specialiserad vård samt övrigt som innebär att landstingen i sjukvårdsregionen kan uppnå gemensamma fördelar. I avtalen anges även att universitetssjukhusen ska ses som en gemensam regional angelägenhet och att en grundläggande uppgift för sjukvårdsregionen är att komma överens om prislistan för regionsjukvården.¹

3.3 ALF-avtalet – samarbete mellan stat och landsting

Staten är huvudman för universiteten och därmed ansvarig för den utbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå samt för den forskning som bedrivs vid berörda universitet.

¹ U-J Olson. Utvecklingspartner i Stockholm AB. Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården. PM framtaget för Utredningen om högspecialiserad vård, Dnr S2014:11/2014/5.

Det s.k. ALF-avtalet reglerar samarbetet mellan den svenska staten och vissa landsting om utbildningen av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Vidare reglerar avtalet statens ersättning för landstingens åtagande att medverka i utbildning av läkare och klinisk forskning, den s.k. ALF-ersättningen.

Det senaste avtalet undertecknades i september 2014. Då ingicks avtalet mellan staten, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Östergötlands läns landsting, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Örebro läns landsting och Västerbottens läns landsting.

Genom avtalet är staten och landstingen överens om att gemensamt främja hälso- och sjukvårdens utveckling genom ett fördjupat och vidgat samarbete inom forskning, utbildning och utveckling. I detta ingår det att sträva mot en ökad samordning och koncentration av de resurser som görs tillgängliga i samarbetet.

För att skapa goda förutsättningar för forskning och utbildning ska berörda universitet delta i organisering och ledning av verksamheten i den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Denna verksamhet betecknas i ALF-avtalet som universitetssjukvård och är en gemensam angelägenhet för berörda landsting och universitet (se vidare avsnitt 3.4.2).

3.4 Olika former av hälso- och sjukvård

3.4.1 Högspecialiserad vård, regionsjukvård och rikssjukvård

Den högspecialiserade vården utgör en central del av hälso- och sjukvården. Den har en nära koppling till forskning och utveckling vilket gör den till en av de verksamheter som stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Begreppet högspecialiserad vård är inte definierat i lag. Det används ofta som en beteckning på nyskapande, forskningsintensiv, modern eller investeringstung sjukvård. Högspecialiserad vård kan definieras som vård av det fåtal patienter som har speciellt svår-
bemästrade problem vilka kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning som är dyrbar eller kräver särskild kompetens för att sköta.

Den högspecialiserade vården kan bedrivas både som region-sjukvård och rikssjukvård. Regionsjukvård är sådan sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Regionsjukvården bedrivs vanligtvis på universitets- och region-sjukhus men det finns enstaka exempel på verksamheter som för en sjukvårdsregions räkning bedrivs vid ett länssjukhus. Med rikssjukvård avses, enligt 9 a § HSL, hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

Den högspecialiserade vården i sjukvårdsregionerna kännetecknas av att verksamheterna är beroende av olika specialiserade kompetenser som samverkar kring patienten. Samordning till specifika enheter är när det gäller den högspecialiserade vården ofta nödvändig för att en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet ska kunna säkerställas.

I syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att uppnå ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser tillsattes Utredningen om högspecialiserad vård (S2014:11). Utredningen hade i uppdrag att se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration (dir. 2014:56). I november 2015 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande, Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98), till regeringen. I betänkandet föreslås en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Med nivåstrukturering menar utredningen en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter. Betänkandet har skickats ut på remiss.

3.4.2 Definition av universitetssjukvård i ALF-avtalet

Enligt ALF-avtalet ska universitetssjukvårdens kärnverksamheter, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Universitetssjukvården ska enligt avtalet:

- fortlöpande bedriva forskning av hög nationell och internationell kvalitet,
- bedriva utbildning av hög kvalitet,
- följa den internationella utvecklingen inom medicinsk forskning, utbildning och hälso- och sjukvård,
- bidra till en evidensbaserad hälso- och sjukvård genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder,
- förmedla resultatet av sin verksamhet till övriga delar av hälso- och sjukvården, och
- samverka med näringslivet och patientorganisationer.

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.

För ett optimalt utnyttjande av resurserna för forskning, utbildning och utveckling kan endast begränsade delar av hälso- och sjukvården utgöra universitetssjukvård. Landsting och universitet ska, med högt ställda krav på kvalitet, komma överens om vilka organisatoriska enheter som ska ingå i universitetssjukvården.

Enligt ALF-avtalet ska det vart fjärde år genomföras en utvärdering av universitetssjukvården avseende struktur, process och resultat i fråga om forskning, utbildning och utveckling. Universitetssjukhusens roll för universitetssjukvården bör särskilt uppmärksammas. Syftet med utvärderingarna är att stödja universitetssjukvårdens utveckling.

3.5 Olika typer av sjukhus

Det finns tre nivåer i den svenska sjukhusvården; det mindre länsdelssjukhuset som har ett begränsat uppdrag och därför inte kan utföra all specialiserad vård, länsjukhuset som har kompetens och medicinsk utrustning som täcker i princip alla sjukdomsområden och regionsjukhuset som ska kunna behandla även det mer säll-

synta och komplicerade. Det finns inga exakta och gemensamma uppdragsbeskrivningar över vad ett länsdels-, läns eller regionsjukhus uppdrag är. I stället avgör respektive landsting själva hur de ska styra och organisera vården.

3.5.1 Definition av universitetssjukhus

Begreppet universitetssjukhus är inte närmare definierat i någon lag eller förordning. I dag räknar sig samtliga sju regionsjukhus i Sverige som universitetssjukhus, nämligen Akademiska sjukhuset i Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, Norrlands Universitetssjukhus i Umeå, Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg, Skånes universitetssjukhus i Malmö och Lund, Universitetssjukhuset i Linköping och Universitetssjukhuset Örebro.

3.6 Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till annan (med offentlig finansiering)

Enligt principen om den kommunala självstyrelsen har landstingen en relativt stor frihet att själva organisera sin verksamhet. Som ett led i rätten att organisera verksamheten kan landstinget välja att antingen bedriva verksamhet i egen regi eller anlita andra, främst privata, vårdgivare för viss verksamhet.

Av 12 kap. 4 § regeringsformen (förkortad RF) framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till andra juridiska personer än kommuner samt till enskilda individer. Att landsting har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår av 3 kap. 16 § kommunalagen (1991:900). I HSL anges dessutom att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen (3 § tredje stycket HSL). Det kan t.ex. handla om att bedriva verksamhet vid ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik. Landstinget ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ med stöd av 3 § HSL. Inom hälso- och sjukvården

förekommer myndighetsutövning framförallt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

Även om ett landsting överlämnar en viss uppgift som annars skulle ha utförts i egen regi åt en privat utförare har kommunen eller landstinget kvar huvudmannaskapet och därigenom det övergripande ansvaret för verksamheten. Landstinget har bl.a. en skyldighet att se till att den anlitade privata vårdgivaren följer de bestämmelser som gäller för verksamheten.

Privata aktörer kan bedriva verksamhet på uppdrag av ett landsting inom ett av följande områden:

- Primärvård eller öppen specialistvård inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem (förkortad LOV)
- Verksamheter som bedrivs på entreprenad, upphandlade enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (förkortad LOU)
- Verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeut enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi

När ett landsting köper enstaka platser eller tjänster av en privat utförare är landstinget inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning.

Hälso- och sjukvård kan också bedrivas helt i privat regi utan inslag av offentlig finansiering. Inte heller i dessa fall ansvarar landstinget för verksamheten.

3.6.1 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård

Under 2014 uppgick nettokostnaden för hälso- och sjukvården till 208 miljarder kronor. Landstingen producerade själv 78 procent av verksamheten och köpte verksamhet² för 22 procent eller cirka 47 miljarder kronor.

Andelen köpt verksamhet inom hälso- och sjukvården har ökat från cirka 18 procent av nettokostnaden år 2006 till drygt 22 procent år 2014 eller med nästan 5 procentenheter. Landstingens köp från privata företag ökade från 10 procent 2006 till 13 procent av

² Med köp av verksamhet avses landstingen och regionernas kostnader för hela verksamheter som bedrivs av privata utförare eller andra landsting eller regioner.

nettokostnaden 2014 och köpen från offentliga utförare från 7 procent till cirka 9 procent av nettokostnaden under samma period.

Inom gruppen offentliga utförare dominerar andra landsting och landstingsägda bolag. Bland annat bedrivs en stor del av den specialiserade vården i Stockholm liksom tandvården i flera landsting av landstingsägda bolag.

På motsvarande vis står privata företag för merparten av den verksamhet som landstingen köper från privata vårdgivare, cirka 96 procent. År 2014 bedrevs mer än hälften, 58 procent, av den köpta verksamheten inom hälso- och sjukvården av privata företag; motsvarande uppgift år 2006 var 55 procent. Kostnaden för köp av hälso- och sjukvård från staten uppgick 2014 till drygt 1,7 miljarder kronor.³

Det är inte möjligt att ange det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret som innehåller uppgifter om verksamheter som utför hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om verksamhet som bedrivs av såväl offentliga som privata vårdgivare. Registret är inte heltäckande vilket försvårar uppskattningen av hur många privata vårdgivare det finns. Registret täcker ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet.⁴

3.6.2 Tillsyn över hälso- och sjukvården

IVO ansvarar för tillsyn över främst hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (förkortad LSS) samt viss tillståndsprövning. I tillsynsuppdraget ingår handläggningen av anmälningar, t.ex. enligt lex Sarah och lex Maria.

Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO har inte möjlighet att granska all verksamhet. Ansvaret för att bedriva god och säker vård och omsorg ligger hos huvudmännen och deras verksamhet. IVO

³ Köp av verksamhet 2014 Kommuner, landsting och regioner 2006-2014, SKL 2015

⁴ SOU 2015:7, s. 127

kan däremot genom en väl fungerande analysverksamhet och inspektioner som fokuserar på egenkontroll kombinerat med stickprovskontroller bidra till en positiv utveckling av vården och omsorgen.

4 Överväganden och förslag

4.1 Möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus

Förslag: Landstingen ska inte till någon annan få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Bedömning: I en ny förordning bör det slås fast vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Skälen för förslaget och bedömningen

En växande och åldrande befolkning och en ökad efterfrågan på vård samt en intensiv kunskaps- och teknikutveckling innebär stora utmaningar för den svenska hälso- och sjukvården. Utmaningarna består inte enbart av problem utan även av nya möjligheter t.ex. när det gäller teknisk utveckling och innovation. Vården i Sverige uppvisar i ett internationellt perspektiv goda medicinska resultat, men i och med de utmaningar som vården står inför är det viktigt att fortsätta att förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

Det är därför av gemensamt intresse för stat och landsting att hälso- och sjukvården utvecklas och att resurser avsätts för utveckling och forskning. Det ger en effektivare sjukvård, med en långsiktigt högre kvalitet och därmed ökad hälsa och större nytta för patienterna.

En av hälso- och sjukvårdens mest centrala delar är den verksamhet som bedrivs på universitetssjukhusen. Dessa sjukhus har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Eftersom universitetssjukhusen har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman.

Universitetssjukhusens ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling

Universitetssjukhusen har en central roll inom den medicinska utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Stora delar av universitetssjukhusen utgörs av universitetssjukvård (se avsnitt 3.4.2). Denna del av hälso- och sjukvården syftar bl.a. till att göra vården mer evidensbaserad genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder. Vården vid universitetssjukhusen kan bidra till att utveckla nya metoder för diagnostik, omvårdnad och behandling men också att tidigt fånga upp och utvärdera metoder som utvecklats internationellt samt att kritiskt granska gamla metoder och leda utmönstringen av de metoder som visar sig vara förlegade.

Universitetssjukhusen har också en viktig roll i hälso- och sjukvårdens kunskapsstyrning, bl.a. genom deltagande i arbetet med systematiska kunskapssammanställningar, nationella och internationella riktlinjer, rekommendationer och vårdprogram.

Stor del av den högspecialiserade vården

En stor del av den vård som utförs på universitetssjukhusen är att karaktärisera som högspecialiserad vård. Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens

resurser uppnås. Det handlar även om att hålla en hög beredskap för små patientgrupper, t.ex. patienter som lider av sällsynta kroniska sjukdomar, vilket kräver resurser som sällan utnyttjas. Universitetssjukhusen tar därför emot patienter från andra landsting och även från andra länder.

Den högspecialiserade vården utgör en central del av universitetssjukhusen med nära koppling till forskning och utveckling, vilket innebär att den stödjer och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården.

Universitetssjukhusen har en central roll för klinisk forskning och utbildning

Hälso- och sjukvården ska vila på vetenskaplig grund och beprövad erfarenhet. För att den vetenskapliga grunden ska säkras måste det finnas ett nära samband mellan hälso- och sjukvård, klinisk forskning och utbildning av läkare.

Universiteten och landstingen har ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade utbildningen av läkare. Landstingen är huvudmän för den offentliga hälso- och sjukvården och staten är huvudman för den högskoleutbildning som leder fram till läkarexamen, för utbildning på forskarnivå och för den forskning som bedrivs vid berörda universitet. Landstingen har enligt HSL ett ansvar för att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt och folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. I ALF-avtalet är det reglerat att utbildning av läkare och klinisk forskning får bedrivas i landstingsfinansierad hälso- och sjukvård. Landstinget medverkar genom att bl.a. ställa lokaler, personal och andra resurser till förfogande. En stor del av utbildningen av läkare utförs vid universitetssjukhusen.

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 den studerande förutsätts nå under utbildningen.

Forskningen central för den svenska hälso- och sjukvården

Ansvar för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården är delat mellan staten och landstingen. Enligt 26 b § HSL ska landstingen medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, bl.a. samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor.

Staten är huvudman för universiteten och därmed ansvarig för den forskning som bedrivs där. Forskningen vid universiteten finansieras med statliga anslag eller med offentliga eller privata externa medel. Landstingen har ett betydande ansvar för den kliniska delen av den medicinska forskningen. Landstingen finansierar den kliniska forskningen dels via de av staten erhållna ALF-medlen (se avsnitt 3.3), dels med egna medel. En stor del av den kliniska forskningen bedrivs vid universitetssjukhusen, vilket har betydelse för förutsättningarna att bedriva högkvalitativ sjukvårdsverksamhet vid samma sjukhus och vice versa.

Ny bestämmelse i hälso- och sjukvårdslagen

Som framgår av redovisningen ovan ställer universitetssjukhusen särskilda krav på beaktande av ett allmänt intresse som sträcker sig långt utanför det aktuella landstinget. Det allmännas bästa, dvs. vad som är bäst för patienterna, övriga landsting och riket som helhet, måste därför styra utvecklingen av dessa verksamheter, inte vad som framstår som mest fördelaktigt för ett enskilt landsting eller annan vårdgivare.

Eftersom universitetssjukhusen innehar en central och ledande roll för övrig hälso- och sjukvård är det angeläget att det säkerställs att dessa sjukhus inte fragmenteras utan hålls samman inom landstingen. Att universitetssjukhusen hålls samman ger förutsättningar för nödvändiga investeringar i utrustning, infrastruktur och kompetens som i sin tur leder till en effektivare sjukvård, med en långsiktigt högre kvalitet, bättre patientsäkerhet och större nytta för patienterna. En sammanhållen universitetssjukvård ger även de bästa förutsättningarna för att uppnå den kritiska massa av forskare

och kompetens som krävs för att högkvalitativ forskning ska kunna bedrivas.

Det kan därför ifrågasättas om den lokalt valda majoriteten i ett enskilt landsting ska kunna fatta beslut om överlåtelse av uppgifter att bedriva verksamhet som är av strategisk betydelse för andra landsting och för hälso- och sjukvårdsutvecklingen i landet som helhet. Viss verksamhet inom universitetssjukhusen finansieras dessutom av statliga och externa medel, t.ex. landstingens medverkan i klinisk forskning och utbildning.

Sammantaget finns det starka skäl att begränsa möjligheten för landstingen att överlämna driften av universitetssjukhusen till andra utförare. I denna promemoria föreslås därför en ändring i 3 § tredje stycket HSL med innebörd att det inte ska vara tillåtet för landstingen att till någon annan lämna över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus. Vilka sjukhus som ska anses som universitetssjukhus bör regeringen, med stöd av ett förslaget bemyndigande, ange i en ny förordning. För närvarande bör följande sjukhus betraktas som universitetssjukhus: Karolinska universitetssjukhuset, Akademiska sjukhuset, Linköpings universitetssjukhus, Skånes universitetssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset Örebro och Norrlands universitetssjukhus.

Även hälso- och sjukvårdsenheter som tidigare har tillhört ett universitetssjukhus bör omfattas av förbudet att överlämna verksamheten till någon annan. I syfte att begränsa ingreppen i den kommunala självstyrelsen och i näringsfriheten bör bestämmelsen dock enbart omfatta hälso- och sjukvårdsenheter som vid något tillfälle under en viss period bakåt i tiden organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Denna tid bör bestämmas till perioden efter den 1 juli 2007 då den förra s.k. stopplagen upphörde att gälla (se avsnitt 2.1). Förslaget i denna del förhindrar även att ett landsting i framtiden flyttar verksamhet vid ett universitetssjukhus till ett annat sjukhus eller till någon annan hälso- och sjukvårdsenhet och därefter överlämnar verksamheten till t.ex. en privat aktör. Till universitetssjukhusen kan organisatoriskt höra såväl enheter inom själva sjukhusbyggnaderna som verksamhet som ett universitetssjukhus ansvarar för men som bedrivs vid exempelvis ett annat sjukhus eller i form av en lokal enhet inom primärvården, t.ex. ett laboratorium.

Det är vanligt att ett landsting låter privata företag utföra serviceverksamhet som exempelvis städning, matleveranser och vakthållning. Sådan verksamhet är inte att betrakta som hälso- och sjukvård och berörs således inte av detta förslag.

Närmare om avgränsningen av förslaget

I regeringsförklaringen 2014 aviserade regeringen att lagstiftningen ska ändras så att möjligheterna att sälja eller privatisera universitets- eller regionsjukhus förhindras.

Skälet till att förslagen i denna promemoria enbart rör begreppet universitetssjukhus är på grund av andra närliggande processer som kan få konsekvenser för organiseringen av regionsjukvården och således även vilka sjukhus som kan betecknas som regionsjukhus i framtiden. Det handlar bl.a. om att inte föregå hanteringen av de förslag som Utredningen om den högspecialiserade vården lämnade i sitt slutbetänkande (se avsnitt 3.4.1). Detsamma gäller de förslag som den s.k. Indelningskommittén (Fi 2015:09) kommer att lämna de kommande åren. I juli 2015 tillsatte regeringen Indelningskommittén som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning med väsentligt färre län och landsting än dagens (dir. 2015:77). Syftet är att skapa en ändamålsenlig indelning och effektiva organisationer och verksamheter som är anpassade till dagens demografiska och näringsgeografiska förhållanden och medborgarnas behov av hälso- och sjukvård, utbildning och transporter. I uppdraget omnämns hälso- och sjukvården som en sektor som är i behov av färre och större huvudmän. Enligt direktivet saknar flera landsting i dag tillräckligt befolkningsunderlag och resurser för att kunna göra effektiva investeringar och för att kunna bära, utveckla och rekrytera spetskompetens och kunna ta emot och omsätta ny kunskap. Regeringen menar att detta försvårar möjligheten att tillgodose hela befolkningen tillgång till likvärdig vård av god kvalitet.

Indelningskommitténs förslag ska vara utformat så att det kan träda i kraft senast den 1 januari 2023. Om en eller flera indelningsändringar kan träda i kraft den 1 januari 2019, ska kommittén lämna ett delbetänkande senast den 30 juni 2016. Utredningen överlämnades sitt delbetänkande till regeringen den 30 juni 2016

med förslag på nya län och landsting, bland annat föreslås att tre nya län och landsting bildas.

Det bör dock tilläggas att begreppet regionsjukhus i dag betraktas som synonymt med begreppet universitetssjukhus. Detta då dagens sju regionsjukhus räknar sig som universitetssjukhus. Samtliga av dessa sjukhus anges i den föreslagna förordningen.

4.2 Förslagets förenlighet med EU-rätten

Bedömning: Förslagen bedöms förenliga med unionsrätten.

Skälen för bedömningen: En av hälso- och sjukvårdens mest centrala delar är den verksamhet som bedrivs på universitetssjukhusen. Dessa vårdinrättningar har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Eftersom dessa verksamheter har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman.

Av art. 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer å ena sidan att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. Å andra sidan måste nationella åtgärder vilka kan påverka ekonomisk verksamhet inom ramen för EUF-fördragets regler om fri rörlighet och statsstöd iakttas de ramar som sätts upp i fördraget.

Alla välfärdstjänster såsom hälso- och sjukvård faller dock inte under EUF-fördragets tillämpningsområde. Detta eftersom välfärdstjänster inom EU-rätten vilka betecknas som tjänster av allmänt intresse (Services of general interest, SGI) kan delas upp i två kategorier:

- icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse (non economic services of general interest, NESGI), ibland även kallat allmänna tjänster av icke-ekonomiskt intresse, och
- tjänster av allmänt ekonomiskt intresse (services of general economic interest, SGEI).

Konsekvensen av att en tjänst klassas som icke-ekonomisk, NESGI, är att vissa fördragsbestämmelser som icke-diskriminering alltså gäller, medan andra viktiga fördragsbestämmelser som rör statligt stöd (art. 107), fri rörlighet för tjänster (art. 56) och rätten till etablering (art. 49) inte gäller.

Fördragsbestämmelserna som rör statligt stöd är tillämpliga endast på ”företag” som bedriver ”ekonomisk verksamhet”. Att det ska röra sig om en ”ekonomisk verksamhet” är även avgörande för om reglerna rörande den fria rörligheten för tjänster och etableringsrätten ska aktualiseras. Kommissionen har i meddelandet ”Meddelande från kommissionen om tillämpningen av Europeiska unionens regler om statligt stöd på ersättning för tillhandahållande av tjänster av allmänt ekonomiskt intresse” klargjort de viktigaste begreppen som ligger till grund för tillämpningen av reglerna för statligt stöd på ersättning för allmännyttiga tjänster. I meddelandet från 2012 klargör kommissionen hur fördragen läst ihop med rättspraxis ska uppfattas i fråga om tjänster av allmänt intresse. Exempel på tjänster av allmänt intresse som, beroende på hur de är strukturerade, inte är av ekonomisk art och därmed inte omfattas av fördragsbestämmelserna om statligt stöd är sociala trygghetssystem, hälso- och sjukvård samt offentliga utbildningssystem. Icke-ekonomiska tjänster av allmänt intresse omfattas inte heller av fördragets bestämmelser om fri rörlighet för tjänster eller etableringsrätten.

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Systemet bygger på solidaritetsprincipen och finansieras i huvudsak med offentliga medel. Det gäller även för privat utförd offentligt finansierad vård inom ramen för HSL. Vård- och patientavgifter förekommer men de bidrar endast till en marginell del av finansieringen av systemet. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som sådant får mot denna bakgrund huvudsakligen anses utgöra tjänster av allmänt intresse som inte är ekonomiska i varken statsstödsrätlig mening eller i förhållande till den fria rörligheten för tjänster och etableringar. Det utesluter inte i sig att vissa aspekter inom hälso- och sjukvården i andra sammanhang kan ses som ekonomisk verksamhet.

Mot denna bakgrund bedöms förslagen i promemorian sammanfattningsvis vara förenliga med fördragsbestämmelserna som rör statligt stöd och fri rörlighet för tjänster och etableringsrätten.

4.3 Frågor om näringsfrihet

Bedömning: Förslagen får anses innebära en viss begränsning i näringsfriheten. Begränsningen bedöms dock som förenlig med 2 kap. 17 § regeringsformen.

Skäl för bedömningen: Enligt 2 kap. 17 § regeringsformen, förkortad RF, får begränsningar i rätten att driva näring eller utöva yrke införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Förslaget begränsar inte enskildas rätt i sig att bedriva hälso- och sjukvård. Däremot innebär förslagen ett hinder för andra aktörer än landsting att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. Förbudet för landstingen att överlämna uppgiften att bedriva sådan verksamhet kan därför anses innebära en viss begränsning av näringsfriheten, även om regleringen formellt riktar sig till landstingen och inte till enskilda.

En sådan begränsning kan dock införas under förutsättning att syftet är att skydda angelägna allmänna intressen. Vad som är ett angeläget allmänt intresse har inte närmare preciserats i RF. I förarbetena till regleringen om näringsfrihet anges att ställningstagandet till vad som är ett angeläget allmänt intresse får göras från fall till fall i enlighet med vad som kan anses vara acceptabelt i ett demokratiskt samhälle (prop. 1993/94:117 s. 51).

De grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård bygger på att vården ska vara tillgänglig för alla och solidariskt finansierad. Den ska ges efter behov, inte efter köpkraft. Hälso- och sjukvården ska också vara demokratiskt styrd och garantera medborgarnas insyn i verksamheten. Dessa grundläggande principer får anses utgöra ett sådant angeläget allmänt intresse som avses

i 2 kap. 17 § RF (jfr. prop. 2000/01:36 s. 16 f. och prop. 2004/05:145 s. 47 f.).

För att förverkliga dessa principer finns bl.a. bestämmelsen i 3 § HSL om att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstinget. I detta ligger att varje landsting är skyldigt att tillhandahålla sådana resurser för hälso- och sjukvården att den kan erbjudas alla som omfattas av landstingets ansvar. Det innebär att varje landsting måste organisera sin verksamhet så att bl.a. de som är bosatta i landstinget kan ges möjlighet till t.ex. högspecialiserad vård. Landstingen har också ett ansvar att medverka i finansiering, planering och genomförande av bl.a. det kliniska forskningsarbetet inom hälso- och sjukvården och tillsammans med universiteten har de ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade läkarutbildningen. Såsom utvecklas i avsnitt 4.1 har de landstingsdrivna universitetssjukhusen en central och ledande roll för den övriga hälso- och sjukvården i landet. Det är också där som en stor del av den högspecialiserade vården ges, till patienter från hela landet. Universitetssjukhusen har vidare en unik ställning genom sin nära koppling till klinisk forskning och utveckling och genom att en stor del av läkarutbildningen äger rum vid dessa sjukhus.

Ett beslut i ett landsting om att lämna över uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan kan medföra stora konsekvenser även för andra landsting och för utvecklingen inom hälso- och sjukvården i landet i stort. Den för hela samhället angelägna verksamheten vid universitetssjukhusen bör inte vara beroende av hur exempelvis en privat aktör väljer att organisera och prioritera sin verksamhet utan bör vara offentligt styrd. Syftet med förslagen i promemorian är att värna den verksamhet som bedrivs vid universitetssjukhus och vid enheter som tidigare har tillhört ett universitetssjukhus genom att förhindra att landstingen överlämnar driften av sådan verksamhet till någon annan. Att denna verksamhet kan bibehållas, stärkas och hållas samman inom landstingen får anses som ett sådant angeläget allmänt intresse som motiverar en begränsning av näringsfriheten.

5 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Förslag: Författningsändringarna träder i kraft den 1 juli 2017. Äldre bestämmelser ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Äldre bestämmelser ska också gälla om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet, om förlängningen avser en period om högst fyra år.

Skälen för förslaget: Det är angeläget att förslagen börjar gälla så snart som möjligt. Författningsändringarna bör därför träda i kraft den 1 juli 2017.

Huvudprincipen i svensk lagstiftning är att ny lag bara tillämpas på avtal som ingåtts efter lagens ikraftträdande. I enlighet med den principen bör redan ingångna avtal där ett landsting till någon annan överlämnat uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård inte påverkas av de nya bestämmelserna. För båda parter finns ett berättigat intresse av att verksamheten under avtalstiden kan bedrivas på de villkor som förelåg då avtalet slöts. Det kan också finnas parter som inrättat sin verksamhet och anpassat sin långsiktiga planering med utgångspunkt i att avtalet ska förlängas när det löper ut, enligt villkor i avtalet. Det bör i detta sammanhang beaktas att förslagen ska träda i kraft inom en relativt kort tid. För såväl landstingen som för enskilda entreprenörer kan det medföra stora problem om driften av en verksamhet måste återlämnas till landstinget med kort varsel. Även om det finns begränsningar för hur många gånger och för hur lång tid ett avtal kan förlängas utan att en ny upphandling måste komma till stånd, finns det därför skäl att ge parterna en möjlighet att förlänga ett avtal som har ingåtts före ikraftträdandet, dock endast en gång och under en period om högst

fyra år. I promemorian föreslås övergångsbestämmelser med denna innebörd.

6 Konsekvenser

6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. Av 14 kap. 3 § RF framgår att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå längre än vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Staten har ett intresse av att alla ska ges vård efter behov och på lika villkor. HSL ger landstingen stor frihet att utforma organisationen av hälso- och sjukvården förutsatt att målen med vården uppfylls. Uppfylls inte målen har staten inte några särskilda möjligheter att ingripa förutom genom lagstiftning eller genom att med bidrag ge bättre ekonomiska förutsättningar för vården. Den nu föreslagna regleringen inskränker landstingens möjligheter att överlämna driften av hälso- och sjukvården vid universitetssjukhusen. Det gäller även de hälso- och sjukvårdsenheter som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. I dag drivs samtliga universitetssjukhus av landstingen och regleringen innebär därför enbart en begränsad inskränkning av landstingens möjlighet att organisera denna del av vården.

Universitetssjukhusen har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling vilket innebär att de stödjer och ger förutsättningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Skulle driften av dessa sjukhus överlämnas till någon annan finns det en överhängande risk att detta äventyras eftersom landstingen i en sådan situation är beroende av hur den privata utföraren väljer att organisera verksamheten och prioritera dessa uppgifter.

Eftersom en stor del av den vård som utförs på universitetssjukhusen är att karaktärisera som högspecialiserad vård tar dessa

sjukhus även emot patienter från andra delar av landet. Ett landstings beslut om organisation av universitetssjukhusen kan därför medföra stora konsekvenser för andra landsting och riket i stort. Universitetssjukhusens verksamhet är således central för att målet om en god vård på lika villkor för hela befolkningen ska kunna uppnås. Eftersom dessa verksamheter har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman inom landstingen. Landstingens rätt att organisera dessa sjukhus måste således ställas mot det nationella intresset av att dessa verksamheter hålls samman. Det anses därför både nödvändigt och godtagbart att göra den föreslagna inskränkningen i den kommunala självstyrelsen.

6.2 Ekonomiska konsekvenser

Förslaget i promemorian kan innebära vissa ekonomiska effekter för landstingen avseende förfarande, administration och liknande kostnader.

De offentligfinansiella effekterna av att överlåta offentligt finansierad hälso- och sjukvård till privata vårdgivare är svårbedömda. Uppföljningar och jämförelser är svåra att göra eftersom både villkor och uppdrag ofta skiljer sig åt. Skillnaden mellan att låta en privat vårdgivare utföra vården och att landstinget driver verksamheten är att landstinget i det förra fallet betalar någon annan för att utföra tjänster som man annars själv hade utfört. Att bedriva verksamhet sammanhållet renderar dock vanligtvis kostnadsminskningar.

Förslaget innebär att universitetssjukhusen hålls samman inom det offentliga och det kan innebära kvalitets- och effektivitetsvinster i flera avseenden jämfört med den splittring och fragmentisering som skulle kunna bli resultatet om sjukhusens verksamheter läggs ut på många olika utförare. Personalen på universitetssjukhusen har både bred och djup kompetens som kommer stora patientgrupper och verksamheter till del. Ett stort patient- och befolkningsunderlag motiverar investeringar i t.ex. specialistkunskaper och infrastruktur i deltagande i forskning och utvecklingsarbete, i tester och utvärderingar av metoder och produkter för diagnostik och behandling. Det har stor betydelse för

kvalitet och effektivitet inom många områden, t.ex. när det gäller högspecialiserad vård samt behandling av sällsynta diagnoser och ovanliga kroniska sjukdomar. Vidare underlättas önskvärd och nödvändig samverkan med andra verksamheter inom landstinget, med kommuner och patientorganisationer.

6.3 Konsekvenser för företag

De föreslagna bestämmelserna får effekter för bl.a. privata vårdföretag eftersom de inskränker företagens möjligheter att verka på marknaden. Det kan innebära negativa konsekvenser för företagens arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga samt minskade intäkter. Förslaget gäller dock enbart en begränsad del av hälso- och sjukvården och privata vårdgivare har även fortsättningsvis rätt att etablera sig och verka inom övriga delar av vården. Förslaget kommer särskilt påverka de företag som redan i dag har avtal med landstingen om att bedriva sådan hälso- och sjukvård som omfattas av förslaget och som har inrättat sin verksamhet och anpassat sin långsiktiga planering med utgångspunkt i att avtalen kan förlängas när de löper ut. I avsnitt 5 lämnas dock förslag till särskilda övergångsbestämmelser för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet.

Bedömningen är att den nu föreslagna regleringen inte anses gå utöver vad som är nödvändigt för att skydda denna verksamhet som är av strategisk betydelse för hälso- och sjukvårdsutvecklingen i landet som helhet. Eventuella effekter av förslaget för vårdföretagen kan därför inte anses stå i missförhållande till nyttan med förslaget.



7 Författningskommentar

Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

3 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 4.1.

I *tredje stycket* görs, förutom en språklig justering, en ändring som innebär att landstingen är förhindrade att till någon annan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. I samma stycke införs ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Hälso- och sjukvård som bedrivs vid universitetssjukhusen omfattar såväl slutenvård som öppenvård. Förbudet för landstingen att överlämna verksamhet vid hälso- och sjukvårdsenheter som tidigare organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus kan exempelvis omfatta hälso- och sjukvårdsverksamhet som har flyttats från ett universitetssjukhus till ett annat sjukhus eller till en lokal enhet inom primärvården.

Verksamhet som inte är att betrakta som hälso- och sjukvård omfattas inte av förslaget. Landstingen kan således även i fortsättningen låta entreprenörer utföra servicetjänster som t.ex. städning, vakthållning, matleveranser och matsservering.

Bestämmelsen omfattar även överlämnande till av landstinget ägda juridiska personer.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 5.

Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 1 juli 2017.

Av *punkt 2* framgår att avtal som ingåtts före ikraftträdandet inte påverkas av de nya bestämmelserna. Av *punkt 3* följer att äldre bestämmelser även gäller om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet, under förutsättning att förlängningen avser en period om högst fyra år.

Departementsserien 2016

Kronologisk förteckning

1. Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. Fi.
2. Några frågor om offentlighet och sekretess. Ju.
3. Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. Ju.
4. Effektivare hyres- och arrendenämnder. Ju.
5. Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. S.
6. Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. A.
7. Tolkjänst för vardagstolkning. S.
8. Hälsoväxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. S.
9. Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. N.
10. Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. Ju.
11. Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. S.
12. Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. U.
13. Nya möjligheter till operativt polissamarbete med andra stater. Ju.
14. Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga. Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. A.
15. Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. Ju.
16. Ersättning vid expropriation av bostäder. Ju.
17. Otillåtna bosättningar. Ju.
18. Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. S.
19. Jämställda pensioner? S.
20. Strada. Transportstyrelsens olycksdatabas. N.
21. Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. A.
22. Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. Ju.
23. Vissa frågor om kommersiell radio. Ku.
24. Validering med mervärde. U.
25. Miljöbedömningar. M.
26. Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. Ku.
27. Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. N.
28. Driftsformer för universitetssjukhus. S.

Departementsserien 2016

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Entreprenörsansvar och svenska kollektivavtalsvillkor vid utstationering. [6]

Förtydliganden av lönestöden för personer med funktionsnedsättning som medför nedsatt arbetsförmåga.

Byte av benämningar på lönebidrag, utvecklingsanställning och trygghetsanställning. [14]

Ändringar i fråga om sysselsättning för asylsökande och kommunplacering av ensamkommande barn. [21]

Finansdepartementet

Kontroller och inspektioner i Sverige av Europeiska byrån för bedrägeribekämpning. [1]

Justitiedepartementet

Några frågor om offentlighet och sekretess. [2]

Uppföljning av återvändandedirektivet och direktivet om varaktigt bosatta tredjelandsmedborgares ställning. [3]

Effektivare hyres- och arrendenämnder. [4]

Nya regler för europeiska småmål – lättare att pröva tvister inom EU. [10]

Nya möjligheter till operativt polisarbete med andra stater. [13]

Normgivningen inom åklagarväsendet m.m. [15]

Ersättning vid expropriation av bostäder. [16]

Otillåtna bosättningar. [17]

Polisens tillgång till information om vissa it-incidenter. [22]

Kulturdepartementet

Vissa frågor om kommersiell radio. [23]

Utvidgat skydd mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet. [26]

Miljö- och energidepartementet

Miljöbedömningar. [25]

Näringsdepartementet

Ny lag om tilläggsavgift i kollektivtrafik. [9]

Strada.

Transportstyrelsens olycksdatabas. [20]

Frågor kring 2009 års renskötselkonvention. [27]

Socialdepartementet

Mer tydlighet och aktivitet i sjuk- och aktivitetsersättningen. [5]

Tolktjänst för vardagstolkning. [7]

Hälsövaxling för aktivare rehabilitering och omställning på arbetsplatserna. [8]

Anpassningar av svensk rätt till EU-förordningen om kliniska läkemedelsprövningar. [11]

Ytterligare åtgärder för att genomföra EU-direktiv om mänskliga vävnader och celler. [18]

Jämställda pensioner? [19]

Driftsformer för universitetssjukhus. [28]

Utbildningsdepartementet

Etisk granskning av klinisk läkemedelsprövning. [12]

Validering med mervärde. [24]



Socialdepartementet

Ds 2016:28 Driftsformer för universitetssjukhus

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Justitiekanslern (JK)
4. Kommerskollegium
5. Upphandlingsmyndigheten
6. Statskontoret
7. Socialstyrelsen
8. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
9. Folkhälsomyndigheten
10. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
11. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
12. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
13. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
14. Konkurrensverket
15. Universitetskanslersämbetet
16. Uppsala universitet
17. Lunds universitet
18. Göteborgs universitet
19. Umeå universitet
20. Linköpings universitet
21. Karolinska institutet
22. Örebro universitet
23. Regelrådet
24. Stockholms läns landsting
25. Uppsala läns landsting
26. Södermanlands läns landsting
27. Östergötlands läns landsting
28. Jönköpings läns landsting
29. Kronobergs läns landsting
30. Kalmar läns landsting
31. Blekinge läns landsting

32. Skåne läns landsting
33. Hallands läns landsting
34. Västra Götalands läns landsting
35. Värmlands läns landsting
36. Örebro läns landsting
37. Västmanlands läns landsting
38. Dalarnas läns landsting
39. Gävleborgs läns landsting
40. Västernorrlands läns landsting
41. Jämtlands läns landsting
42. Västerbottens läns landsting
43. Norrbottens läns landsting
44. Gotlands kommun
45. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
46. Sveriges läkarförbund
47. Svenska Läkaresällskapet
48. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
49. Vårdförbundet
50. VISION
51. Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal)
52. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
53. Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF)
54. Handikappförbunden
55. Nätverket mot cancer
56. Neuroförbundet
57. Njurförbundet
58. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
59. Reumatikerförbundet
60. Riksförbundet HjärtLung
61. FAMNA
62. Svenskt Näringsliv
63. Almega
64. Vårdföretagarna
65. Företagarna
66. Capio AB
67. Praktikertjänst AB
68. Svenska Vård

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 25 november 2016**. Vi vill att ni enbart skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2016/05390/FS anges.

Remissen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

Frågor under remisstiden besvaras av Sara S Johansson, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, telefon 08-405 14 63, eller sara.s.johansson@regeringskansliet.se



Torkel Nyman
Departementsråd