

Ansvar för hälso- och sjukvården

Volym 1 Bedömningar och förslag

Betänkande av Vårdansvarskommittén

Stockholm 2025



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2025:62

SOU och Ds finns på [regeringen.se](https://www.regeringen.se) under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2021:1.

Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på [regeringen.se/remisser](https://www.regeringen.se/remisser).

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2025

ISBN 978-91-525-1267-8 (tryck)

ISBN 978-91-525-1268-5 (pdf)

ISSN 0375-250X

Till statsrådet

Acko Ankarberg Johansson

Regeringen beslutade den 1 juni 2023 att tillkalla en parlamentariskt sammansatt kommitté för att ta fram beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Kommitténs uppdrag har varit att 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. Uppdraget har inte omfattat den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och det har inte ingått i uppdraget att lämna författningsförslag (dir. 2023:73).

Kommittén har tagit namnet Vårdansvarskommittén. Generaldirektören Jean-Luc af Geijerstam förordnades att från och med den 1 juli 2023 vara ordförande i kommittén. Den 18 september 2023 förordnades som ledamöter regionstyrelseordföranden Rachel De Basso (S), f.d. riksdagsledamoten Jonas Eriksson (MP), riksdagsledamoten Johan Hultberg (M), riksdagsledamoten Anders W Jonsson (C), kommunalrådet Elisabet Lann (KD), riksdagsledamoten Fredrik Lundh Sammeli (S), f.d. riksdagsledamoten Per Ramhorn (SD), riksdagsledamoten Karin Rågsjö (V), riksdagsledamoten Carina Ståhl Herrstedt (SD), oppositionsregionrådet Irene Svenonius (M) och regionrådet Amelie Tarschys Ingre (L). Den 21 februari 2024 entledigades Amelie Tarschys Ingre och i hennes ställe förordnades regionrådet Malin Sjöberg Högrell (L) som ledamot. Den 12 mars 2024

entledigades Irene Svenonius (M) och i hennes ställe förordnades den 25 mars 2024 oppositionsregionrådet Emilie Orring (M) som ledamot. Den 15 augusti 2024 entledigades Carina Ståhl Herrstedt och i hennes ställe förordnades gruppleadaren Linda Lindberg (SD) som ledamot.

Som sakkunniga förordnades den 16 november 2023 ämnesrådet Maria Ahlsved vid Landsbygds- och infrastrukturdepartementet, departementssekreteraren Martina Bergström vid Socialdepartementet, departementssekreteraren Jonas Brynhildsen vid Utbildningsdepartementet, departementssekreteraren David Dager vid Finansdepartementet, departementssekreteraren Lars Karlander vid Finansdepartementet och ämnesrådet Petra Zetterberg Ferngren vid Socialdepartementet som sakkunniga. Den 26 juni entledigades Jonas Brynhildsen och i hans ställe förordnades departementssekreteraren Joel Westlund Hult som sakkunnig. Den 1 oktober 2024 entledigades Martina Bergström och i hennes ställe förordnades departementssekreteraren Ellinor Östensson som sakkunnig.

Som experter förordnades den 16 november 2023 förbundsordföranden Conny Allaskog, avdelningschefen Peter Alvinsson, utredaren Jan Boström, chefsjuristen Sara Catoni, juristen Karin Elinder, t.f. avdelningschefen Mattias Fredricson, förbundsordföranden Margareta Haag, utredaren Mari Huupponen, förbundsordföranden Lotta Håkansson, chefsjuristen Karin Lewin, sjukhusdirektören Mikael Ohrling, professorn Bo Rothstein, förbundsordföranden Sofia Rydgren Stale, vice förbundsordföranden Jani Stjernström, förbundsordföranden Kristina Taylor, professorn Mikael Wiberg, professorn Ulrika Winblad, utredaren Daniel Zetterberg och förbundsordföranden Anders Åkesson som experter. Den 12 april 2024 förordnades specialistläkaren Magnus Isacson som expert. Den 16 augusti 2024 entledigades Jan Boström och i hans ställe förordnades utredaren Hanna André som expert.

Den 30 juni 2023 förordnades enhetschefen Rickard Broddvall som huvudsekreterare. Den 31 augusti förordnades forskningssekreteraren Isabelle Carnlöf som sekreterare. Den 2 oktober 2023 förordnades utredaren Caroline Vidigsson Schmölzer som sekreterare. Den 24 oktober förordnades professorn Anders Anell som sekreterare och senior rådgivare. Den 30 november 2023 förordnades utredningssociologen Selma Sahin som biträdande sekreterare. Den 7 december 2023 förordnades utredningssekreteraren Staffan Söderberg

som sekreterare. Den 20 februari 2024 förordnades kammarrättsassessorn Klara Nordin som sekreterare. Den 17 april 2024 förordnades docenten Moa Dahlin som sekreterare och juridisk rådgivare. Den 26 juni 2024 entledigades Selma Sahin.

Vårdansvarskommittén har hållit tolv sammanträden och sekretariatet har genomfört fem möten med kommitténs expertgrupp. Kommittén överlämnar härmed sitt betänkande *Ansvar för hälso- och sjukvården* (SOU 2025:62), bestående av volym 1, *Bedömningar och förslag* och volym 2, *Underlagsrapporter*. Till betänkandet har fogats nio särskilda yttranden. Kommitténs uppdrag är härmed slutfört.

Stockholm den 2 juni 2025

Jean-Luc af Geijerstam

Rachel De Basso

Jonas Eriksson

Johan Hultberg

Anders W Jonsson

Elisabet Lann

Linda Lindberg

Fredrik Lundh Sammeli

Emilie Orring

Per Ramhorn

Karin Rågsjö

Malin Sjöberg Högrell

Rickard Broddvall

Isabelle Carnlöf

Caroline Vidigsson Schmölzer

Staffan Söderberg

Klara Nordin

Anders Anell

Moa Dahlin

Innehåll

Sammanfattning	11
Summary	19
1 Inledning.....	27
1.1 Uppdraget.....	27
1.2 Genomförandet av utredningsarbetet.....	28
1.2.1 Kontakter under utredningsarbetet.....	28
1.2.2 Framtagna kunskapsunderlag och kommitténs arbetsprocess.....	29
1.3 Utmaningar med uppdraget	31
1.4 Huvudmannens ansvar för hälso- och sjukvård.....	32
1.4.1 Tillhandahållaransvaret är kärnan i huvudmannaskapet	33
1.5 Utgångspunkter och avgränsningar för kommitténs arbete	34
1.5.1 Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet	34
1.5.2 Avgränsningar.....	36
1.6 Betänkandets disposition.....	39
2 Kommitténs utgångspunkter	41
2.1 Hälso- och sjukvårdssystemet har många styrkor men också kända brister.....	41
2.2 Hälso- och sjukvården behöver förändras och förbättras	43

2.2.1	Sex förbättringsmål för önskad förändring av hälso- och sjukvården	45
2.2.2	Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet	47
2.2.3	Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras	53
2.2.4	En hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras	59
2.2.5	Den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka	63
2.2.6	Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras	65
2.2.7	Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas	68
2.3	Kommitténs sammanfattande slutsatser	73
2.3.1	Staten behöver ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården	73
3	Kommitténs bedömningar och förslag	75
3.1	Kommitténs bedömning av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården	76
3.1.1	Skälen för kommitténs bedömning	77
3.2	Kommitténs bedömning av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården	85
3.2.1	Skälen för kommitténs bedömning	86
3.3	Kommitténs svar på direktivets frågor om statligt huvudmannaskap	89
3.4	Kommitténs bedömning av ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården	92
3.4.1	Skälen för kommitténs bedömning	95
3.4.2	Kompetensförsörjning	97
3.4.3	Läkemedel	101
3.4.4	Vaccinationer	112
3.4.5	Screening	117
3.4.6	Rätt psykiatrisk vård	120

3.4.7	Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter	124
3.5	Kommitténs bedömningar och förslag om stärkt och förbättrad statlig styrning	129
3.6	Konsekvenser av kommitténs förslag	146
3.6.1	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen	147
3.6.2	Finansiering av kommitténs förslag	148
3.6.3	Genomförande av kommitténs förslag och behovet av nya och ändrade författningar	150
Särskilda yttranden		153
Referenser		171
Bilaga		
Bilaga	Kommittédirektiv 2023:73	179

Sammanfattning

Vårdansvarskommittén har haft regeringens uppdrag att analysera och belysa för- och nackdelar samt lämna förslag på möjligheterna att långsiktigt införa ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för den regionala hälso- och sjukvården. Kommittén har valt att se kärnan i huvudmannaskapet som ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård, det vill säga så som begreppet i dag definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Hälso- och sjukvården anses av invånarna vara en av de viktigaste frågorna och vården är en central del av välfärden i samhället. Det har därför varit viktigt för kommittén att arbeta så öppet, inkluderande och transparent som möjligt under hela utredningsarbetet och att göra det i dialog med så många intressenter som möjligt i hälso- och sjukvårdssystemet.

Det har inte ingått i kommitténs uppdrag att lämna författningsförslag och inte heller att analysera huvudmannaskapet för tandvården eller för den kommunala hälso- och sjukvården. Med detta betänkande överlämnar kommittén sina bedömningar och förslag.

Kommitténs bedömning av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommittén konstaterar att svensk hälso- och sjukvård har god medicinsk kvalitet och står sig väl på många sätt i internationella jämförelser. Samtidigt finns det förbättringspotential kring hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse, bland annat gällande tillgänglighet och geografisk jämlikhet i utbud av vård och behandling.

Kommittén har utifrån flera aspekter analyserat hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården. Några av de aspekter som har undersökts är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet,

kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga. Kommitténs analyser visar att det finns tänkbara för- och nackdelar både med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En entydig slutsats med säkra kausala samband går inte att dra utifrån underlagen eller tidigare erfarenheter.

Kommittén bedömer att en huvudmannaskapsförändring kan innebära både risker och möjligheter. En så omfattande och genomgripande förändring finns det inte ett brett parlamentariskt stöd för. Kommitténs ledamöter värderar de väntade fördelarna och nackdelarna med ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården olika.

Ledamöterna från S, M, V, C, MP och L ser att det saknas underlag som pekar på att ett helt statligt huvudmannaskap skulle leda till förbättringar, samt att det finns stora risker och höga genomförandekostnader och gör därför bedömningen att en sådan förändring inte bör genomföras. Ledamöterna från SD och KD bedömer att underlaget ger stöd för att det finns starka skäl och behov av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommitténs bedömning av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommitténs analyser visar att det finns flera svårigheter och risker med att dela upp tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvårdssystemets olika delar mellan staten och regionerna.

Om staten skulle bli huvudman för exempelvis den specialiserade hälso- och sjukvården eller primärvården skulle detta i praktiken innebära komplexa gränsdragningar gentemot andra delar av hälso- och sjukvården som regionerna är fortsatt huvudmän för. Dels för att hälso- och sjukvården i praktiken är integrerad och ömsesidigt beroende, dels för att hälso- och sjukvårdsstrukturen ser olika ut i olika regioner. I ett hälso- och sjukvårdssystem med tre huvudmän finns risk för nya samverkansutmaningar och gränsdragningar som inte skulle medföra positiva effekter för patienterna.

Kommittén avråder därför från ett delvis statligt huvudmannaskap med innebörden att dela tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunerna, regionerna och staten.

Kommittén ser behov av ett utökat statligt ansvar för vissa delar av hälso- och sjukvården

Kommitténs utredningsarbete har visat att det finns omotiverade skillnader mellan och inom regionerna i fråga om tillgång till viss vård och behandling. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om vård på lika villkor för hela befolkningen behöver uppfyllas bättre än i dag och efterlevnaden av patientlagen behöver stärkas.

Kommittén anser att statens ansvar för och styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas jämfört med i dag för att bättre kunna hantera de problem som identifierats och de utmaningar som vården står inför. Kommittén bedömer att det är möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten på andra sätt än genom att överföra huvudmannaskapet till staten. Det är till exempel möjligt för staten att ta ett större systemansvar. Det innebär att utöka ansvaret för att styra innehållet i, samt utformningen och uppföljningen av, en verksamhet som regionerna tillhandahåller. Det är också möjligt för staten att ta ett större finansieringsansvar, i form av att i större utsträckning eller fullt ut finansiera en verksamhet, en funktion eller ett vårdområde som regionerna tillhandahåller.

Kommittén bedömer att staten bör ta ett utökat ansvar för ett antal områden och frågor i hälso- och sjukvården i syfte att skapa bättre förutsättningar att möta hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om vård på lika villkor för hela befolkningen. Områden där staten bör ta ett större ansvar och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Detta innebär en betydande ökning av statens ansvar och en väsentligt stärkt statlig styrning och kontroll inom dessa delar av hälso- och sjukvården.

Kompetensförsörjning

Enligt kommittén är kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet. I dag ansvarar varje region för att tillhandahålla utbildningsplatser utifrån egna snarare än gemensamma nationella behov, vilket inte bidrar till ett effektivt system. Kommittén ser därför behov av en ökad nationell samordning och dimensionering i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal där

varje huvudman tydligare behöver bidra till det samlade nationella behovet av hälso- och sjukvårdspersonal.

Frågan om kompetensförsörjningen är komplex och så också problembilden. Vårdpersonalens arbetsmiljö spelar en stor roll i fråga om rekrytering. Arbetsmiljön måste förbättras. Det betyder att det inte finns en enkel åtgärd eller lösning att pröva. Mot bakgrund av kompetensförsörjningens vikt för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste frågan prioriteras, pågående utvecklingsarbeten utvärderas och föreslagna insatser som har bred förankring hos hälso- och sjukvårdsaktörerna genomföras.

Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Läkemedel

Kommittén ser flera starka skäl för ett utökat statligt ansvar för läkemedel. Det väcker samtidigt många och svåra frågor kopplat till styrning, finansiering, prioriteringar, forskning och rekommendationer samt inköp av läkemedel.

Kommittén föreslår därför att en utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar.

Vaccinationer

Kommitténs utredningsarbete har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilka vaccinationer som erbjuds och till vilken avgift. Kommitténs uppfattning är att tillgången till vaccinationer inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan vaccinationer ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Även skillnader inom regioner behöver utjämnas genom kontinuerlig uppföljning och riktade insatser till grupper där vaccinationstäckningen är lägre.

Kommittén föreslår därför att staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen.

Screening

Kommitténs utredningsarbete har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilken screening som erbjuds. Kommitténs uppfattning är att tillgången till screening inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan screening ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen.

Kommittén föreslår att staten bör ta ett utökat ansvar för screening. Ett utökat statligt ansvar är dock förenat med flera utmaningar, varför en utredning bör tillsättas med uppdrag att närmare utreda formerna för detta.

Rättsspsykiatrisk vård

Rättsspsykiatrisk vård är en straffrättslig påföljd och frihetsberövande och andra tvångsåtgärder inom den rättsspsykiatriska vården motiveras av såväl vårdbehov som samhällsskydd.

Den rättsspsykiatriska vårdens särskilda karaktär i detta avseende motiverar enligt kommitténs bedömning att staten tar ett större ansvar för såväl finansiering av vården som vårdens kvalitet och innehåll. Inriktningen framåt bör vara att staten ansvarar för att finansiera hela eller delar av den rättsspsykiatriska vården, vilket måste kombineras med tydliga krav på vårdens kvalitet och innehåll. Regionerna bör dock fortsatt ha tillhandahållaransvaret för den rättsspsykiatriska vården, eftersom samarbetet mellan den rättsspsykiatriska vården och övrig somatisk och psykiatrisk vård skulle kunna försvåras om ansvaret för verksamheterna delas mellan två huvudmän.

Kommittén föreslår att statens ansvar för den rättsspsykiatriska vården stärks. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättsspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättsspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättsspsykiatrisk vård framöver kan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Regionerna har ett upparbetat samarbete kring ambulansflyg. När det gäller ambulanshelikopter är situationen en annan och alla regioner har i dag inte någon egen helikopterverksamhet. Internationellt samarbete i olika organisationer väcker också många frågor kring nationell samordning och styrning av luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter i såväl fredstid som i händelse av kris, höjd beredskap eller krig.

Kommittén noterar att Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten lagt fram förslag hur det nationella och statliga ansvaret för frågorna kan stärkas i händelse av kris, höjd beredskap och krig. Kommittén bedömer att det är angeläget att regeringen bereder dessa förslag vidare och då även inkluderar den nationella samordningen och styrningen samt tillgången till helikopter för ambulanssjukvård och sjuktransporter i fredstida lägen.

Kommittén bedömer att statens styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas och förbättras

Kommittén anser att statens styrning av regionernas hälso- och sjukvård behöver stärkas och förbättras. Statens styrning av hälso- och sjukvården är över lag splittrad och mängden styrsignaler är omfattande. Den statliga styrningen är dessutom ofta kortsiktig och detaljerad på grund av användandet av tillfälliga statsbidrag och stimulansmedel. Regionerna måste ges långsiktiga planeringsförutsättningar och regionernas mottagarkapacitet för den statliga styrningen måste beaktas vid styrningens utformning. Statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken.

Kommittén föreslår att riktade statsbidrag endast bör användas i undantagsfall. Det bör fastställas tydligare kriterier för när riktade statsbidrag får användas.

Kommittén föreslår också att den statliga styrningen bör renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas. Det bör tillsättas en utredning om hur och på vilka områden detta ska genomföras.

Kommittén föreslår även att staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för ökad regelefterlevnad och för att stärka patientens

ställning. Detta kräver dels stärkt uppföljning, information och kunskap om regionernas insatser, dels verktyg i form av till exempel stärkt tillsyn och utökade sanktioner samt information till patienterna om deras rättigheter och möjligheter att välja i olika avseenden.

Summary

The Committee of Inquiry on responsibility for care has been tasked by the Government with analysing and identifying advantages and disadvantages of, and presenting proposals for, a full or partial State mandatorship of health care. The Committee considers the core of mandatorship to be responsibility for provision of health and medical care, as it is currently defined in the Health and Medical Services Act (2017:30).

Swedish residents consider health and medical care one of the most important issues, and care is a key part of welfare in society. For this reason, it has been important for the Committee to work as openly, inclusively and transparently as possible throughout the inquiry process, and to do so in dialogue with as many interested parties in the health and medical care system as possible.

The Committee's remit does not include presenting legislative proposals or analysing the mandatorship for dental care or municipal health and medical care. This report presents the Committee's findings and proposals.

The Committee's assessment of a full State mandatorship of health and medical care

The Committee notes that Swedish health and medical care has good medical quality and stands up well in international comparisons in many respects. At the same time, there is room for improvement with regard to achieving the objectives of health and medical care in areas such as accessibility and geographic equity in terms of available care and treatment.

The Committee has analysed how State mandatorship would affect health and medical care based on several aspects. Some of the

aspects that have been examined are equity, accessibility, effectiveness, supply of human resources, funding and capacity for innovation. The Committee's analyses have identified conceivable advantages and disadvantages in both the regions remaining the responsible authorities for health and medical care and provision and in making State government the responsible authority for health and medical care. It is not possible to draw a clear-cut conclusion with irrefutable causal links based on the reference material or previous experience.

The Committee finds that a change in mandatorship could entail both risks and opportunities. There is no broad parliamentary support for such a comprehensive and fundamental change. The Committee members have diverging views of the expected advantages and disadvantages of State mandatorship for all health and medical care.

The members representing the Social Democrats, the Moderate Party, the Left Party, the Centre Party, the Green Party and the Liberal Party find that there is not enough supporting that full State mandatorship would result in improvements, and that this would entail major risks and high implementation costs. For this reason, they consider that such a change should not be implemented. The members representing the Sweden Democrats and the Christian Democrats find that there is support for strong reasons and a need for full State mandatorship for all health and medical care.

The Committee's assessment of a partial State mandatorship of health and medical care

The Committee's analyses identify a number of challenges and risks associated with dividing responsibility for providing the various parts of the health and medical care system between State government and the regions.

For example, if State government were to become the responsible authority for specialised health and medical care or primary care, it would in practice entail a complex delineation from other parts of health and medical care for which the regions would continue to be responsible. This is partly because health and medical care are in practice integrated and mutually dependent, and partly because the health and medical care structure differs between regions. A health and medical care system with three responsible authorities entails a

risk for new cooperation challenges and delineations that would not have positive effects for patients.

The Committee therefore advises against State government being the responsible authority for some health and medical care, with the responsibility for provision of care being shared between the municipalities, regions and State government.

The Committee sees a need for increased State government responsibility for certain parts of the health and medical care system

In its work, the Committee has identified unjustifiable differences between and within regions with respect to access to certain care and treatment. The Health and Medical Services Act's provision concerning care on equal terms for the entire population needs to be better fulfilled than is currently the case, and compliance with the Patients Act needs to improve.

The Committee finds that State government responsibility for, and governance of, health and medical care needs to be enhanced in order to be able to better manage the problems identified and the challenges care is facing. The Committee deems that it is possible to change the division of responsibility between the regions and State government in other ways than a change in mandatorship. For example, it is possible for State government to assume greater system responsibility. This means expanding its responsibility for steering the content, framing and follow-up of an activity that the regions provide. It is also possible for State government to assume greater financing responsibility by providing additional or full funding for an activity, function or care area that the regions provide.

The Committee finds that State government should assume greater responsibility for a number of health and medical care areas and issues with the aim of creating better conditions for fulfilment of the Health and Medical Services Act's provision concerning care on equal terms for the entire population. Areas where State government should assume greater responsibility and thus also strengthen its governance are supply of human resources, pharmaceutical products, vaccinations, screening, forensic psychiatric care and airborne ambulance and medical transport services. This entails significantly

increased State government responsibility and substantially strengthened steering and control over these parts of health and medical care.

Supply of human resources

The Committee finds that the supply of human resources – both today and in the future – is one of the greatest sustainability challenges for the health and medical care system. Currently, every region is responsible for providing training places based on their own needs rather than collective national needs, which does not contribute to an effective system. The Committee therefore sees a need for increased national coordination and dimensioning of the training of health and medical care staff, wherein every responsible authority needs to contribute more clearly to the collective national need for health and medical care staff.

Supply of human resources is a complex issue and thus also presents challenges. The work environment plays a major role in care staff recruitment and must be improved. This means that there are no simple measures or solutions that can be tested out. In light of the importance of human resources to a sustainable health and medical care system, this issue must be prioritised, ongoing development work evaluated and proposed initiatives with broad support among health and medical care actors implemented.

The Committee proposes that State government assume greater responsibility for the supply of human resources in health and medical care. The Government should investigate specific ways to achieve this.

Pharmaceutical products

The Committee sees several strong arguments for increased State government responsibility for pharmaceutical products. At the same time, it raises many difficult questions concerning governance, funding, prioritisation, research and recommendations, and procurement of pharmaceutical products.

The Committee therefore proposes appointing an Inquiry to investigate ways in which State government responsibility for pharmaceutical products – and especially funding and overall governance – can be expanded and enhanced. The Government should also take

measures in the short term to ensure equal access to certain special pharmaceutical treatments.

Vaccination

The Committee's work has revealed unjustifiable differences between regions as regards vaccinations offered and the associated fees. The Committee's view is that access to vaccinations should not depend on where a patient lives, but rather that it should be available to the entire population on equal terms. Differences within regions should also be evened out through continuous follow-up and measures targeting groups with lower vaccination coverage.

The Committee proposes that State government should take greater responsibility for vaccinations through the national vaccination programmes.

Screening

The Committee's work has revealed unjustifiable difference between regions as regards the screening offered. The Committee's view is that access to screening should not depend on where a patient lives, but rather that it should be available to the entire population on equal terms.

The Committee proposes that State government should assume greater responsibility for screening. However, increased State government responsibility is associated with several challenges, and therefore an Inquiry should be appointed to investigate ways to achieve this.

Forensic psychiatric care

Forensic psychiatric care is a criminal penalty, and custodial and other coercive measures within forensic psychiatric care are justified by both the need for care and the protection of society.

The Committee finds that the specific nature of forensic psychiatric care in this respect justifies State government assuming greater responsibility for the care's funding, quality and content. The approach going forward should be that State government is responsible for funding all or parts of forensic psychiatric care, which must be com-

bined with clear requirements on the quality and content of care. However, the regions should continue to be responsible for providing forensic psychiatric care, as cooperation between forensic psychiatric care and other somatic and psychiatric care could be complicated by dividing responsibilities for the activities between two responsible authorities.

The Committee proposes enhancing State government's responsibility for forensic psychiatric care. As an initial step, State government should assume funding responsibility for forensic psychiatric care by reimbursing the regions for patients who receive forensic psychiatric care. The Government should also appoint an Inquiry to submit proposals on how State government system responsibility and authority, and governance of forensic psychiatric care can be developed in future with the aim of improving the care's quality and content.

Airborne ambulance and medical transport services

The regions have well-established cooperation on ambulance jets. However, the situation is different with regard to ambulance helicopters, and not all regions currently have their own helicopter operations. International cooperation in various organisations also raises questions concerning national coordination and governance of airborne ambulance and medical transport services during times of peace and in times of crisis, heightened state of alert or war.

The Committee notes that the National Board of Health and Welfare and the Swedish eHealth Agency have presented proposals on national and State government responsibility for these issues in the event of a crisis, heightened state of alert and war. The Committee deems it necessary for the Government to prepare these proposals further and also include national coordination and steering and access in peacetime situations.

The Committee finds that State governance of health and medical care needs to be enhanced and improved

The Committee considers that State governance of the regions' health and medical care needs to be enhanced and improved. On the whole, State governance of health and medical care is fragmented today, with an immense number of policy signals issued. Moreover, State governance is often shortsighted and overly detailed due to the use of temporary state subsidies and incentive funds. The regions must be given conditions for long-term planning, and their recipient capacity for State governance must be factored in. Accountability and control should be strengthened with the aim of safeguarding patient rights and guaranteeing that health and medical care legislation has a greater impact in practice.

The Committee proposes that targeted state subsidies should only be used in exceptional cases. Clearer criteria for when targeted state subsidies can be used are needed.

The Committee also proposes that State governance should focus on norms, and the number of forms of governance should be limited. An Inquiry should also be appointed to investigate how and in what areas this will be implemented.

The Committee further proposes that State government take measures with regard to the regions to ensure increased regulatory compliance and improve the position of patients. This requires better follow-up, information and knowledge about the regions' initiatives, tools such as better supervision and expanded sanctions, and information for patients about their rights and possibilities to choose in various respects.

1 Inledning

I det här kapitlet beskriver Vårdansvarskommittén uppdraget enligt direktivet (dir. 2023:73) och hur kommittén har genomfört arbetet. Vidare beskrivs utgångspunkterna i form av fyra analytiska ansvarsbegrepp som konkretiserar begreppet huvudmannaskap. Sist i kapitlet beskrivs betänkandets disposition.

1.1 Uppdraget

Vid regeringssammanträdet den 1 juni 2023 beslutade regeringen om direktivet till en parlamentarisk kommitté. Grunden för tillsättandet av kommittén finns i Tidöavtalet, en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna. I Tidö-avtalet 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.

Uppdraget var mer konkret att ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget har endast omfattat den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det har inte heller ingått i uppdraget att lämna författningsförslag.

De första delarna av sekretariatet var på plats den 1 september, ledamöterna i kommittén förordnades av regeringen den 15 september och den 18 oktober 2023 hade kommittén sitt första sammanträde och tog då namnet Vårdansvarskommittén. Kommitténs expertgrupp förordnades av regeringen den 16 november 2023 och hade sitt första möte den 15 december samma år.

Slutjusteringsmötet ägde rum den 23 april 2025. Direktivet i sin helhet återfinns i bilaga 1. Vårdansvarskommittén har haft tolv sammanträden under utredningstiden.

1.2 Genomförandet av utredningsarbetet

Kommitténs uppdrag handlar om hälso- och sjukvården, som av invånarna anses vara en av de viktigaste frågorna och som också är en central del av välfärden i samhället. Det har därför varit viktigt för kommittén att arbeta så öppet, inkluderande och transparent som möjligt under hela utredningsarbetet och att göra det i dialog med så många intressenter som möjligt i hälso- och sjukvårdssystemet.

1.2.1 Kontakter under utredningsarbetet

Under utredningsarbetet har kommittén, främst genom sekretariatet, haft möten och samtal med ett drygt 100-tal aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet, deltagit i ett drygt 40-tal seminarier, hållit möten med den politiska ledningen för samtliga sex sjukvårdsregioner och haft dialoger med tjänstemannaledningen för samtliga 21 regioner inom ramen för sjukvårdsregionerna. Kommittén har genom sekretariatet i samarbete med Karlstads universitet Samhällsnytta AB genomfört tre workshops med kommitténs expertgrupp samt med andra särskilt inbjudna experter från olika delar av hälso- och sjukvården.

Vidare har en hearing genomförts med kommitténs ledamöter och expertgrupp där ett antal forskare diskuterade demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande kopplat till huvudmannaskapsreformer. Tidigt i arbetet genomfördes en öppen konsultation där 75 aktörer lämnade in skriftliga svar och synpunkter kopplade till kommitténs uppdrag.

Inom uppdraget har också fem möten med kommitténs brett sammansatta expertgrupp genomförts och expertgruppen har löpande fått läsa och lämna synpunkter på utkast till underlagsrapporter som sekretariatet tagit fram. De beskrivna mötena, dialogerna och konsultationen har syftat till att skapa ett kvalitativt utredningsunderlag som en bas för de beskrivningar och analyser som gjorts inom uppdraget. En lista över kontakterna under utredningsarbetet

återfinns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

De kontakter som kommittén haft under sitt arbete kan grovt sett delas upp i två faser. Den första fasen syftade i huvudsak till att sondera olika aktörers syn på problem och utmaningar inom svensk hälso- och sjukvård och vad som kan uppnås med ett statligt huvudmannaskap. Den andra fasen hade fokus på att diskutera utformande, beskrivningar och genomförande av en huvudmannaskapsreform och att utveckla analyserna av möjliga konsekvenser av en sådan reform.

1.2.2 Framtagna kunskapsunderlag och kommitténs arbetsprocess

Vårdansvarskommitténs bedömningar och förslag i detta betänkande bygger på ett omfattande kunskapsunderlag som tagits fram under utredningsarbetet. Kommittén har uppdragit åt sekretariatet att låta fyra forskare ta fram underlagsrapporter. Forskarna svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer. Vårdansvarskommittén tar inte ställning till dessa. Rapporterna berör statlig finansiering och resursfördelning, administration och administrativ börda, simulering av resursfördelning samt demokratiskt ansvarsutkrävande och legitimitet inom hälso- och sjukvårdssystemet. Dessa underlagsrapporter återfinns i betänkandets volym 2.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering har genomfört litteratursökningar på uppdrag av kommittén bland annat kring kompetensförsörjningen och följsamheten till evidensbaserade riktlinjer i hälso- och sjukvården. Kommittén har genom sekretariatet haft dialog med Myndigheten för vård- och omsorgsanalys avseende myndighetens rapport om strukturreformer inom hälso- och sjukvården i de nordiska länderna samt med Statskontoret utifrån myndighetens många rapporter om förvaltningsreformer i Sverige.

Kommittén har också uppdragit åt sekretariatet att ta fram ett flertal olika promemorior med kunskapsunderlag. Dessa promemorior har arbetats in i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap, som återfinns i betänkandets volym 2.

Den egna datainsamling som kommittén genom sekretariatet gjort under utredningsarbetet har till övervägande del varit av kvalitativ karaktär.

Kommittén anser att valet att arbeta med analys och utvärdering av scenarier och arbetsprocessen har bidragit till att lyfta fram och belysa olika problembilder, möjliga sätt att ändra ansvarsfördelningen, för- och nackdelar med ett statligt huvudmannaskap och konsekvenser av en sådan förändring på ett strukturerat sätt. Detta arbete redovisas i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap som återfinns i betänkandets volym 2. Där analyseras också vilka möjliga konsekvenser som ett statligt huvudmannaskap i olika varianter kan få för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Utgångspunkten för scenarierna är att staten helt eller delvis tar över det ansvar som regionerna har i dag för att erbjuda och tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Med det samlade kunskapsunderlaget som bas har kommittén under sina sammanträden diskuterat och besvarat frågor om för- och nackdelar med statligt huvudmannaskap, dragit slutsatser och lämnat såväl bedömningar som förslag om vilka förändringar av ansvarsfördelning och styrning som bör genomföras. Detta återges i föreliggande betänkande.

Arbetsprocessen i utredningsarbetet var föremål för diskussion tidigt i kommitténs arbete. Ett alternativ som diskuterades var att kommittén tidigt skulle ta ställning till uppdragets kärnfråga om huvudmannaskapsreformer och därefter genomföra djupare analyser av ställningstagandena. Ett annat alternativ, som kommittén valde, var att låta sekretariatet utarbeta ett analytiskt ramverk och ta fram olika kunskapsunderlag som besvarar de många frågorna i direktivet. Detta vägval innebär att analysarbetet omfattade flera alternativa sätt att fördela ansvar i hälso- och sjukvårdssystemet i en bred analys, och att kommittén tog ställning till ett förändrat huvudmannaskap i ett senare skede baserat på vad analyserna visade. Konsekvenser av kommitténs vägval blev att utredningsarbetet har bedrivits brett med fokus på många olika frågor, snarare än att analysera avgränsade frågor på djupet och att såväl konsekvensanalyser som genomförandeplaner har en mer övergripande karaktär.

1.3 Utmaningar med uppdraget

En grundläggande utmaning med att besvara frågorna i kommitténs uppdrag är att det saknas sammanställd kunskap eller forskning om flera av de komplexa frågor som ingår i uppdraget. Det gäller både sambanden mellan hur hälso- och sjukvårdssystemet ser ut i dag och upplevda problem respektive vilka effekter som skulle uppstå av ett förändrat huvudmannaskap. Det saknas till stor del kunskap som gör att det går att dra säkra slutsatser om kausala förhållanden mellan sättet som hälso- och sjukvården styrs och organiseras och de styrkor och svagheter som hälso- och sjukvårdssystemet har när det gäller målpåfyllelse och funktionssätt.

Det finns inte heller någon kunskap som talar för att dagens ansvarsfördelning med 21 huvudmän är den bästa eller att det skulle finnas något optimalt sätt att organisera och fördela ansvaret i ett hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheterna från de nordiska grannländerna, som jämfört med Sverige har en starkare statlig styrning och ett större statligt ansvar, pekar i samma riktning. Kommittén har bilden av att man i dessa och andra länder med en starkare statlig styrning arbetar fortlöpande med ytterligare reformer och förändringar av hur vårdens styrs.

Även om det inte går att uttala sig om kausala samband mellan ansvarsfördelningen och systemets funktionssätt har ansvarsfördelningen och styrningen betydelse för hur systemet fungerar. Utifrån de studier som finns och den kunskap som samlats in under utredningsarbetet ser kommittén flera systemrelaterade utmaningar och utvecklingsbehov i svensk hälso- och sjukvård. Kommittén har också skapat sig en bild av hur förutsättningarna att möta dessa utmaningar och behov ser ut med nuvarande system och ansvarsfördelning. Direktivets begränsning att endast undersöka den hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för men inte den kommunala hälso- och sjukvården har dock varit en utmaning eftersom hela hälso- och sjukvårdssystemet därmed inte har kunnat analyseras.

Hälso- och sjukvården är en komplex verksamhet som utvecklas och förändras snabbt precis som omvärlden. Kommittén har valt att hantera de metodologiska utmaningar som det medför genom att beskriva och analysera ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvårdssystemet utifrån definierade ansvarsbegrepp som tillämpas genom analys av förenklade scenarier. Detta tillvägagångssätt skapar förut-

sättningar för att identifiera konsekvenser på kort och lång sikt av olika vägval, och ger en grund för att utforma lämpliga åtgärder för fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården.

1.4 Huvudmannens ansvar för hälso- och sjukvård

Begreppet *huvudmannaskap* är centralt i direktivet men begreppet definieras inte närmare där. Det finns i dag många olika bilder av vad en huvudman mer konkret har för ansvar.

Under utredningsarbetet har kommittén konkretiserat och kvalificerat innebörden av begreppet huvudmannaskap. Detta har bedömts som nödvändigt för att kommittén ska vara så tydlig som möjligt med vilka typer av ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har och vilka ansvar som därmed skulle flyttas vid en huvudmannaskapsreform. Under utredningsarbetet har kommittén därför formulerat fyra analytiska begrepp som beskriver de olika typer av ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har i dag (kommuner och regioner) men också kan ha i framtiden. De fyra ansvaren är:

- Systemansvar.
- Finansieringsansvar.
- Tillhandahållaransvar.
- Verksamhetsansvar.

Systemansvaret omfattar ansvaret för den politiska och strategiska styrningen av vården, att till exempel genom olika former av normgivning uttrycka mål, policy och riktning för utveckling. Det inkluderar vidare ett ansvar för tillsyn, uppföljning och utvärdering samt att genom processer utkräva ansvar inom systemet. Systemansvaret medför också ett ansvar för vissa systemövergripande funktioner och resurser. Det kan till exempel handla om kritisk infrastruktur, försörjningsberedskap, utbildning, nationell statistik, analys och kunskapsstöd eller andra övergripande funktioner som behövs för att hälso- och sjukvården ska kunna fungera och utvecklas.

Finansieringsansvaret innebär i den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen till exempel ett ansvar för beskattning och fastställande av vårdavgifter. Resursfördelning sker på flera olika nivåer i ett hälso- och sjukvårdssystem som en del av vårdens styrning och ledning,

men finansieringsansvaret omfattar i huvudsak den övergripande resursfördelningen.

Tillhandahållaransvaret innebär ett ansvar för att hälso- och sjukvård finns tillgänglig för befolkningen, det vill säga det ansvar för att erbjuda befolkningen vård som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det innefattar också ansvaret för att planera, organisera och dimensionera hälso- och sjukvården så att den svarar mot befolkningens behov.

Verksamhetsansvaret kan beskrivas som ansvaret att utföra hälso- och sjukvård till patienter och invånare i enlighet med uppställda mål och krav. Därmed är verksamhetsansvaret ett ansvar som den som har tillhandahållaransvaret kan välja att antingen behålla själv och bedriva vården i egen regi eller lägga ut på exempelvis privata aktörer. Om det inte är möjligt att lägga ut verksamhetsansvaret måste den som har tillhandahållaransvaret (huvudmannen) också själv ta verksamhetsansvaret.

1.4.1 Tillhandahållaransvaret är kärnan i huvudmannaskapet

Det huvudsakliga ansvaret för hälso- och sjukvården faller i dag på regioner och kommuner. Ansvaret för hälso- och sjukvården uttrycks i HSL som att regioner och kommuner är huvudmän för hälso- och sjukvård. Det finns inte någon generell rättslig definition av begreppet huvudman eller begreppet huvudmannaskap som gäller för alla aktörer och verksamheter i samhället.

Kommittén har valt att se kärnan i huvudmannaskapet som ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård, det vill säga så som begreppet i dag definieras i HSL. I nuvarande hälso- och sjukvårdssystem är det följaktligen kommunerna och regionerna som är huvudmän. Kommuner och regioner har utöver tillhandahållaransvaret också ett verksamhetsansvar för den vård som bedrivs i egen regi samt ett system- och finansieringsansvar för hälso- och sjukvården inom sina geografiska områden. Staten har i dag inget tillhandahållaransvar eller verksamhetsansvar för hälso- och sjukvård riktat direkt till befolkningen. Däremot är staten genom vissa myndigheter vårdgivare och har då verksamhetsansvar för hälso- och sjukvård, till exempel Kriminalvården och Statens institutionsstyrelse (SiS).

Staten har det övergripande systemansvaret, främst genom lagstiftningsmakten och därigenom ansvar och befogenhet att besluta om samhällsorganisationen och ansvarsfördelningen. Staten har inget formellt eller reglerat ansvar att finansiera hälso- och sjukvård men finansierar i dag cirka 30 procent av kostnaderna (inklusive kostnadsersättningen för läkemedelsförmånen). Statens finansiering genom generella och riktade statsbidrag samt kostnadsersättningar har enligt Statskontoret ökat i omfattning över tid.¹ Samtidigt menar Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) att statsbidragen i praktiken urholkas över tid då de inte är värdesäkrade, det vill säga inte räknas upp med pris-, löne- och demografiutvecklingen.²

Sammanfattningsvis är system- och finansieringsansvaret i dag till stor del delat mellan staten, regionerna och kommunerna medan tillhandahållaransvaret när det gäller vård direkt till befolkningen enbart innehas av regioner och kommuner. Verksamhetsansvaret kan som i dag ligga på kommuner, regioner, statliga myndigheter och enskilda näringsidkare (till exempel privata vårdgivare) som bedriver hälso- och sjukvård.

1.5 Utgångspunkter och avgränsningar för kommitténs arbete

I avsnittet tar kommittén avstamp i en översiktlig beskrivning av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet, för att sedan ange de olika avgränsningar som gjorts i utredningsarbetet. Avgränsningarna är i många fall angivna i direktivet och i andra fall formulerade av kommittén.

1.5.1 Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet

Vårdansvarskommitténs uppdrag omfattar det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Utgångspunkten för att beskriva vad det systemet omfattar är att Sverige är en enhetsstat med tre förvaltningsnivåer.

¹ Mer information finns i Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 – Antal, omfattning och innehåll*, s. 18. Se även Sveriges Kommuner och Regioner, hemsidan för *Sektorn i siffror*.

² Pressnyhet från Sveriges Kommuner och Regioner om statsbidrag.

Det finns en statlig nationell nivå bestående av riksdagen, regeringen och de statliga myndigheterna. Enligt 1 kap. 1 § regeringsformen, RF, (1974:152) förverkligas den svenska folkstyrelsen genom ett representativt och parlamentariskt statsskick och genom kommunal självstyrelse. Den offentliga förvaltningen omfattar även en regional och en kommunal nivå bestående av kommuner och regioner med en grundläggande kommunal självstyrelse. Portalparagrafen i kommunallagen (2017:725) stadgar att Sverige är indelat i kommuner och regioner och att varje region omfattar ett län, om inget annat är beslutat.

Ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemet i Sverige delas av staten, regionerna och kommunerna men staten är ytterst ansvarig. Regioner och kommuner är huvudmän och ansvarar därmed för hälso- och sjukvårdssystemen inom sina geografiska områden. Det nationella hälso- och sjukvårdssystemet omfattar alla dessa tre nivåer, men kommitténs uppdrag är avgränsat till den nationella och regionala nivån. Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar i dag:

- Staten, i form av riksdag, regering och ett antal statliga myndigheter.
- 21 regioner (huvudmän).
- 290 kommuner (huvudmän).
- 6 samverkansregioner/sjukvårdsregioner.
- 7 universitetssjukhus.
- 66 regionala akutsjukhus.
- Ett stort antal specialistkliniker.
- 1 100–1 200 vårdcentraler (offentliga och privata med offentlig finansiering).

Därutöver finns ett stort antal privata vård- och omsorgsgivare under såväl regionernas som kommunernas huvudmannaskap samt uppskattningsvis 4 430 tandläkarkliniker och omkring 1 450 apotek.³

³ European Observatory on Health Systems and Policies och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Sweden – Health system review*, European Observatory on Health Systems and Policies och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Sweden – Health system summary*.

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet omfattar runt 11 procent av BNP och har cirka 300 000 anställda i regionerna. Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård uppgår till omkring 400 miljarder kronor per år. Hälso- och sjukvården är således en omfattande välfärdsverksamhet med stor betydelse i samhällsekonomin och för arbetsmarknaden.⁴

1.5.2 Avgränsningar

Utifrån direktivet ska bestämmelser i RF om den kommunala självstyrelsen kvarstå oförändrad i uppdraget och i alla scenarier som analyseras. Det innebär att analyserna utgår ifrån att de uppgifter som staten genom lag ålägger kommuner och regioner även fortsatt ska skötas på den kommunala självstyrelsens grund. Även fortsättningsvis ska utgångspunkten vara att det offentliga har ett åtagande att tillhandahålla och finansiera hälso- och sjukvård i Sverige.

Det offentliga ekonomiska åtagandet för vården antas vara oförändrat i scenarierna, vilket innebär att analyserna utgår ifrån en bibehållen omfattning av den offentligt finansierade hälso- och sjukvårdens utbud. Eftersom direktivet anger att kommitténs arbete ska utgå från gällande mål och principer i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning är utgångspunkten att hälso- och sjukvården även framgent ska finansieras genom offentlig beskattning. Därmed undersöks inte försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem.

Vidare antas mål, principer och bestämmelser i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning som avser den vård som erbjuds invånare och patientens rättigheter vara oförändrade, allt enligt direktivet. Lagstiftning om vårdval och privata vårdgivare antas således vara oförändrad jämfört med i dag. Uppgifts- och ansvarsfördelning inom andra sektorer förblir också oförändrad jämfört med vad som gäller i dag liksom innebörden av vårdgivaransvaret förblir oförändrat och scenarierna utgår från att vårdgivarnivån i ett utgångsläge ska kunna se ut på motsvarande sätt som i dag. Förändringar av vårdgivarstrukturen, till exempel vad gäller antal sjukhus eller nivåstruktureringen i svensk hälso- och sjukvård, berörs inte.

⁴ Statistiska centralbyrån, SCB, (2024). Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,5 procent 2022, Statistikmyndighet från SCB, Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, avser verksamheten 2023, hämtat från hemsidan.

Enligt direktivet ska kommittén inte pröva huvudmannaskapet för den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för. Denna begränsning har gjort att utredningsarbetet fokuserats på regionerna och staten. Den kommunala hälso- och sjukvården beskrivs översiktligt eftersom den är en väsentlig del av det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Utifrån direktivets avgränsning har kommittén dock lagt fokus mest på behoven av samverkan kring patienter mellan regionernas och kommunernas hälso- och sjukvård.

Tandvården har annan organisation, annan finansiering och delvis annan lagstiftning än hälso- och sjukvården, däribland tandvårdslagen (1985:125). Samtidigt gäller till exempel patientsäkerhetslagen (2010:659) både hälso- och sjukvård och tandvård. Det pågår också en tydlig utveckling mot ökad samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, inte minst utifrån en resolution från världshälsoorganisationen WHO 2021 som innebär att munhälsa inkluderas i den globala agendan för icke överförbara sjukdomar. Det pågår också förändringar av tandvårdens uppdrag och finansiering, genom förslag från olika statliga utredningar och i regeringsuppdrag. Tandvården delar också flera av hälso- och sjukvårdens utmaningar, exempelvis gällande kompetensförsörjning.

Enligt direktivet ska kommittén särskilt beakta tandvårdens organisering, utifrån dess nära koppling till hälso- och sjukvården och liknande utmaningar som just kompetensförsörjning men också behovet av att kunna erbjuda en mer jämlik vård. Kommitténs uppdrag omfattar dock inte att analysera huvudmannaskapet för tandvården. Det har i stället Socialstyrelsen gjort som den 5 september 2024 fick i uppdrag av regeringen att analysera och beskriva konsekvenserna för tandvården och det statliga tandvårdsstödet. Uppdraget redovisades till regeringen den 28 februari 2025. Underlag från Socialstyrelsens rapport återges på flera ställen här i volym 1 och även i sekretariatets underlagsrapport om ett helt statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

Apoteken är vårdgivare och en del av hälso- och sjukvården genom uppdraget lämna ut förskrivna läkemedel och ge rådgivning om läkemedelsanvändning till patienter. Apoteken är dock inte under regionalt huvudmannaskap och undersöks därför inte närmare i uppdraget. Däremot nämns apoteken som exempel på aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet där samverkan med övrig vård är grundläggande, inte minst inom läkemedelsområdet.

Vårdansvarskommittén har inte haft i uppdrag att se över regionerna i sig eller regionernas övriga uppgifter utöver hälso- och sjukvård. Uppdraget handlar därmed inte om att genomföra en regionreform eller om att avskaffa regionerna.

Direktivet anger att kommittén ska utreda vilken form av myndighetsorganisation som krävs för att staten ska kunna utföra uppgifter som huvudman för hälso- och sjukvården, vilka kapaciteter som krävs samt att en statlig myndighetsorganisation bör följa den geografiska strukturen för samverkansregionerna. Kommittén har utifrån dessa utgångspunkter fokuserat på en organisering i form av myndigheter och inte närmare undersökt exempelvis organisering i form av statliga bolag eller liknande.

I direktivet nämns ökad effektivitet men också minskad detaljstyrning samt administrativ börda som viktiga mål. Styrningen av vården är således central. I uppdraget ligger fokus på den statliga styrningen av hälso- och sjukvården. Det har inte varit möjligt att inom ramen för uppdraget göra egna utvärderingar av effektiviteten i regionernas styrning, eller fastställa i vilken mån den statliga eller regionala styrningen tynger verksamheterna. Frågor om styrning och ökad administration behandlas däremot i Förvaltningsakademiens underlagsrapport som återfinns i betänkandets volym 2. Det har inte heller varit möjligt att inom ramen för uppdraget utvärdera i vilken mån utfallet av regionernas egen styrning motsvarar de lokala behoven och förväntningarna hos befolkningen och patienterna.

Scenarioanalyserna omfattar i princip all hälso- och sjukvård där regionerna är huvudman. Det finns dock specifika undantagna frågor som är relaterade till huvudmannaskap vid vissa typer av hälso- och sjukvård, som till exempel vård i slutna miljöer såsom kriminalvård, psykiatrisk tvångsvård och tvångsvisa placeringar hos Statens institutionsstyrelse (SiS). Sådana verksamhetsspecifika frågor behandlas inte närmare, med undantag för rättspsykiatrisk vård som behandlas som ett scenario.

Kommittéförordningen (1998:1474) ställer krav på att kommittén måste genomföra konsekvensanalyser av sina förslag. Det kravet gäller särskilt författningsförslag, vilket kommittén enligt direktivet inte ska lämna. Kommittén lämnar inga förslag om förändrat huvudmannaskap samtidigt som direktivet anger att konsekvenser av förändrat huvudmannaskap ska beskrivas. Kommittén har mot denna bakgrund valt att göra övergripande konsekvensanalyser utifrån

scenarierna för att så långt möjligt ändå besvara direktivets frågor. Dessa konsekvensanalyser redovisas närmare i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. Där finns även övergripande förslag till genomförandeplaner med tänkbara steg och uppskattad tidsåtgång för främst genomförande av ett helt statligt huvudmannaskap.

De förslag som kommittén lämnar är av en sådan övergripande inriktningskaraktär att det inte bedömts vara möjligt att genomföra djupgående konsekvensanalyser eller genomförandeplaner för dessa förslag inom ramen för kommitténs uppdrag. Det görs dock översiktliga beskrivningar av konsekvenser och av genomförandet av kommitténs förslag.

1.6 Betänkandets disposition

Vårdansvarskommitténs betänkande består av två volymer. Volym 1 innehåller kommitténs bedömningar och förslag, särskilda yttranden och bilaga (direktivet). Volym 2 utgörs av ett förord och fem underlagsrapporter.

Volym 1 Vårdansvarskommitténs bedömningar och förslag

I detta *kapitel 1* beskriver kommittén uppdraget enligt direktivet (dir. 2023:73) och hur kommittén har genomfört arbetet. Vidare beskrivs de analytiska utgångspunkterna i form av fyra ansvarsbegrepp som konkretiserar begreppet huvudmannaskap.

I *kapitel 2* formulerar kommittén sin bild av nuläget i svensk hälso- och sjukvård och formulerar sin syn på behoven av förändring. Detta baseras på kommitténs diskussioner vid sammanträden och på det samlade kunskapsunderlaget från utredningsarbetet.

I *kapitel 3* prövar kommittén fyra sätt för staten att ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården:

- Helt statligt huvudmannaskap.
- Delvis statligt huvudmannaskap.
- Utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden.

- En utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning.

Konsekvenser och genomförande av kommitténs förslag beskrivs översiktligt. Därefter följer referenser och bilaga.

Volym 2 Underlagsrapporter

Volym 2 inleds med ett förord följt av sekretariatets underlagsrapport, *Ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården – utformning, genomförande och konsekvenser*.

Därefter följer underlagsrapport 2, *Möjliga konsekvenser av ett helt- eller delvis förstärkt huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården i Sverige avseende demokrati, ansvarsutkrävande och legitimitet*, författad av professorn i statsvetenskap Bo Rothstein.

Som underlagsrapport 3 återfinns *Administration i hälso- och sjukvården, några organisationsteoretiska iakttagelser*, författad av professorn i offentlig förvaltning Anders Ivarsson Westerberg och filosofie doktorn i sociologi Daniel Castillo.

Därefter följer underlagsrapport 4, *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*, författad av docenten i nationalekonomi, Åsa Hansson.

Sist återfinns underlagsrapport 5, *Ekonomiska beräkningar och simuleringar av fördelning av resurser till regionerna*, författad av docenten i nationalekonomi, Lina Maria Ellegård.

Sekretariatet ansvarar för innehållet i underlagsrapport 1. Forskarna svarar helt och hållet för analys, slutsatser och rekommendationer i sina respektive underlagsrapporter. Vårdansvarskommittén tar inte ställning till dessa.

2 Kommitténs utgångspunkter

I kapitlet presenterar Vårdansvarskommittén sin bild av nuläget i svensk hälso- och sjukvård och formulerar sin syn på behoven av förändring. Detta baseras på kommitténs diskussioner vid sammanträden och på det samlade kunskapsunderlaget från utredningsarbetet som redovisas i betänkandets volym 2.

2.1 Hälso- och sjukvårdssystemet har många styrkor men också kända brister

Vårdansvarskommittén konstaterar att hälso- och sjukvården i Sverige presterar väl i flera dimensioner vid jämförelser med andra länder. Hälso- och sjukvårdens medicinska kvalitet är generellt sett hög även om det finns variationer. Den sjukvårdsrelaterade åtgärdbara dödligheten och skillnaden i självskattad hälsa mellan dem med långvarig sjukdom och dem som är friska är förhållandevis låg. En majoritet av befolkningen upplever att deras hälsobehov blir tillgodosedda av hälso- och sjukvården. Få invånare avstår från att söka vård på grund av kostnader eller fysiska avstånd och förtroendet för hälso- och sjukvården (särskilt dess medarbetare) är högt.

Samtidigt ser kommittén att svensk hälso- och sjukvård sedan länge har ett antal väl kända brister som bidrar till onödigt lidande, patientsäkerhetsrisker och ineffektiv användning av både personella och ekonomiska resurser. I flera avseenden presterar också hälso- och sjukvården i Sverige sämre än i andra jämförbara länder. Det handlar om ett vårdssystem där delarna inte hänger ihop tillräckligt väl runt patienten och där alldeles för många får vänta för länge på behandling och operation. Det handlar också om ett vårdssystem som erbjuder olika tillgång till behandling, diagnostik, hjälpmedel

och läkemedel beroende på var man bor i landet och socioekonomiska förutsättningar.

Vårdansvarskommittén har under utredningsarbetet gjort en historisk tillbakablick på det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Därav framgår att nuvarande ansvarsfördelning i hälso- och sjukvårdssystemet har vuxit fram under lång tid. Olika huvudmän (stat, landsting/numera regioner och kommuner) har varit ansvariga i olika perioder. Idén om att samla så många som möjligt av vårdens olika delar och verksamheter under en huvudman har varit framträdande under åtminstone de senaste 50 åren. Det var till exempel ett av argumenten för att överföra ansvaret för den öppna vården och mentalsjukvården från staten till landstingen under 1960-talet. Sist i den utvecklingen överfördes ansvaret för Akademiska sjukhuset i Uppsala och Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm till respektive landsting (nuvarande regioner) under 1980-talet.

Den bild som framträder är att landstingen tillfördes fler uppgifter inom vården därför att landstingen redan hade ansvaret för närliggande uppgifter. Inriktningen uttrycktes tydligt i hälso- och sjukvårdslagen när den först infördes 1982. Det decentraliserade ansvaret för beslut har också betonats i exempelvis revideringarna av kommunallagen (2017:725) i början av 1990-talet. Även decentraliseringen av kostnadsansvaret för receptförskrivna läkemedel år 1998 kan förstås utifrån ambitionen att integrera ansvaret för hälso- och sjukvårdens olika delar till dåvarande landstingen.

Nuvarande organisering med 21 regioner (och 290 kommuner) som huvudmän är präglad av målsättningar att skapa ett integrerat och decentraliserat ansvar för hälso- och sjukvården. Den målsättningen när det gäller vårdens övergripande organisation och ansvarsfördelning har tillkommit för att främja ett antal olika värden; anpassning av vården till lokalbefolkningens behov men också till lokala och regionala ekonomiska förutsättningar, närhet mellan verksamhet och politiska beslutsfattare, lokalt och regionalt demokratiskt inflytande och kommunal självstyrelse för att nämna några exempel. Nuvarande sätt att organisera vården har även medfört variationer över landet, till följd av såväl olika politiska prioriteringar som av olika förutsättningar och behov i befolkningen samt skillnader i professionernas praxis och sätt att arbeta.

Kommittén har i kunskapsunderlagen från utredningsarbetet sett att nationell samverkan mellan regionerna har utvecklats och

fördjupats över tid, ofta med positiva resultat. Ett konkret exempel är cancervården och därutöver kan nämnas kunskapsstyrning, nivåstrukturering och digitalisering men också samverkan inom ramen för regionernas övriga lagreglerade ansvarsområden kollektivtrafik och regionala utvecklingsfrågor.

2.2 Hälso- och sjukvården behöver förändras och förbättras

Vårdansvarskommitténs bedömning är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har många styrkor och att det över lag erbjuder hälso- och sjukvård av hög kvalitet till de flesta invånare i landet. Det decentraliserade ansvaret, det regionala och lokala demokratiska styret och den kommunala självstyrelsen skapar förutsättningar att anpassa vården till befolkningens behov, att pröva olika lösningar för att möta de utmaningar som finns och möjligheter att samverka utifrån olika utgångspunkter.

Kommittén drar dock utifrån utredningsarbetet slutsatsen att något nu behöver göras åt de områden där svensk hälso- och sjukvård inte presterar som den behöver göra och förväntas göra utifrån gällande lagstiftning men också för att bättre kunna möta framtida utmaningar och ta vara på möjligheter. Det handlar om områden där brister funnits under lång tid och där hittills genomförda insatser i form av exempelvis lagstiftning, överenskommelser, riktade statsbidrag och annan styrning inte fått avsedd effekt för patienter och invånare.

Kommittén menar att den geografiska jämlikheten över landet måste stärkas och tillgängligheten till vård måste öka. Det ska inte spela någon roll var man bor i landet utan man ska få tillgång till den behandling, den diagnostik, de läkemedel eller de hjälpmedel som man behöver på lika villkor.

Kommittén anser att effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet måste stärkas. I utredningsarbetet har fokus legat på den samlade effektiviteten, vilket avser förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens resurser, prestationer och kvalitet. Den samlade effektiviteten avgörs av en stor mängd olika faktorer på såväl systemnivå, verksamhetsnivå och den enskilde patientens vårdmöte och vårdprocess. De samlade resurserna, såväl ekonomiska som personalmässiga, både kan

och behöver användas mer effektivt än i dag. Finansieringen av hälso- och sjukvården står också inför stora utmaningar, inte minst till följd av den demografiska utvecklingen, och finansieringen av vården behöver bli mer långsiktig, hållbar och jämlik. En ökad effektivitet är också en nödvändig och viktig del i att kunna hantera dessa utmaningar med att finansiera hälso- och sjukvården.

En grund för att kunna bedriva hälso- och sjukvård är att det finns tillräckligt med personal med rätt kompetens där det behövs. Kommitténs bedömning är att det nationella perspektivet på och inflytandet över kompetensförsörjningen behöver stärkas, både när det gäller grundutbildning och när det gäller fortbildning och vidareutbildning. Vårdens ledare och verksamheter behöver göra mer för att förbättra arbetsmiljön och för att behålla den personal som finns där.

Kommittén anser att förmågan till innovation och omställning i hälso- och sjukvården behöver stärkas, i flera dimensioner. En grundläggande förutsättning för att kunna åstadkomma det är tillgång till personal med rätt kompetens. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för verksamhetsnära innovation, till exempel i primärvården och att i högre grad implementera metoder och insatser som drivits i projektform i den ordinarie verksamheten. Det handlar om att skapa bättre förutsättningar för kliniska prövningar och för verksamhetsnära forskning, som är integrerad i den ordinarie verksamheten. Det handlar om att fortsätta och stärka det som staten nu driver i form av pågående insatser för att åstadkomma bättre förutsättningar för digitalisering, semantisk och teknisk interoperabilitet och utbyte av hälsodata i ett nationellt perspektiv och om att etablera en nationell digital infrastruktur för hälso- och sjukvården.

Kommittén noterar att det pågår regeringsuppdrag till bland annat E-hälsomyndigheten och Socialstyrelsen samt till två nationella samordnare för nationell digital infrastruktur. Inriktningen för dessa uppdrag är att staten (och även EU) nu på olika sätt tar ett större system- och finansieringsansvar än tidigare i digitala frågor inklusive hälsodata med målsättningen att påverka jämlikhet, tillgänglighet och effektivitet.

Utvecklingen i omvärlden ställer ökade krav på Sverige att kunna agera som den enhetsstat Sverige är. Kommittén ser att det ställs ökade internationella krav på Sverige att agera samlat som stat inom hälso- och sjukvården. Det svenska Nato-medlemskapet är ett exem-

pel där Sverige behöver utöka bland annat vård- och transportkapaciteten samt förmågan till planering och ledning i ett nationellt perspektiv. EU-regleringen i form av den nyligen beslutade europeiska hälsodataförordningen (EHDS) börjar gälla 2027 och det pågår omfattande arbete på EU-nivå inom läkemedelsområdet. EU-lagstiftningen om EHDS, och möjligen även läkemedelsfrågan, kommer påverka svensk hälso- och sjukvård i stor utsträckning i en nära framtid. Kommittén ser att EHDS skapar ett informationsbehov som involverar både myndigheter och vården, där patienten får ett antal rättigheter som måste kunna användas och omsättas. Det här kan bidra till att stärka patientens rätt och roll om vården och myndigheter tar ett gemensamt informationsansvar.

Krav på ökad styrbarhet, planering och ledning i ett nationellt perspektiv ökar i frågor om beredskap och civilt försvar. Det pågår nu utvecklingsarbete i de här frågorna i alla regioner och via Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). Flera statliga utredningar har lämnat förslag om till exempel tydligare befogenheter för kommuner och regioner. Vidare pågår nationellt regiongemensamt arbete om den så kallade 10-punktlistan om nationell digital infrastruktur. Samtidigt ser kommittén att organiseringen genom 21 (+ 290) huvudmän för hälso- och sjukvård i vissa fall kan medföra begränsningar i Sveriges förmåga att möta sådana nationella och internationella krav.

2.2.1 Sex förbättringsmål för önskad förändring av hälso- och sjukvården

Det utredningsarbete som kommittén genomfört visar att det inte finns särskilt starka kausala samband mellan nuvarande ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården och geografiska skillnader över landet på ett generellt plan. Samtidigt ser kommittén att det i dag finns omotiverade skillnader för invånarna och patienterna i ett nationellt perspektiv.

Kommitténs bedömning är att detta inte längre är hållbart i relation till vad invånare och patienter kan förvänta sig utifrån de krav som lagstiftningen anger att hälso- och sjukvården ska leva upp till i hela landet. Det finns ytterligare områden där vården i dag inte lever upp till de nationellt politiskt beslutade målen i gällande lagstiftning. Kommittén menar därför att ansvaret för och den statliga

styrningen av hälso- och sjukvården behöver förändras för att åstadkomma bättre resultat.

Kommittén har under utredningsarbetet tagit del av befintlig kunskap om hälso- och sjukvårdssystemet, haft dialoger med en stor bredd av aktörer i hälso- och sjukvårdssystemet samt med forskare och myndigheter. Utredningsarbetet har också resulterat i delvis ny kunskap om konsekvenser av statligt huvudmannaskap. Kommittén sammanfattar behoven i form av sex förbättringsmål för hälso- och sjukvården:

1. Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet.
2. Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras.
3. En hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras.
4. Den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka.
5. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras.
6. Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas.

För patienternas skull behöver hälso- och sjukvården bli mer jämlik, tillgänglig och effektiv. Ett robust och välfungerande hälso- och sjukvårdssystem förutsätter också en hållbar och jämlik finansiering, en stabil kompetensförsörjning som möjliggör detta, en arbetsmiljö som säkrar att personal stannar kvar och attraherar nya medarbetare samt en stark förmåga till innovation och omställning för patienternas, medarbetarnas och systemets bästa. Förbättringsmålen går således in i varandra och de är i många fall ömsesidigt beroende av varandra.

I följande avsnitt beskriver kommittén sin syn på nuläget i svensk hälso- och sjukvård utifrån förbättringsmålen och med koppling till hur ansvarsfördelningen i hälso- och sjukvårdssystemet ser ut i dag.

2.2.2 Tillgången till hälso- och sjukvård av god kvalitet behöver bli mer jämlik över landet

Kommittén beskriver först hälsans bestämningsfaktorer för att sedan övergå till att resonera om jämlik hälso- och sjukvård, med särskilt fokus på geografisk jämlikhet.

Hälsans bestämningsfaktorer

Hälsa påverkas av en lång rad faktorer utanför hälso- och sjukvården, och utanför vad kommittén haft möjlighet att hantera i det här uppdraget. Detta illustreras av det folkhälsopolitiska ramverket vars övergripande mål är att åstadkomma mer jämlika livsvillkor och därmed möjligheter för en jämlik hälsa. Det övergripande målet innefattar åtta målområden som utgör hälsans bestämningsfaktorer, det vill säga faktorer på olika nivåer i samhället som påverkar hälsotillståndet hos individer. De åtta bestämningsfaktorerna för hälsa är:

1. Det tidiga livets villkor.
2. Kunskaper, kompetenser och utbildning.
3. Arbete, arbetsförhållanden och arbetsmiljö.
4. Inkomster och försörjningsmöjligheter.
5. Boende och närmiljö.
6. Levnadsvanor.
7. Kontroll, inflytande och delaktighet.
8. En jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård.⁵

Kommitténs uppdrag handlar enligt direktivet främst om den åttonde bestämningsfaktorn; hälso- och sjukvården. En av de främsta utgångspunkterna för kommitténs arbete är därför det grundläggande målet om en jämlik hälso- och sjukvård. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, ska alla invånare i Sverige ha tillgång till hälso- och sjukvård på lika villkor. När prioriteringar görs ska de patienter och grupper med störst behov ges företräde till vård och behandling.

⁵ Folkhälsomyndighetens hemsida om nationellt folkhälsomål och målområden.

Kommittén har valt att fokusera på tillgång till jämlik hälso- och sjukvård snarare än på jämlik hälsa, som bestämningsfaktorerna 1–7 ovan kan bidra till. Det huvudsakliga skälet är att jämlik hälso- och sjukvård bedömts vara mer rimligt att hantera genom direktivets frågor om struktur, ansvarsfördelning, organisering och styrning än vad jämlik hälsa är. Hälso- och sjukvården har också ett kompensatoriskt uppdrag, vilket innebär att personer med sämre hälsa ska få mer vård. Därmed ska en mer jämlik hälso- och sjukvård också över tid bidra till en mer jämlik hälsa.

Geografisk jämlikhet i fokus för kommittén

Enligt direktivet är ett av målen med att ompröva statens ansvar och styrning inom hälso- och sjukvården att förbättra förutsättningarna för patienternas rätt till hälso- och sjukvård på lika villkor oavsett bostadsort. Detta benämns i den här rapporten som en ökad geografisk jämlikhet i hälso- och sjukvården. Analyser av geografisk jämlikhet kan göras mellan regioner likväl som mellan vårdinrättningar inom regioner. Geografisk ojämlikhet kan också finnas mellan till exempel glesbygd och storstadsområden.

Utöver geografisk ojämlikhet finns också flera andra former av ojämlikhet i hälso- och sjukvården, till exempel skillnader mellan individer och grupper beroende på socioekonomiska förhållanden eller förekomst av funktionsnedsättning. Patientens rätt till en hälso- och sjukvård på lika villkor får inte heller påverkas av faktorer som kön, ålder eller etnicitet. En ojämlik vård beroende av andra faktorer än geografiska benämns i denna rapport som socialt ojämlik vård.

Utredningsarbetet har fokuserats på framför allt geografiska skillnader och i vad mån vissa av dessa skillnader kan sägas medföra en ojämlik vård. Social ojämlikhet är givetvis lika viktigt men utredningsarbetet visar att geografisk ojämlikhet sannolikt beror mer på hur vården organiseras och styrs än vad social ojämlikhet gör. Social ojämlikhet handlar förvisso indirekt om organisation och styrning, men enligt kommittén sannolikt mer om strukturella frågor och resursfördelning eller att man inte anpassat sina arbetsformer i verksamheterna till olika behov i befolkningen. Det kan till exempel handla om hur primärvården organiseras och resurssätts eller om hur man sätter patientavgifter. Det är tydligt visat att om en väl

fungerande primärvård saknas eller om avgifterna till vården höjs så ökar den sociala ojämlikheten. Detta är också faktorer som är relevanta oavsett hur den övergripande organisationen och styrningen av hälso- och sjukvården ser ut.

Socialstyrelsen har i en rapport visat att ojämlikhet är en utmaning även inom tandvården, både när det gäller munhälsan (främst kopplat till social ojämlikhet) och tillgången till tandvård runt om i landet.⁶

Jämlik hälso- och sjukvård kan vara förenlig med skillnader

Kommittén vill understryka att jämlik vård inte är detsamma som lika vård. Det betyder att vissa skillnader mellan regioner och mellan patienter kan accepteras så länge vården bedrivs i enlighet med de nationellt gällande kraven och principerna i gällande lagstiftning och så länge skillnaderna är relevanta. Exempel på skäl som kan göra skillnader legitima utan att vården kan betraktas som ojämlik är individens vårdbehov och preferenser, liksom erbjudande om alternativa likvärdiga behandlingar.

Det är när det uppstår skillnader som inte kan motiveras av relevanta omständigheter som vården kan sägas vara ojämlik. Sådana skillnader kan handla om att en person prioriteras eller bemöts annorlunda på grund av social status, kön eller funktionsförmåga eller att tillgången till läkemedel, vaccination och screening skiljer sig åt mellan eller inom regioner.

Det finns kända omotiverade skillnader i dag

Det finns ett flertal studier och analyser som visat att det finns ojämlikhet i form av omotiverade skillnader i hälso- och sjukvården och det är en både känd och viktig utgångspunkt för kommitténs resonemang. Iakttagelser från vissa av dessa studier och analyser återges här.

⁶ Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.

Exempel på social ojämlikhet

Ett exempel på skillnader i främst social jämlikhet gäller cancer som ofta upptäcks i ett tidigare stadium bland personer med eftergymnasial utbildning än bland dem med kortare utbildning. Bröstcancerpatienter med insatser enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) diagnosticeras senare än övriga bröstcancerpatienter. Bland diabetespatienter får endast hälften så många patienter med funktionsnedsättning blodfettssänkande behandling, jämfört med patienter utan en funktionsnedsättning.

Också när det gäller så kallad undvikbar slutenvård (sjukdomar och tillstånd som kan behandlas framgångsrikt inom öppna vårdformer) finns det betydande skillnader mellan lågutbildade och högutbildade individer. Motsvarande skillnader finns också när det gäller män och kvinnor, och när det gäller utlandsfödda jämfört med sverigefödda. Män och utlandsfödda har till exempel högre dödlighet i behandlingsbara sjukdomar jämfört med kvinnor och svenskfödda. En kunskapsöversikt från SKR visar att föreställningar om kön och bristande kunskap om biologiska skillnader kan leda till att kvinnor och män inte får likvärdig vård och behandling.⁷ Vidare har personer med psykisk funktionsnedsättning enligt Socialstyrelsen sämre möjlighet att få tillgång till rätt vård och behandling och ett korrekt bemötande från hälso- och sjukvården.⁸

Inom tandvården har skillnaderna mellan de som har sämst munhälsa och de som har bäst munhälsa minskat i takt med att munhälsan i befolkningen har blivit bättre. Samtidigt ser Socialstyrelsen att det kvarstår betydande skillnader i munhälsa och i tillgång till förebyggande tandvård mellan specifika grupper i samhället (bland annat utifrån socioekonomi) och i många fall förstärks skillnaderna med ökad ålder.⁹

⁷ Sveriges Kommuner och Regioner (2019), *kunskapsöversikten (O)Jämförd hälsa och vård*.

⁸ Socialstyrelsen (2023), *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – Aspekter av betydelse*.

⁹ Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.

Exempel på geografisk ojämlikhet

Kommittén ser att det i dag finns skillnader mellan och även inom regioner som är omotiverade och som enligt kommitténs uppfattning inte heller överensstämmer med vad gällande lagstiftning anger som krav på hälso- och sjukvården eller på tandvården. Även här kan cancer användas som ett exempel. Kommittén konstaterar att det finns betydande omotiverade skillnader mellan olika regioner i tillgång till vård och behandling av cancer. Dessa skillnader gör att två personer med samma sjukdomstillstånd kan få olika utredning, behandling och uppföljning beroende på var i landet de söker vård. Detta är en oacceptabel geografisk ojämlikhet som måste åtgärdas. Underlaget för kommitténs texter återfinns i betänkandets volym 2, särskilt i sekretariatets underlagsrapport om statligt huvudmannaskap.

Den geografiska ojämlikheten mellan regioner som kommittén tagit del av under utredningsarbetet rör till exempel tillgången till evidensbaserade insatser, varierande vårdutbud och behandlingsriktlinjer inom flera olika områden, tillgången till nya läkemedel och behandlingar, screening, vaccinationer (till exempel mot bältros), vårdförlopp och möjligheten att medverka i forskningsstudier. Men även tillgång till rehabilitering, habilitering, och medicintekniska produkter skiljer sig åt mellan regioner. Hjälpmedelsförskrivning är ett annat område inom rehabilitering och habilitering där det råder särskilt stor ojämlikhet avseende regelverk, sortiment, avgifter och tillgång till rätt förskrivarkompetens.

Även tillgången till läkemedel har under utredningsarbetet problematiserats ur ett jämlikhetsperspektiv, exempelvis när det gäller tillgång till läkemedel för sällsynta hälsotillstånd och när det gäller en jämlik implementering av precisionsmedicin så beror den på ett antal olika faktorer.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har pekat på att utvecklingen av precisionsmedicin ställer höga krav på vårdens infrastruktur i form av till exempel IT-system och organisering. För att potentialen med precisionsmedicin ska kunna tas tillvara pekar myndigheten bland annat på ett behov av resurser för omställning, prioriteringar och politiskt ledarskap, ökad integrering av forskning och klinisk verksamhet, mer kunskap i hälso- och sjukvården och tillgängliggörande av hälsodata. Myndigheten drog också slutsatsen att en otydlig ansvarsfördelning och styrning samt bristande natio-

nell samordning medförde brister i ändamålsenligheten och effektiviteten i införandet av precisionsmedicinen. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys såg också en risk att olika prioriteringar gällande precisionsmedicin inom ramen för det kommunala självstyret kunde leda till geografisk ojämlikhet för patienter.¹⁰

Även Vinnova har pekat på att omställningen mot precisionsmedicin ställer stora krav på nationell samordning, engagemang, nya arbetssätt och samverkan över organisationsgränser samt mellan regioner och kommuner, vilket för med sig stora strukturella utmaningar.¹¹

Utredningsunderlaget, särskilt det underlag som inhämtats från genomförda möten och den öppna konsultationen, pekar på att variationerna mellan regionerna i ovan nämnda frågor är stora och att till exempel personal och utrustning för diagnostik är olika fördelade både inom och mellan regionerna samt att tillgången till olika former av läkemedel för samma typ av patienter skiljer sig åt över landet.

Ytterligare ett exempel där det förekommer geografisk ojämlikhet är de standardiserade vårdförloppen. Dessa används till exempel inom cancerområdet där de beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas från välgrundad misstanke till start av första behandling. Ett av målen med införandet av standardiserade vårdförlopp, som implementerades 2015–2018, var att bidra till en mer jämlik cancervård och att korta väntetiderna i cancer vården. Men de regionala skillnaderna kvarstår och standardiserade vårdförlopp har visserligen strukturerat utredningsprocessen och bidragit till förbättringar men inte varit tillräckligt för att lösa problemen med långa väntetider. Det finns även stora geografiska skillnader när det gäller palliativ vård.¹²

Socialstyrelsen konstaterar att tillgången till personal och tandvårdskliniker varierar över landet. Det gör att både närheten till och utbudet av tandvårdstjänster i dag skiljer sig geografiskt mellan olika delar av Sverige.¹³

¹⁰ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården*.

¹¹ Vinnova (2023), *Acceleration mot en hållbar framtid*. Vinnovas inspel till regeringens forsknings- och innovationsproposition 2025–2028.

¹² Socialdepartementet (2024), *Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi*.

¹³ Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.

Kommittén konstaterar att den demografiska utvecklingen sätter de ekonomiska förutsättningarna och hållbarheten i finansieringen av vården under prövning i de allra flesta regioner, men i olika omfattning i olika delar av landet. Detta identifieras som ett av skälen till bristande geografisk jämlikhet, till exempel när det gäller tillgång till sÄrläkemedel och vissa andra läkemedel. Det är med största sannolikhet så att de skillnader som identifierats under kommitténs utredningsarbete inte har en enda orsak, utan det handlar om komplexa samband som leder till olika utfall.

Utöver de olika ekonomiska och budgetmässiga förutsättningarna som nämnts ovan kan olika politiska prioriteringar i regionerna bidra liksom att professioner har olika praxis och arbetssätt såväl inom som mellan regioner. Kommittén har under utredningsarbetet identifierat ett antal olika skillnader men det har inte varit möjligt att närmare undersöka orsaker till dessa skillnader i det här utredningsuppdraget.

2.2.3 Tillgängligheten till och kapaciteten i hälso- och sjukvården behöver förbättras

Enligt HSL och patientlagen (2014:821) ska hälso- och sjukvården vara lätt tillgänglig och enligt den Europeiska konventionen om skydd för de mänskliga rättigheterna har staten (Sverige) en skyldighet att skapa förutsättningar för en tillgänglig hälso- och sjukvård utifrån rätten till liv och förbudet mot tortyr eller omänsklig eller förnedrande behandling eller bestraffning.

Tillgänglighet och förtroende

Kommittén påtalar att tillgänglighet är ett mångfacetterat begrepp. Det grundläggande är att alla invånare och patienter som behöver tillgång till vård också får det. Om tillgängligheten varierar mellan grupper eller om vården i praktiken bara är tillgänglig för vissa grupper är det något som måste förändras. För att invånarna överhuvudtaget ska söka vård behöver det finnas ett förtroende för hälso- och sjukvårdssystemet och en förväntan på att patienter får vård efter sina behov. God tillgänglighet förutsätter också en effektiv samverkan mellan vårdens olika delar och en hög grad av personcentrering.

Invånarnas förtroende för den svenska hälso- och sjukvården nådde enligt Hälso- och sjukvårdsbarometern från SKR en topp under pandemiåren 2020 och 2021 (69 procent under båda åren), för att sedan minska till 62 procent 2022 och 61 procent 2023.¹⁴ År 2024 uppgav 67 procent av patienterna att de har ett stort eller ganska stort förtroende för hälso- och sjukvården i sin helhet i sin region. Det är en ökning med sex procentenheter jämfört med 2023. Över landet varierar svaren från 54 procent i region Västernorrland till 82 procent i region Jönköping.

En majoritet av invånarna, 87 procent, uppgav 2024 att de har tillgång till den vård de behöver, en ökning med tre procentenheter jämfört med 2023. Det finns variationer över landet i svaren på den frågan, från 80 procent i region Norrbotten till 92 procent i region Halland. Enligt barometern ansåg 53 procent av invånarna 2024 att väntetiderna till besök och behandling på sjukhus är rimliga. Det är en ökning med fem procentenheter jämfört med 2023. Högst är andelen i Region Jönköpings län och Region Kalmar län med 70 procent vardera, vilket är en ökning med fyra respektive två procentenheter sedan 2023. Lägst är andelen i Region Norrbotten med 40 procent. Samtidigt ansåg stora delar av befolkningen att väntetiderna i vården är orimligt långa. Bara 48 procent upplevde att väntetiderna till sjukhusvården är rimliga. Motsvarande siffror för primärvården var 67 procent, en ökning med fyra procentenheter jämfört med 2023. Högst andel som anser att väntetiderna är rimliga finns i Region Kalmar län med 84 procent. Lägst andel finns i Region Stockholm och Region Västernorrland med 61 procent.¹⁵

Ungefär två procent av Sveriges befolkning uppger att de avstått från att söka vård till följd av kostnad, avstånd eller långa väntetider. Kommittén noterar att det är en låg siffra jämfört med andra länder, vilket innebär att utifrån dessa aspekter har svensk hälso- och sjukvård god tillgänglighet. De allra flesta invånare uppger också att de har tillgång till den vård de behöver och att det är lätt att komma i kontakt med primärvården.¹⁶

¹⁴ Sveriges Kommuner och Regioner (2020, 2021, 2022, 2023), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.

¹⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.

¹⁶ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården*. PM 2022:3.

Tillgänglighet i en internationell kontext

En tillgänglig vård är ett mål som återfinns i många länders hälso- och sjukvårdssystem, men det är inte alldeles enkelt att jämföra hälso- och sjukvårdssystem i olika länder och kanske ännu svårare att jämföra tillgänglighet. Den återkommande undersökningen International Health Policy survey (IHP) som genomförs av The Commonwealth Fund skapar vissa möjligheter att jämföra över tid. En förutsättning för att vården ska uppfattas som tillgänglig är att patienter uppfattar att man blir lyssnad på och tagen på allvar. Undersökningen 2023 fokuserade på vården ur befolkningens perspektiv och den visar på flera utmaningar för Sverige.

Jämfört med andra länder har Sverige högst andel patienter som svarar att de har blivit orättvist behandlade i vården och också högst andel som känt att hälsobesvär inte har tagits på allvar av vården. I Sverige svarade 19 procent att de någon gång blivit orättvist behandlade när de besökt vården. Det är högst andel bland alla länder i undersökningen. Lägst andel har Nederländerna med sju procent. Utifrån de som besvarat undersökningen har Sverige också högst andel patienter, 38 procent, som svarat att de någon gång när de besökt vården känt att deras hälsobesvär inte tagits på allvar. Näst högst andel har USA (27 procent) och lägst har Nederländerna (16 procent).¹⁷

Den senaste IHP-undersökningen 2024 behandlar vården ur befolkningens perspektiv med fokus på personer som är 65 år eller äldre. Ett för Sverige positivt resultat är att förhållandevis få av de äldre har avstått från vård på grund av kostnaderna (patientavgifter), jämfört med övriga länder i undersökningen. Undantaget är tandvården, där Sveriges resultat är i nivå med övriga länder. Sverige har mer negativa resultat än övriga länder i undersökningen på flera punkter. Sverige har i genomsnitt sämre resultat än andra länder när det gäller väntetider. Det är vanligare att äldre patienter i Sverige upplever att de har blivit orättvist behandlade eller inte tagna på allvar än i andra länder i undersökningen. I Sverige är det mycket mindre vanligt att ha en fast läkare än i andra länder. Sveriges resultat är också

¹⁷ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv*, International Health Policy Survey (IHP) 2023. Frågan om bemötande ställdes första gången 2023 och därmed finns ingen jämförelse med tidigare år. De länder som ingick i undersökningen 2023 var Australien, Frankrike, Kanada, Nederländerna, Nya Zeeland, Schweiz, Storbritannien, Sverige, Tyskland och USA. PM 2024:3.

sämre än genomsnittet för länderna i undersökningen på alla frågor om samordning av vård.¹⁸

Tillgänglighet – kontakt med vården

En form av tillgänglighet handlar om att vården ges på ett sätt som gör att patienten kan ta till sig information och att hänsyn tas till olika funktionsvariationer som en patient kan ha. Utredningsarbetet visar på bland annat brist på kontakttolkar i de mest efterfrågade språken.

Tillgänglighet är också ett mått på hur lätt det är att komma i kontakt med vården via olika kanaler och att patienterna vet var de ska vända sig. Enligt den nationella vårdgarantin ska alla som ringer få kontakt med vårdcentralen för rådgivning och/eller tidsbokning samma dag. Andel patienter som fick kontakt med primärvården samma dag var i genomsnitt 84 procent i januari 2025. Skillnaderna mellan regioner är dock stora och varierar mellan 66 procent i region Gävleborg och region Norrbotten och 96 procent i region Kalmar.¹⁹

Patienter söker i allt högre grad råd och vård på internet, genom telefon till 1177 eller via digitala kanaler hos olika vårdgivare. E-hälsomyndigheten har till exempel undersökt invånarnas användning av digitala tjänster (appar och webbplatser som invånarna kan använda för att hantera sin hälsa). Enligt undersökningen har invånarna sedan 2019 årligen ökat sin användning av digitala tjänster, till exempel för att chatta med vårdgivare, genomföra digitala vårdbesök eller dela data med vårdgivaren. E-hälsomyndigheten lyfter också risken för digitalt utanförskap, det vill säga att grupper i samhället av olika skäl inte kan använda digitala tjänster.²⁰

I andra fall söker patienter vård direkt vid sjukhusens akutmottagningar. Här visar utredningsarbetet på stora variationer i utnyttjandet och därmed tillgängligheten beroende var man som invånare bor och socioekonomiska faktorer som utbildning och inkomst, vilket kan resultera i ojämlikhet.

¹⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre – International Health Policy Survey (IHP)* 2024. PM 2025:1.

¹⁹ Sveriges Kommuner och Regioner, *tefontillgänglighet, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.

²⁰ E-hälsomyndigheten (2024), *Undersökning om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård 2023 – Resultatrapport*.

Tillgänglighet – väntetider

Kommittén konstaterar att väntetider är den kanske mest framträdande tillgänglighetsbristen i svensk hälso- och sjukvård. Underlag i utredningsarbetet visar den bristande måluppfyllelsen av den nationella vårdgarantin och att väntetiderna är långa i Sverige jämfört med andra jämförbara länder.²¹ Nuvarande vårdgaranti är en lagstadgad rättighet som innebär att regionen ska erbjuda vård åt den som är bosatt inom regionen inom en viss tid. Primärvårdens tillgänglighet är enligt kommittén avgörande för att realisera omställningen till en god och nära vård.

Andelen patienter som har fått medicinsk bedömning inom tre dagar av legitimerad personal i primärvård låg runt 90 procent för riket i januari 2025, men i regionerna varierade det från 45 procent i region Örebro till 96 procent i region Stockholm.²² Uppfyllelsen av vårdgarantin skiljer sig också åt mellan olika legitimerade professioner. För medicinsk bedömning inom primärvården av läkare eller sjuksköterska låg måluppfyllelsen i januari 2025 generellt runt 90 procent, medan den på genomsnittsnivå varierar mer mellan andra yrkesgrupper som psykologer (49 procent), arbetsterapeuter (62 procent) och fysioterapeuter (57 procent). Även här finns variationer över landet.²³

Enligt den nationella vårdgarantin ska patienten, vid överenskommelse om remiss från primärvården till specialiserad vård, erbjudas första besök med den specialiserade vården inom 90 dagar. Det gäller även om man sökt vård med så kallad egenremiss. Efter beslut om behandling, till exempel en operation, ska patienten ges en tid för detta inom 90 dagar. Regionerna kan ha andra tidsgränser än vad som gäller enligt den nationella vårdgarantin. Dock får sådana alternativa tidsgränser bara vara kortare, de får inte vara längre.

I januari 2025 väntade 471 955 patienter inom specialistvården på ett första besök och 154 759 patienter på operation/åtgärd. Medelväntetiden till första kontakt i den specialiserade vården var 101 dagar i januari 2025 och 133 dagar till operation/åtgärd. I genomsnitt hade en knapp tredjedel av patienterna (32 procent)

²¹ Socialstyrelsen (2023), *Samlad uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete. Nationell översikt*.

²² Sveriges Kommuner och Regioner, *medicinsk bedömning i primärvården, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.

²³ Sveriges Kommuner och Regioner, *medicinsk bedömning i primärvården, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.

väntat längre än 90 dagar på ett första besök och 39 procent hade väntat längre än 90 dagar på operation/åtgärd. I januari 2025 fick således 61 procent av patienterna i genomsnitt sin operation/åtgärd inom 90 dagar. Variationerna mellan regionerna är dock stora, från 25 procent i region Norrbotten till 93 procent i region Gävleborg. Andelen väntande som fått ett första besök eller operation/åtgärd i den specialiserade vården inom 90 dagar varierade i juli 2024 från 59 till 93 procent. Variationerna är också stora mellan sjukhus inom samma region.²⁴

Tillgänglighet – data och kapacitet

Kommittén har under utredningsarbetet konstaterat att det utifrån tillgängliga data inte är helt enkelt att få en klar bild av hur stora variationerna i tillgänglighet verkligen är. Vidare kan, som tidigare nämnts, skillnader förekomma även om tillgängliga data skulle vara av hög kvalitet. Det behöver inte heller vara så att skillnaderna som syns alltid är omotiverade och därmed ett uttryck för en ojämlik vård. Såväl sjukhus som universitetssjukhus har olika utbud, innehåll och funktioner i olika regioner och de tar sinsemellan emot olika patientgrupper och utför olika sorters vård. Det finns därmed en risk att data som helt korrekt beskriver skillnader i tillgänglighet ändå kan bli vilseledande eftersom det inte går att utläsa att patienterna i verkligheten har fått tillgång till vård någon annanstans.

Vidare måste huvudmännen matcha tillgängligheten mot behoven hos invånarna. Tillgänglighet kan också handla om kapacitet och tillgång till vårdplatser. Kommittén noterar utifrån underlag i utredningsarbetet att det råder brist på vårdplatser, särskilt inom den somatiska vården och den rättspsykiatriska vården, och att detta kan innebära risker för patientsäkerheten. Här finns kopplingar till utmaningarna med kompetensförsörjningen, eftersom brist på personal begränsar tillgången till vårdplatser. Enligt Socialstyrelsen behöver antalet vårdplatser öka i 20 av 21 regioner (en ökning på mellan tre och 31 procent). Inom intensivvården menar Socialstyrelsen att antalet platser behöver utökas i 14 regioner, med mellan sex och

²⁴ Sveriges Kommuner och Regioner, *första besök respektive operation/åtgärd i specialiserad vård, Väntetider i vården*. Siffrorna avser januari 2025.

45 procent av befintligt antal.²⁵ Kommittén konstaterar utifrån dessa siffror att brist på vårdplatser är ett nationellt problem.

2.2.4 En hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården behöver säkras

Som nämnts i avsnittet om avgränsningar anger direktivet att kommitténs arbete ska utgå från gällande mål och principer i svensk hälso- och sjukvårdslagstiftning. Därmed är en av utgångspunkterna för kommittén att hälso- och sjukvården även framgent ska finansieras primärt genom beskattning. Försäkringsbaserade hälso- och sjukvårdssystem undersöks därför inte närmare.

Utgångspunkter och nuläget

Det svenska hälso- och sjukvårdssystemet finansieras i dag till största delen av huvudmännen (regioner och kommuner), genom en proportionell beskattning av invånarnas förvärvsinkomster samt (till en liten del) genom patientavgifter. Det som regioner och kommuner kan påverka genom politiska beslut är skattesatsen men inte skattebasen. För regionerna är förvärvsinkomst i dag den enda skattebasen de kan använda. Kommunerna har utöver förvärvsinkomst även fastighetsavgiften som en andra och mindre skattebas.

Regionerna finansierar i dag omkring 70 procent av hälso- och sjukvårdens kostnader genom beskattning av invånarnas förvärvsinkomster och staten knappt 30 procent (inklusive läkemedelsförmånen) genom generella och riktade statsbidrag. Den andel av finansieringen som täcks av generella och riktade statsbidrag sammantaget har ökat och skatternas andel har minskat sedan 2015.²⁶ Enligt räkenskapssammandraget för 2024 från Statistiska centralbyrån var 2024, liksom 2023, ett utmanande år för regionerna. Intäkterna fortsatte att minska och kostnaderna fortsatte att öka. Verksamhetens resultat

²⁵ Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.

²⁶ Statskontoret (2023), *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022 och Statskontoret (2023:7), Att styra de självstyrande - En analys av statens styrning av kommuner och regioner*.

(det vill säga inte bara hälso- och sjukvården) blev negativt för andra året i rad och slutade på minus 2,8 miljarder kronor.²⁷

Regionernas totala kostnader 2023 var 469 miljarder kronor, varav hälso- och sjukvård stod för cirka 400 miljarder kronor.²⁸ Förklaringar till regionernas ekonomiska resultat som beskrivits ovan är, enligt SKR, en svag ökning av skatteintäkterna och ytterligare kostnadsökningar för pensionerna som främst beror på inflationen förra året. Detta är en utveckling som pågått över tid men som nämnts var särskilt utmanande de två föregående åren, 2023 och 2024.²⁹ Resultatet var enligt Statistiska centralbyrån negativt i 16 av landets 21 regioner, vilket kan jämföras med 15 regioner året innan. Av landets regioner försämrades det negativa resultatet från 2023 ytterligare inom sex regioner, medan fem regioner hade ett positivt resultat 2024. Övriga tio regioner hade ett lägre negativt årsresultat 2024 än föregående år.³⁰

Kommittén menar att regionernas varierande ekonomiska förutsättningar, och de ökande skillnaderna i skattekraft, är en viktig grund för fortsatta resonemang om att åstadkomma en mer långsiktig, hållbar och jämlik finansiering av hälso- och sjukvården. Kommittén ser en långsiktigt hållbar finansiering av vården och en mera jämlik fördelning av de ekonomiska resurserna över landet som centrala mekanismer för att minska geografiska ojämlikheter i tillgängligheten till vård, sett i ett nationellt perspektiv.

Kommittén menar att de ekonomiska förutsättningarna och utmaningarna som samtliga regioner har sannolikt inte kan förklaras av en enda faktor eller ett enda problem. Sambanden mellan orsaker och problem är komplexa. Utredningsarbetet och det samlade underlag som kommittén tagit fram pekar på faktorer som kraftigt höjda pensionskostnader, en svag ökning av skatteintäkterna, ökade skillnader mellan regionerna samt prisökningar i kombination med höga räntor. Därtill kan nämnas att de generella statsbidragen och den kommunalekonomiska utjämningen enbart ökat marginellt i reella termer. Andra tänkbara förklaringar bakom regionernas ansträngda ekonomi är enligt utredningsunderlaget att många regioner fortfarande har en "vårdskuld" efter pandemin samt ökade kostnader för läkemedel och möjligen kvarvarande kostnader för

²⁷ Statistiska centralbyrån, statistiknyhet på hemsidan om räkenskapssammandraget för 2024.

²⁸ Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, avser verksamheten 2023.

²⁹ Sveriges Kommuner och Regioner, *Ekonomirapporten oktober 2024*.

³⁰ Statistiska centralbyrån, statistiknyhet på hemsidan om räkenskapssammandraget för 2024.

hyrpersonal. Produktivitet i hälso- och sjukvården kan mätas på olika sätt och utredningsarbetet har inte identifierat särskilt många studier på området. I en jämförande studie från 2019 konstaterades att hälso- och sjukvårdens produktivitet är lägre i Sverige än i andra jämförbara länder.³¹ Tidigare jämförelser mellan de nordiska länderna har pekat ut produktiviteten vid svenska sjukhus som lägre jämfört med Danmark, Norge och särskilt Finland. Utredningsarbetet pekar på minskad produktivitet över tid.³²

Kommittén kan utifrån utredningsunderlaget konstatera att det inte verkar finnas något uppenbart samband mellan regionstorlek och produktivitet. Bland regionerna med högst produktivitet finns både små och stora regioner. Stora regioner har alltså inte entydigt högre produktivitet än små.³³

Det bör också sägas att produktivitet inte enbart är en fråga för hälso- och sjukvården. Produktivitetskommissionen har till exempel sett att det trots mätproblem finns tydliga indikationer på att produktivitetsutvecklingen i offentlig sektor kan förbättras, bland annat när det gäller de tydliga variationer i produktion och utfall som finns mellan olika kommuner, regioner och myndigheter.³⁴

Även inom tandvården är finansiering en viktig fråga, enligt Socialstyrelsen. Det handlar där bland annat om att med hjälp av en utvecklad finansiering nå fler patienter och grupper samt om att förbättra samarbetet mellan regionerna och privata vårdgivare.³⁵

Hållbar finansiering – många utmaningar

Kommittén konstaterar att finansiell och ekonomisk hållbarhet är en avgörande fråga för hälso- och sjukvården. Utredningsarbetet visar att såväl hälso- och sjukvårdens finansiering som kompetensförsörjning utmanas av den demografiska utvecklingen och dess

³¹ Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*.

³² Kittelsen et al. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study*. HERO Working Paper, 10/2008, Oslo University.

Kittelsen et al. (2015), *Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries*. Health Economics, Dec;24 Suppl 2:140–163.

³³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården 2022*.

³⁴ Produktivitetskommissionens delbetänkande (SOU 2024:29), *Goda möjligheter till ökat välbefinnande*, s. 473.

³⁵ Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.

konsekvenser för de framtida vårdbehoven. Enligt prognoser från Statistiska centralbyrån väntas befolkningen öka i 14 län och minska i sju. Utmärkande för den framtida befolkningen är att andelen barn och unga beräknas minska medan andelen äldre i befolkningen ökar. Andelen av befolkningen som är under 25 år beräknas minska i alla län och i nästan alla kommuner mellan år 2023 och 2040. Samtidigt beräknas både antalet och andelen i åldrarna 70 år och äldre vara högre 2040 än 2023 i alla län och kommuner och det är särskilt andelen 85 år och äldre som beräknas öka.³⁶

Som framgår av docent Åsa Hanssons underlagsrapport om finansiering i betänkandets volym 2 finns det skillnader i genomsnittliga förvärvsinkomster (skattekraft³⁷) mellan regionerna och att skillnaderna har ökat över tid, särskilt sedan 2010-talet. En anledning till detta är att löneinkomsterna ökat i snabbare takt i storstäder (särskilt i Stockholm) än i mindre städer och glesbygd. Samtidigt som skillnaderna i skattekraft mellan regionerna ökat, och sannolikt kommer att fortsätta att öka, kommer troligen även kostnaderna för hälso- och sjukvård att stiga. Efterfrågan på hälso- och sjukvård tenderar att öka med inkomst och välstånd samtidigt som utbudet kommer att öka tack vare den medicinsk-tekniska utvecklingen och ökade förväntningar från befolkningen. Detta kommer att påverka regionerna på olika sätt och i olika utsträckning och troligen leda till ökade kostnader för hälso- och sjukvården, allt annat lika. Även om det i sig inte behöver leda till ökade kostnadsskillnader mellan regioner kommer de ökande kostnaderna att utmana regionerna och hälso- och sjukvårdssystemet eftersom det kräver att regionernas skatteintäkter ökar i samma takt.

Det kommunalekonomiska utjämningsystemet, som i praktiken är ett system för kommunerna och ett annat för regionerna, syftar till att skapa likvärdiga ekonomiska förutsättningar för att alla kommuner och regioner i landet ska kunna tillhandahålla sina invånare likvärdig service, oberoende av kommuninvånarnas inkomster och andra strukturella förhållanden. Utjämningsystemet har dock inte som syfte att utjämna skattekraften. Systemet har nyligen utretts av en parlamentarisk kommitté, som i sitt betänkande

³⁶ Statistiska centralbyrån (2024), *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040*. Rapport från juni 2024.

³⁷ Skattekraft är ett mått på de beskattningsbara inkomsterna per invånare i en region eller en kommun. I den nämnda underlagsrapporten är det förvärvsinkomsten enbart som undersöks.

(SOU 2024:50) lämnat ett flertal förslag om förändringar av de delar som berör regioner.

Prognoser över den demografiska utvecklingen i kombination med nuvarande sätt att finansiera hälso- och sjukvården pekar enligt kommittén på att en långsiktigt hållbar finansiering är en av de största framtidsutmaningarna för svensk hälso- och sjukvård.

2.2.5 Den samlade effektiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka

Kommittén har analyserat den samlade effektiviteten, det vill säga förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens samlade resurser, prestationer och kvalitet. I avsnittet beskrivs också styrkor och svagheter i nuvarande hälso- och sjukvårdssystem utifrån ett effektivitetsperspektiv.

Fokus på samlad effektivitet

Behovet av att öka den samlade effektiviteten och produktiviteten i hälso- och sjukvårdssystemet är ett framträdande mål i kommitténs direktiv och de förslag som kommittén lämnar ska säkerställa ett effektivt hälso- och sjukvårdssystem. Kommittén konstaterar inledningsvis att begreppen effektivitet och produktivitet är komplexa och kan definieras på flera olika sätt, men att ett mer grundläggande problem är att kunna göra analyser som täcker alla möjliga dimensioner. Det har inom ramen för kommitténs arbete inte varit möjligt att göra en fullödig analys av effektiviteten i den svenska hälso- och sjukvården. Kommittén har utgått från sekretariatets definition av effektivitet, produktivitet och systemeffektivitet som återges i sekretariatets underlagsrapport om statligt huvudmannskap i betänkandets volym 2.

Kommittén har valt att lägga fokus på den samlade effektiviteten, det vill säga förhållandet mellan hälso- och sjukvårdens samlade resurser, prestationer och kvalitet. Systemeffektivitet är således något annat och mer än till exempel effektiviteten i enskilda verksamheter, vårdkedjor eller behandlingar. Systemeffektivitet är på så sätt också mera relevant i ett övergripande statligt perspektiv. Systemeffektiviteten avgörs av en stor mängd olika faktorer på såväl systemnivå som

verksamhetsnivå inklusive den enskilde patientens vårdmöte och vårdprocess. Det finns inga enskilda mått som fångar alla aspekter av effektiviteten, men kommittén ser att det går att göra bedömningar utifrån förhållandet mellan resurser och kostnader samt måluppfyllelse och kvalitet. Bedömningarna kan också baseras på kända källor till ineffektivitet och konstaterad effektiviseringspotential.

Kommittén konstaterar att ju mer effektivt hälso- och sjukvårdssystemet fungerar, desto mer hälsa kan skapas med de tillgängliga resurserna. Den sammantagna systemeffektiviteten har därför stor betydelse för patienter, invånare och hälso- och sjukvårdens medarbetare. Att resurser används på ett effektivt sätt är också viktigt för invånarnas långsiktiga förtroende för hälso- och sjukvården och systemets långsiktiga hållbarhet.

Både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv

Utredningsarbetet visar att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet i dag uppvisar både styrkor och svagheter ur ett effektivitetsperspektiv. Kommittén ser att inom många områden är måluppfyllelsen god, i form av goda medicinska resultat och hög kvalitet. Samtidigt pekar flera analyser på att kostnaden för hälso- och sjukvård har ökat över tid och att det finns svagheter och variationer när det gäller effektivitet och produktivitet. Vidare ser kommittén att primärvården inte fungerar som avsett och inte heller i relation till den önskade omställningen till en god och nära vård. Den bristande effektiviteten visar sig också i att samverkan mellan regioner och mellan regioner och kommuner behöver fördjupas för att bättre kunna möta patienternas behov.

Kommittén ser att det finns potential att stärka såväl produktivitet som effektivitet genom fortsatt utveckling av arbetssätt, behandlingsmetoder, styrning och processer. Sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 visar att svensk vård regelmässigt rankas högt när det gäller kvalitet och utfall samtidigt som det finns en lika konsekvent bedömning när det gäller brister i effektivitet och produktivitet. I de nordiska grannländerna är erfarenheterna snarare att effektiviteten och produktiviteten utvecklats i mer positiv riktning. Kommittén menar att en ökad effektivitet och produktivitet också är en nödvändig

nyckel till att kunna hantera den ovan beskrivna ökande resurs-utmaningen i hälso- och sjukvården. Kommittén konstaterar att de samlade resurserna, såväl ekonomiska som personalmässiga, både kan och behöver användas mer effektivt än i dag.

Tandvården regleras, styrs och finansieras på andra sätt än vad hälso- och sjukvården gör. Men även i tandvården finns liknande utmaningar som i vården och som aktualiserar behovet av ökad effektivitet.³⁸

2.2.6 Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning behöver stärkas och arbetsmiljön förbättras

Kommittén beskriver i avsnittet att kompetensförsörjning av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet och även för tandvården. Variationer i tillgång till kompetens och vikten av en god arbetsmiljö behandlas också.

Kompetensförsörjningen är en grundläggande utmaning

Sverige delar utmaningarna med kompetensförsörjning med de flesta andra europeiska länder, och även med andra sektorer. Det finns också utmaningar i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet att rekrytera och behålla sjuksköterskor på sjukhus och det finns sedan lång tid en underbemanning av allmänläkare.

Kompetensförsörjning handlar om att på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. I detta ingår analys av kompetensbehov, utbildning, rekrytering, att behålla medarbetare med rätt kompetens samt hur medarbetarnas tid och kompetens används. Utredningsarbetet visar att det framöver kommer att behöva rekryteras och utbildas ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att bibehålla nuvarande åtagande. Den demografiska, teknologiska och medicinska utvecklingen driver dessutom både ett behov av nya kompetenser och kontinuerlig kompetensutveckling. Prognoser från Statistiska centralbyrån och Universitetskanslersämbetet visar att bristen på

³⁸ Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.

hälso- och sjukvårdspersonal kommer att kvarstå eller öka fram till och med år 2035. Till följd av exempelvis demografiska förändringar och pensionsavgångar väntas behoven öka särskilt av sjuksköterskor, läkare och biomedicinska analytiker. Under samma tidsperiod väntas också vårdbehoven öka.

Kommittén konstaterar att ansvaret för att säkerställa hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i dag är delat mellan regionerna som sjukvårdshuvudmän och staten i form av universitet och högskolor. Under senare år har det gjorts flera insatser för att stärka samverkan mellan berörda aktörer i kompetensförsörjningsfrågor. Det har till exempel utvecklats nya strukturer för samverkan kring kompetensförsörjning på både nationell och sjukvårdsregional nivå. Här kan det Nationella vårdkompetensrådet och dess regionala motsvarigheter nämnas.

Tillgången till hälso- och sjukvårdspersonal varierar

Kommittén har under utredningsarbetet noterat att det finns väsentliga skillnader mellan olika delar av landet när det gäller förutsättningar för kompetensförsörjning och karaktären på utmaningarna kopplat till kompetensförsörjning. Tillgången till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal har länge uppvisat stora regionala skillnader. Mer än hälften av den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen är koncentrerad till storstadslänen. Tillgången till läkare är generellt sett bättre i storstadslänen medan tillgången till undersköterskor och vårdbiträden är högre i de mer glesbefolkade länen. Antalet sjuksköterskor skulle behöva öka med omkring 5 200 anställda till 2033 till följd av demografiska förändringar. Det innebär en ökning med omkring sju procent jämfört med dagens antal anställda. Därtill kommer 17 400 sjuksköterskor att gå i pension.

Utredningsarbetet visar att störst är de geografiska skillnaderna när det gäller läkare i primärvården, från 65 till 55 per 100 000 invånare. Den ojämna fördelningen medför bland annat ett relativt stort beroende av bemanningsanställda, särskilt på landsbygden. Kommittén ser en risk att detta har negativa effekter för patienter, med mindre kontinuitet och därmed lägre kvalitet. Även fördelningen av psykologer är ojämn över landet, där 70 procent av alla psykologer bor i

fyra regioner tillsammans med 57 procent av landets invånare samtidigt som 19 av 21 regioner uppger brist på psykologer.

Liknande utmaningar med tillgång till personal och variationer över landet finns inom tandvården.³⁹

Utredningsarbetet pekar på att det inte finns en enskild orsak till bristen på personal i hälso- och sjukvården utan att det beror på flera olika samverkande faktorer. Som exempel kan nämnas för få utbildningsplatser, brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för sjuksköterskor samt tjänster för allmäntjänstgöring, specialisttjänstgöring och bastjänstgöring (AT-, ST- och BT-tjänster), hög konkurrens från andra arbetsgivare, pensionsavgångar, ökade behov och mindre antal sysselsatta till följd av demografiska förändringar. Utbildningsplatser, VFU-platser samt AT- och BT-tjänster är i dag ojämlikt fördelade över landet och regionerna finansierar dessa i olika utsträckning.

Arbetsmiljön är viktig i ett kompetensförsörjningsperspektiv

Kommittén konstaterar vidare att arbetsmiljön är en viktig fråga kopplad till kompetensförsörjningen, för att attrahera människor att arbeta i vården och för att vården ska kunna behålla de medarbetare som finns där. Utredningsarbetet visar att många läkare, sjuksköterskor och andra yrkesgrupper inom såväl den kommunala som den regionala hälso- och sjukvården i dag upplever en dålig arbetsmiljö. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor i den kommunala och regionala sjukvården har en sämre självskattad hälsa jämfört med arbetstagare på den svenska arbetsmarknaden i stort. Nästan tre av tio har symtom på arbetsrelaterad ohälsa i form av utmattning och upp emot hälften överväger att lämna sitt arbete.⁴⁰ Läkare i primärvården upplever sig också vara mer stressade än läkare i andra länder.⁴¹ I jämförelse med anställda i andra sektorer upplever hälso- och sjukvårdens anställda fler organisatoriska och sociala riskfaktorer, till exempel sämre balans mellan arbete och privatliv, mer moralisk stress, sämre stöd från chefer och en högre obalans mellan

³⁹ Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.

⁴⁰ Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal*.

⁴¹ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv*, International Health Policy Survey (IHP) 2022. Rapport 2023:1.

ansträngning och belöning.⁴² Situationen med ökande arbetsmiljöproblem bland hälso- och sjukvårdspersonal är ett globalt fenomen, men även i jämförelse med andra länder menar kommittén att arbetsmiljön i svensk hälso- och sjukvård framstår som bristande. Variationerna över landet är dock stora och det finns arbetsgivare och arbetsplatser som lyckas hantera arbetsmiljön väl.

Kommittén konstaterar utifrån ovanstående att åtgärder behöver vidtas när det gäller kompetensförsörjning och arbetsmiljö.

2.2.7 Innovations- och omställningsförmågan i hälso- och sjukvården behöver förbättras och forskningen stärkas

I avsnittet konstaterar kommittén att en ökad förändringstakt i samhället ställer höga krav på förmågan till utveckling och omställning i hälso- och sjukvården. Förutsättningarna för innovation, omställning och forskning behandlas också.

Allmänt om innovationsförmåga

Exempelvis påverkas hälso- och sjukvården av förändringar i demografi och folkhälsa liksom i befolkningens vårdbehov, förväntningar och beteendemönster. Den snabba tekniska och medicinska utvecklingen, konsekvenser av klimatförändringar samt den samhällsekonomiska och geopolitiska situationen är också exempel på faktorer som ställer krav på hälso- och sjukvårdens förmåga till innovation, omställning och utveckling.

Forskning och implementering av forskningsresultat pekas i kommitténs direktiv ut som en grund för en effektiv och modern hälso- och sjukvård och en stärkt innovations- och omställningsförmåga är ett av de områden som kommittén pekat ut som angeläget att åstadkomma förändringar inom.

Kommittén vill betona att förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation är viktiga för patienter och invånare på flera sätt. Goda och jämlika förutsättningar för klinisk forskning och kliniska prövningar är till exempel en förutsättning för att få tillgång till nya behandlingar som tillgängliggörs genom deltagande

⁴² Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal*.

i forskningsstudier. Att det finns goda förutsättningar för verksamhetsnära utvecklingsarbete och innovation menar kommittén också är nödvändigt för att vården ska kunna bedriva ett systematiskt arbete med patient- och medarbetardriven innovation och förbättring. Detta är särskilt viktigt i primärvården som ju är den vård som möter flest antal patienter. Förutsättningarna för forskning, utveckling och innovation är sammantaget mycket viktiga för hälso- och sjukvårdens långsiktiga kvalitetsutveckling och för den samlade systemeffektiviteten.

Det har inte varit möjligt att inom ramen för kommitténs arbete göra fördjupade beskrivningar eller analyser av alla frågor som är viktiga för förmåga till utveckling eller förutsättningarna för innovation och forskning. Det är omfattande och komplexa frågor.

Hälso- och sjukvårdssystemet behöver öka sin förmåga till innovation och omställning

Kommittén konstaterar utifrån utredningsarbetet att det svenska hälso- och sjukvårdssystemets förmåga kan förbättras när det gäller systemövergripande omställning och utveckling. Två vanligt förekommande exempel på detta är hälso- och sjukvårdens digitalisering och omställningen till en god och nära vård. Kommittén ser inom båda dessa områden exempel på trögheter och svårigheter att realisera önskad utveckling.

När det gäller digitalisering och nationell digital infrastruktur noterar kommittén att det pågår ett stort antal utredningar, uppdrag, nationella och internationella initiativ samt att staten har en tydlig ambition att ta ett större ansvar för frågorna. Det handlar om uppdrag som utförs av E-hälsomyndigheten, nationella samordnare och utredningar avseende interoperabilitet och hälsodataanvändning samt det nyligen beslutade europeiska hälsodataområdet EHDS som nu ska införas. Kommittén ser positivt på att staten tar ett större system- och finansieringsansvar för digitalisering och nationell digital infrastruktur. Det är något som sannolikt kommer att bidra till ökad utvecklingsförmåga i vården och kommittén ser att ett större statligt ansvar i dessa frågor också kan underlätta ett eventuellt genomförande av kommitténs förslag.

Omsättningen till god och nära vård har pågått med nationell politisk samsyn sedan 2018 och staten har hittills satsat drygt 29 mil-

jarder kronor tillsammans med SKR inom ramen för överenskomelser. Kommittén konstaterar utifrån uppföljningar som gjorts av Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys att mycket arbete pågår med omställningen men att de uppställda målen ännu inte har uppnåtts i tillräcklig utsträckning.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har till exempel noterat en bred uppslutning kring omställningens syfte och mål bland dem som arbetar i verksamheterna samt att mycket arbete pågår med att genomföra omställningen i regioner och kommuner, både på strategisk nivå och i projektform. Myndighetens sammantagna bild var dock att det fanns ett stort gap mellan vad verksamhetsföreträdare och yrkesverksamma lyfter fram som viktigt och de insatser som hittills varit i fokus för regionernas och kommunernas genomförande av reformen. Därtill kommer att primärvårdens ekonomiska resurser under den senaste femårsperioden enbart har ökat marginellt. I en majoritet av regionerna har resursandelen stått stilla eller minskat. I regionernas handlingsplaner för omställningen är det otydligt om regionerna avser att förstärka primärvårdens resurser framöver, och i så fall hur.⁴³ Kommittén noterar också att en omställning till förmån för en bättre och mera utvecklad primärvård inte är något nytt tema. Sedan tidigare finns ambitioner att stärka och utveckla primärvården, som ännu inte fullt ut realiserats.

Verksamhetsnära innovation behöver bättre förutsättningar att gå från projekt till införande

Kommittén noterar att det pågår en stor mängd innovationsprojekt runt om i landet, i hälso- och sjukvården samt på och i samverkan med lärosäten, näringsliv och civilsamhällets aktörer. En stor andel av regionerna bedriver ett systematiskt innovationsarbete. Det förefaller finnas ett stort engagemang och en stor vilja i vården, socialtjänsten och tandvården att driva förändring, vilket kommittén ser som en viktig förutsättning för innovation.

Samtidigt visar utredningsunderlaget att det finns utmaningar med att driva innovation och utveckling i dagens hälso- och sjukvårdssystem. Kommittén ser att innovationsverksamheten ofta är relativt frånkopplad den löpande verksamheten och att förutsätt-

⁴³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport*.

ningarna för att gå från tillfälliga projekt till att implementera innovationer i större skala än i dag är begränsade. Kommittén konstaterar att förutsättningarna för verksamhetsnära forskning och innovation samt för implementering av resultaten behöver stärkas.

Förutsättningarna för klinisk forskning måste förbättras, för patienternas och Sveriges skull

Kommittén bedömer utifrån kunskapsunderlag i utredningsarbetet att svensk klinisk forskning generellt förefaller hålla hög kvalitet och i flera fall mycket hög kvalitet. Samtidigt ser kommittén att förutsättningarna för klinisk forskning behöver förbättras och mer tid behöver skapas i vårdens verksamheter för att genomföra sådan forskning. Klinisk forskning behöver också i större utsträckning integreras i vårdens olika verksamheter. Det gäller inte minst i primärvården, där kunskapsutveckling och forskning har identifierats som en viktig insats för att realisera utvecklingen mot en god och nära vård. Underlag i utredningsarbetet pekar på att bättre förutsättningar för forskning i primärvården kan bidra till att öka antalet specialister i allmänmedicin och kunskapsutvecklingen inom området.

Kommittén noterar utifrån underlag i utredningsarbetet att det de senaste dryga tio åren skett en nedgång av antalet kliniska provningar som genomförs i Sverige samt att företag i högre utsträckning väljer andra länder för att genomföra sina studier. Det är en utveckling som om den inte vänds kan påverka Sveriges konkurrenskraft och få negativa konsekvenser i ett näringspolitiskt perspektiv. Kommitténs bild utifrån utredningsarbetet är att kliniska studier och kliniska provningar i hälso- och sjukvården i dag nedprioriteras och att det verkar svårt att få tid och resurser för dessa aktiviteter parallellt med hälso- och sjukvårdens kärnverksamheter. Utmaningarna med kompetensförsörjningen och brist på personal kan vara en förklaring till detta. Andelen forskarutbildade läkare minskar också stadigt och kommittén ser att det är svårt att locka sökande till förenade anställningar. Kommittén menar att det är nödvändigt att få till en utveckling där en större andel patienter medverkar i kliniska studier.

Implementering och spridning av kunskap och innovationer behöver stärkas

Utifrån kommitténs uppdrag har fokus i huvudsak lagts på de insatser som görs och kan göras på systemnivå för att stödja utveckling och innovation. En viktig aspekt av detta är system och strukturer för att skapa ny kunskap och sedan sprida kunskap och innovationer och stödja implementering.

Precisionsmedicin har sagts kunna skapa stora möjligheter för bättre behandlingar med utgångspunkt i individens genetiska förutsättningar och som något som kan komma att revolutionera hälso- och sjukvården. Kommittén ser samtidigt att precisionsmedicin utmanar hälso- och sjukvårdssystemet att öka sin förmåga till innovation. Om precisionsmedicin ska kunna erbjudas på ett jämlikt sätt menar kommittén att det kommer att behöva tas fram ny kunskap och kompetens som därefter sprids och implementeras i nya arbetsätt och rutiner samt utveckling av vårdens infrastruktur i form av till exempel IT-system och organisering. Utredningsarbetet pekar också på behov av ökad nationell samordning och samverkan mellan universitetssjukvård, akademien, myndigheter och vårdens aktörer. Vidare krävs tydligt nationellt och lokalt ledarskap samt prioriteringar av hur tillgängliga resurser används.

Kunskapsstyrningen är ett viktigt instrument för att sprida och tillgängliggöra kunskap i syfte att stimulera och stödja utveckling. Det gäller både hälso- och sjukvården och tandvården. Utredningsarbetet pekar på att systemet för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården alltjämt är under utveckling, många aktörer är inblandade och utarbetar olika former av kunskapsstöd. Det förefaller i nuläget oklart hur olika nationella riktlinjer och kunskapsstöd förhåller sig till varandra och vilka som bör vara vägledande. Detta kan försvåra för beslutsfattare och professioner inom hälso- och sjukvården att nyttja kunskapsstöden och det kan i förlängningen leda till en ojämlik hälso- och sjukvård.

Utredningsarbetet visar att det finns utmaningar med implementering av ny kunskap och att bristande följsamhet till evidensbaserade rekommendationer kvarstår. Systemet för kunskapsstyrning förutsätter att det finns evidensbaserad kunskap att föra ut och implementera. Så är dock inte fallet när det gäller precisionsmedicin. Kommittén ser därför att den nya kunskap som utvecklas inom

fältet precisionsmedicin kan behöva hanteras i andra strukturer än nuvarande kunskapsstyrning och implementeras på andra sätt än genom rekommendationer till huvudmännen.

Kommittén konstaterar att ett fortsatt arbete för att utveckla den nationella kunskapsstyrningen är angeläget och att precisionsmedicin sannolikt behöver hanteras på andra och mer styrande sätt när det gäller implementering.

2.3 Kommitténs sammanfattande slutsatser

Kommitténs sammanfattande slutsats från utredningsarbetet är att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet behöver ges bättre förutsättningar att kunna leverera det som lagstiftningen anger och som invånarna och patienterna därmed kan förvänta sig. Kommittén har valt att se på sitt uppdrag som att man mot denna bakgrund bör undersöka om nuvarande ansvarsfördelning och organisering av den svenska hälso- och sjukvården kan behöva förändras för att i högre grad nå de mål som anges i gällande lagstiftning och möta nya krav från omvärlden.

En utgångspunkt för kommittén är att det nationella och statliga perspektivet på och ansvaret för hälso- och sjukvården behöver stärkas liksom även statens styrning av vården. Samverkan på nationell nivå mellan regioner är viktigt och det behöver utvecklas löpande, men kommittén menar att det inte kommer att räcka till för att i grunden åstadkomma de förändringar som behövs.

Kommittén anser därför att staten behöver ta en mer framträdande roll och ett större ansvar än hittills i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Detta kan ske på flera olika sätt.

2.3.1 Staten behöver ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården

Kommittén har under utredningsarbetet, vilket också nämns ovan, formulerat fyra övergripande ansvarsbegrepp för att ringa in det ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har; systemansvar, finansieringsansvar, tillhandahållaransvar och verksamhetsansvar. Det har också beskrivits att kärnan i huvudmannaskapet är tillhandahållaransvaret. Kommitténs uppfattning är att det som benämns ett

statligt huvudmannaskap innebär att ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård till invånarna flyttas från regionerna till staten, helt och hållet eller för delar av vården. Att göra detta är att göra en huvudmannaskapsreform. Om tillhandahållaransvaret flyttas finns det starka skäl till att också flytta systemansvaret och finansieringsansvaret. Det är logiskt att den som tillhandahåller en tjänst till invånarna också har ansvar för att styra och finansiera tjänsten.

Kommittén ser också att det är möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten på andra sätt än att överföra huvudmannaskapet och därmed tillhandahållaransvaret. Det är till exempel möjligt för staten att ta ett större systemansvar, i form av att ta över ansvaret för att styra innehållet i och utformningen av en verksamhet som regionerna tillhandahåller. Det är också möjligt för staten att ta ett större finansieringsansvar, i form av att i större utsträckning eller fullt ut finansiera en verksamhet, en funktion eller ett vårdområde som regionerna tillhandahåller. Detta är utifrån de fyra övergripande ansvarsbegreppen inte en förändring av huvudmannaskapet men en tydlig förändring av ansvarsfördelningen.

Staten kan också utveckla och stärka sin styrning av hälso- och sjukvården utan att ansvarsfördelningen mellan stat och regioner förändras alls. Det kan handla om vilken typ av styrning som används och hur olika styrmedel utformas.

I kapitel 3 prövar kommittén mot denna bakgrund fyra sätt för staten att ta ett större ansvar för hälso- och sjukvården, i form av;

- Ett helt statligt huvudmannaskap.
- Ett delvis statligt huvudmannaskap.
- Ett utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden.
- En utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning.

3 Kommitténs bedömningar och förslag

Vårdansvarskommittén har enligt direktivet (dir. 2023:73) haft i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget har endast omfattat den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. Det har inte heller ingått i uppdraget att lämna författningsförslag. Kommittén ska bland annat

- 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 medarbeters 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 detta kapitel presenterar kommittén sina bedömningar och förslag av helt respektive delvis statligt huvudmannaskap, utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden samt en utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning.

3.1 Kommitténs bedömning av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommitténs bedömning: Svensk hälso- och sjukvård har god medicinsk kvalitet och står sig väl på många sätt i internationella jämförelser. Samtidigt finns det förbättringspotential kring hälso- och sjukvårdens måluppfyllelse, bland annat gällande tillgänglighet och geografisk jämlikhet i utbud av vård och behandling.

Kommittén har utifrån flera aspekter analyserat hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården. Några av de aspekter som har undersökts är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet, kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga. Kommitténs analyser visar att det finns tänkbara för- och nackdelar både med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En entydig slutsats med säkra kausala samband går inte att dra utifrån underlagen eller tidigare erfarenheter.

Kommittén bedömer att en huvudmannaskapsförändring kan innebära både risker och möjligheter. En så omfattande och genomgripande förändring finns det inte ett brett parlamentariskt stöd för. Kommitténs ledamöter värderar de väntade fördelarna och nackdelarna med ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården olika.

Ledamöterna från S, M, V, C, MP och L ser att det saknas underlag som pekar på att ett helt statligt huvudmannaskap skulle leda till förbättringar, samt att det finns stora risker och höga genomförandekostnader och gör därför bedömningen att en sådan förändring inte bör genomföras. Ledamöterna från SD och KD bedömer att underlaget ger stöd för att det finns starka skäl och behov av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

3.1.1 Skälen för kommitténs bedömning

Ett helt statligt huvudmannaskap innebär att staten tar över ansvaret för all hälso- och sjukvård som regionerna ansvarar för i dag. Staten har då systemansvaret, finansieringsansvaret, tillhandahållaransvaret, och verksamhetsansvaret när det gäller offentligt drivna verksamheter, för hälso- och sjukvården. Regionerna har inte kvar något ansvar alls för hälso- och sjukvården, medan kommunernas ansvar kvarstår oförändrat jämfört med i dag.

Vårdansvarskommittén har undersökt möjliga effekter av ett helt statligt huvudmannaskap med hjälp av scenarioanalys och utifrån ett flertal aspekter. Det finns ett stort antal mål, värden och perspektiv som behöver beaktas i en analys av vilka konsekvenser ett statligt huvudmannaskap kan få på kort och lång sikt för invånare, patienter och medarbetare. Det samlade kunskapsunderlaget och den utförliga analysen av ett helt statligt huvudmannaskap finns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. I följande avsnitt återges kommitténs sammantagna slutsatser om för- och nackdelar med ett helt statligt huvudmannaskap.

Svårt att dra säkra slutsatser om hur patienter och invånare påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap

Kommittén konstaterar utifrån det samlade kunskapsunderlaget att det inte med säkerhet går att förutsäga hur patienter och invånare skulle påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. En orsak till det är att det resultat som skapas för patienter beror av många samverkande faktorer som bara delvis kan förutsägas eller påverkas av en organisationsförändring. Utfallen för patienter och invånare beror på vad staten faktiskt beslutar om och gör inom ramen för sitt huvudmannaskap och på flera faktorer i omvärlds- och samhällsutvecklingen.

Det är inte heller klarlagt i vilken utsträckning de identifierade problemen med exempelvis tillgänglighet och jämlikhet beror på nuvarande ansvarsfördelning i, och styrning av, hälso- och sjukvården. Kommittén menar att det därför är svårt att med någon större säkerhet säga att de fördelar som kan finnas med centralisering av styrning, finansiering och organisation skulle lösa de problem som

patienter och invånare möter, till exempel långa väntetider och geografiska skillnader i tillgång till vård. Kommittén konstaterar omvänt att det inte heller går att dra slutsatsen att nuvarande ansvarsfördelning skulle vara den enda eller viktigaste förklaringen till de styrkor som det svenska hälso- och sjukvårdssystemet uppvisar.

Ökad tillgänglighet till vården, främst i termer av kortare väntetider, var ett övergripande mål för sjukhusreformen i Norge 2002 och för strukturreformen i Danmark 2007. Vilken tidsperiod och vilka jämförelsepunkter som väljs för att mäta väntetiderna påverkar vilket resultat som kan uppvisas. Åren efter reformerna kortades väntetiderna till både den specialiserade vården och primärvården, för att under och efter pandemin öka igen.⁴⁴ I till exempel Norge var den genomsnittliga väntetiden för patienter som remitterats till somatisk sjukvård 74,6 dagar år 2023.⁴⁵ Precis som i Sverige finns det utmaningar i båda dessa länder som påverkar tillgängligheten till vård, till exempel brist på allmänläkare i primärvården och svårigheter med kompetensförsörjningen. Det är svårt att direkt koppla utvecklingen av tillgängligheten till de centraliseringsreformer som genomförts.

Det samlade politiska ansvaret som ett statligt huvudmannaskap medför kan göra hälso- och sjukvårdssystemet och ansvarsfördelningen enklare att förstå för invånarna. En tydligare ansvarsfördelning kan också ha fördelar i relation till det politiska ansvarsutkravandet eftersom det skulle vara mer tydligt vilken nivå som bär det fulla politiska ansvaret för hälso- och sjukvården.

Samtidigt ser kommittén att ett statligt huvudmannaskap också innebär att den enskilde invånaren får längre avstånd till ansvariga politiker och till såväl ledning som beslutsfattare i myndighetsorganisationen. Vid ett statligt huvudmannaskap skulle de politiska prioriteringarna för hälso- och sjukvården ytterst beslutas av riksdagen, genom lagstiftning och budgetbeslut. Även regeringen skulle ha stort inflytande över hälso- och sjukvården om denna skulle styras via myndigheter och genom den statliga budgetprocessen.

⁴⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (PM 2024), *Strukturreformer i Norden Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland*. PM 2024:4. Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Utblick Norge – En belysning av den norska sjukhusreformen 2002*.

⁴⁵ Helsedirektoratet (2025), *Sykehusopphold – ventetid påbegynt helsehjelp*. Information på Helsedirektoratets hemsida.

De regionala behoven skulle representeras politiskt av 349 riksdagsledamöter i stället för av drygt 4 500 förtroendevalda i regionerna varav drygt 1 700 i 21 regionfullmäktige. Kommittén bedömer att det därför finns en risk för en minskad representation av olika lokala och regionala behov och perspektiv i hälso- och sjukvårdspolitiken. Väljarna kan i mindre utsträckning identifiera sig med sina politiska företrädare i hälso- och sjukvårdsfrågor eftersom den gruppen riskerar att spegla befolkningen i mindre utsträckning.⁴⁶ Detta innebär att beslut om sjukvården i lägre utsträckning skulle bygga på beslutsfattarnas kännedom om lokala perspektiv och förutsättningar. Ett statligt huvudmannaskap skulle också skapa andra förutsättningar för styrning genom beslut från tjänstemän och styrning genom professioner.

Direkta konsekvenser för hälso- och sjukvårdens medarbetare, men osäkra för- och nackdelar på längre sikt

I likhet med effekterna för patienter ser kommittén att det finns flera osäkerhetsfaktorer i analyserna av hur hälso- och sjukvårdens medarbetare skulle påverkas av ett statligt huvudmannaskap. Vad som kan konstateras är däremot att hälso- och sjukvårdens medarbetare kan komma att påverkas förhållandevis mycket av genomförandet av en huvudmannaskapsreform. Erfarenheter från liknande reformprocesser visar till exempel att stora organisatoriska förändringar ofta utgör en utmaning ur ett arbetsmiljöperspektiv.

En konkret förändring för den offentligt anställda hälso- och sjukvårdspersonalen skulle vara att de med ett statligt huvudmannaskap får en annan arbetsgivare. Det finns vissa skillnader mellan att vara statligt och regionalt anställd, men exakt hur hälso- och sjukvårdspersonalens villkor skulle utvecklas är svårt att förutsäga. Det är till viss del upp till lagstiftaren att avgöra hur villkor för statligt anställd hälso- och sjukvårdspersonal ska regleras, men också en fråga för förhandling mellan parterna på arbetsmarknaden.

Kommittén har inte funnit något tydligt stöd för att en statlig huvudman på något avgörande sätt har bättre förutsättningar än regionerna att bidra till förbättrade arbetsvillkor eller en förbättrad

⁴⁶ Ytterligare kunskap och resonemang finns i professor Bo Rothsteins underlagsrapport *En förstatligad hälso- och sjukvård? Konsekvenser avseende demokrati, legitimitet och ansvarsutkrävande* som återfinns i betänkandets volym 2.

arbetsmiljö i hälso- och sjukvården. Samtidigt finns inte heller något som pekar på att staten skulle vara en sämre arbetsgivare eller att arbetsmiljön skulle försämrats ytterligare, med undantag för de risker som är förknippade med att genomföra en stor organisationsförändring.

Ytterligare en konsekvens av ett helt statligt huvudmannaskap vore att det skulle finnas en (eller ett antal, beroende på hur den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen skulle se ut) offentlig arbetsgivare i stället för 21. Kommittén ser att det kan finnas både fördelar och nackdelar med detta, men en nackdel som framkommit är att det då bara finns en offentlig aktör som efterfrågar personal och att detta exempelvis kan leda till en sämre löneutveckling. Den konkurrens som i dag finns mellan regionerna när det gäller personal kan alltså till viss del vara en fördel ur ett medarbetarperspektiv.

Det är inte givet att en huvudmannaskapsreform skulle behöva påverka arbetsuppgifter och roller för det stora flertalet medarbetare, men förändringar skulle sannolikt ske i de högsta chefsleden och i den interna styrningen och ledningen, eftersom 21 olika hälso- och sjukvårdssystem ska föras samman till ett (eller ett antal färre och större geografiska enheter än i dag beroende på hur den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen skulle se ut). Även om utgångspunkten är att vårdorganisationen till stor del ska kunna se ut som den gör i dag, skulle en huvudmannaskapsreform på sikt med stor sannolikhet också leda till förändringar i vårdorganisationen. Detta eftersom uppgifts- och arbetsfördelning behöver utvecklas inom större geografiska enheter. Sådana förändringar behöver på längre sikt inte vara negativa för medarbetare, men det är svårt att förutse effekterna på förhand.

Lärdomar från tidigare centraliseringsreformer

Kommittén konstaterar att det inte finns någon nuvarande statlig verksamhet i Sverige som motsvarar hälso- och sjukvården i omfattning, varken om man utgår från verksamhetens kostnader eller antal anställda. Antalet anställda inom regional hälso- och sjukvård är i dag fler till antalet än medarbetarna på alla statliga myndigheter tillsammans. Om ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle organiseras i en statlig enmyndighet skulle den

bli den största statliga myndigheten i Sverige och vara ungefär tio gånger större än Polismyndigheten som är den största myndigheten i dag.

Tidigare enmyndighetsreformer i Sverige visar att en centraliserad struktur ger andra förutsättningar för en enhetlig styrning och uppföljning av verksamheten, det blir enklare att omfördela resurser över landet och flytta uppgifter inom organisationen. Koncentration av vissa administrativa funktioner kan också vara kostnadsbesparande. Samtidigt finns det risk för många och ibland motstridiga styrsignaler inom stora myndigheter med flera chefs- och beslutsnivåer och långa styrkedjor. Problemet uppstår om den interna styrningen inte är samordnad och om olika avdelningar därför förmedlar olika budskap, exempelvis om vad som ska prioriteras inom myndigheten. Vidare visar de erfarenheter från andra sektorer som inhämtats under utredningsarbetet att förutsättningarna att åstadkomma ökad jämlikhet inte nödvändigtvis är bättre i en statlig myndighetsorganisation. Det är, vilket bland annat Statskontoret beskrivit i flera rapporter, vanligt att stora myndighetsorganisationer med långa styrkedjor har utmaningar med att hitta en balans mellan central styrning och lokalt inflytande.

Kommittén ser därmed en risk att vissa aspekter av ojämlikhet som präglar dagens förvaltningsmodell med 21 regioner sannolikt skulle kvarstå i en statlig myndighetsorganisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Tidigare centraliseringsprocesser av myndigheter inom olika politikområden i Sverige och lärdomar från centraliseringsreformer av hälso- och sjukvården i de andra nordiska länderna visar också att det kan vara svårt att utvärdera organisationsreformers påverkan på komplexa utmaningar som till exempel kompetensförsörjning.

I Danmark, Finland och Norge har det genomförts olika centraliseringsreformer av hälso- och sjukvården där staten har tagit ett större ansvar för finansiering, styrning och planering. Hälso- och sjukvården har utvecklats positivt på flera sätt i de berörda länderna, till exempel har tillgängligheten till vård och produktiviteten förbättrats. Men det är svårt att direkt koppla utvecklingen till reformerna. Danmark och Norge har mer centraliserade hälso- och sjukvårdssystem än Sverige, dessa länder har delvis liknande utmaningar med jämlikhet som Sverige har och varken den geografiska eller sociala jämlikheten förefaller ha påverkats i någon större ut-

sträckning av de strukturreformer som dessa länder genomfört av sina hälso- och sjukvårdssystem. Såvitt kan bedömas gäller detta även Finland som genom sina välfärdsområden har en mer decentraliserad struktur för tillhandahållandet av vård men en mer centraliserad ordning för finansieringen.

Tänkbara för- och nackdelar med ett helt statligt huvudmannaskap ur ett styrnings- och systemperspektiv

Ett helt statligt huvudmannaskap innebär flera olika typer av förändringar jämfört med nuvarande ordning när det gäller hälso- och sjukvårdens styrning, finansiering och organisatoriska förutsättningar. Dessa förändringar kan betraktas som antingen fördelar eller nackdelar beroende på utgångspunkter och perspektiv. Nedan listas några av de förändringar som kommer med ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården:

- Ett samlat och mer centraliserat politiskt ansvar skapar förutsättningar för en mer enhetlig politisk styrning av hälso- och sjukvården i hela landet och minskad variation i politiska prioriteringar. Detta är en direkt konsekvens av att politiska beslut och prioriteringar gällande hälso- och sjukvård sker från färre nivåer och av färre aktörer jämfört med nuvarande ordning.
- Vid ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behöver riksdagen, och framför allt regeringen, Regeringskansliet och ett flertal statliga myndigheter, utöka och utveckla sina kapaciteter, förmågor och organisationer för en styrning av hälso- och sjukvården som skiljer sig väsentligt mot den nuvarande nationella styrningen. Den politiska styrningen av hälso- och sjukvården kan mer komma att likna den politiska styrningen som finns i dag av till exempel polisen och försvarsområdet.
- Kännedomen om, och förståelsen för, lokala och regionala behov och förutsättningar kan i mindre utsträckning än i dag säkerställas via politisk representation. De politiska besluten skulle ske på längre avstånd från medborgarna och lokala perspektiv och behov behöver därför i högre utsträckning än i dag kunna säkerställas genom en tjänstemannaorganisation.

- Ett statligt huvudmannaskap innebär att avståndet mellan verksamheter och ledning/beslutsfattare ökar jämfört med nuvarande ansvarsfördelning. Den operativa styrningen av hälso- och sjukvården behöver alltså i högre utsträckning än i dag ske genom en tjänstemannaorganisation, eftersom riksdagen eller regeringen inte skulle kunna fatta beslut på en så pass operativ nivå som regionernas fullmäktige och nämnder gör i dag. Det ger ett annat utrymme för styrning av vården genom tjänstemän och professioner.
- Ett samlat och centraliserat politiskt ansvar innebär en ökad grad av maktkoncentration jämfört med i dag, både politiskt i form av att den politiska makten över hälso- och sjukvården koncentreras till riksdagen, men också i förvaltningen om en enmyndighetslösning väljs för tjänstemannaorganisationen. Det innebär å ena sidan en ökad tydlighet jämfört med i dag om hur ansvarsfördelningen i vården ser ut, men också en minskad riskspridning. När de beslut som fattas direkt gäller hela landet blir konsekvenserna större om de inte fungerar som tänkt jämfört med om någon eller några regioner provar lösningar som inte fungerar som tänkt.
- Ett nationellt perspektiv och beslutsfattande skulle kunna underlätta beslut om att förändra hälso- och sjukvårdsstrukturen och öka effektiviteten genom koncentration och nyttjande av stordriftsfördelar i vårdorganisationen. Sådana förändringar kan leda till ett mer effektivt resursutnyttjande, men kan också betraktas som en nackdel eller risk i förhållande till närheten till vård och lokalsamhällens förutsättningar och utveckling. Vid ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården behöver det finnas en tanke om hur balansen mellan central styrning och lokal anpassning ska se ut och hur sådana avvägningar ska göras.
- Om hela regionernas ansvar för hälso- och sjukvården skulle överföras till staten, utan att regionerna tillförs nya eller andra ansvarsområden, är det svårt att se att regionerna som politisk nivå på sikt skulle kunna finnas kvar. Om regionerna inte skulle finnas kvar skulle antalet aktiva förtroendevalda i Sverige minska kraftigt och de politiska partiernas, och därmed demokratins, förutsättningar skulle förändras på ett betydande sätt.

Genomförandet av en huvudmannaskapsreform skulle bli kostsamt, tidskrävande och kan tränga undan annat utvecklings- och reformarbete

Kommitténs analyser av vad som skulle krävas för att genomföra en huvudmannaskapsreform visar att det skulle vara både en tidskrävande och kostsam process. En övergripande genomförandeplan med möjliga steg och en uppskattad tidsåtgång för att genomföra reformen finns redovisad i sekretariatets underlagsrapport om ett helt statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2.

I ett första steg behöver ett flertal större frågor utredas närmare. Det gäller till exempel förberedelser för rättsliga reformer som en bred genomlysning av hälso- och sjukvårdslagstiftningen. Det gäller också förberedelser för och ställningstaganden till en skatteväxling och formerna för en statlig finansiering av vården. Vidare behöver organisatoriska frågor analyseras närmare och beslut fattas om, och förberedelser göras inför, den nya myndighetsorganisationen och eventuella förändringar av befintlig myndighetsorganisation. Förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter behöver ske när det gäller personalens verksamhetsövergång och det behöver göras närmare utredning av formerna för överlåtelse av fastigheter, annan vårdinfrastruktur och tillgångar. Förberedelsen av förändringen kommer ta såväl resurser, tid, uppmärksamhet och personal i anspråk i såväl staten som regionerna, och även kommunerna när nya samverkansformer ska upprättas, under en längre tid.

Det går att göra något mer säkra bedömningar av hur stora kostnaderna för en huvudmannaskapsreform skulle bli på kort sikt än vad det går att bedöma hur stora vinsterna skulle kunna bli på längre sikt. Möjligheterna att realisera vinsterna beror på vilka politiska beslut som fattas i samband med, och efter, en reform av huvudmannaskapet och hur dessa beslut implementeras.

Sammantaget innebär detta enligt kommittén att genomförandekostnaderna för en huvudmannaskapsreform är höga och att genomförandet av en huvudmannaskapsreform kan få undanträngningseffekter på annat utvecklings- och reformarbete. Det kan inte heller uteslutas att genomförandet kan komma att få negativa konsekvenser för patienter, till följd av minskad produktivitet och effektivitet i en övergångsfas som till exempel kan påverka tillgängligheten och kapaciteten negativt.

Sammanfattande bedömning av helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Ett statligt huvudmannaskap skulle sannolikt vara en effektiv lösning på problem som beror på att den svenska hälso- och sjukvården i dag styrs från flera politiska nivåer och att ansvaret är utspritt mellan regionerna. Kommitténs analyser visar att det finns problem som kan härledas till dagens flernivåstyrning, bland annat viss otydlighet i ansvarsfördelningen, men det finns samtidigt ett förhållandevis svagt stöd för att decentraliseringen och flernivåstyrningen skulle vara den enda eller den viktigaste orsaken till de utmaningar, med exempelvis tillgänglighet och jämlikhet, som drabbar patienter och invånare eller skapar en bristfällig arbetsmiljö för hälso- och sjukvårdens personal. Det går därmed att dra olika slutsatser om för- och nackdelar med dagens ansvarsfördelning likväl som om vilka förändringar ett statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården skulle kunna innebära.

Sammantaget bedömer kommittén att genomförandekostnaderna för en huvudmannaskapsreform kan bli höga och att genomförandet av en huvudmannaskapsreform kan få undanträngningseffekter på annat utvecklings- och reformarbete. Det kan inte heller uteslutas att genomförandet kan komma att få negativa konsekvenser för patienter, till följd av minskad produktivitet och effektivitet i en övergångsfas som till exempel kan påverka tillgängligheten och kapaciteten negativt.

3.2 Kommitténs bedömning av ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården

Kommitténs bedömning: Kommitténs analyser visar att det finns flera svårigheter och risker med att dela upp tillhandahållansvaret för hälso- och sjukvårdssystemets olika delar mellan staten och regionerna.

Om staten skulle bli huvudman för exempelvis den specialiserade hälso- och sjukvården eller primärvården skulle detta i praktiken innebära komplexa gränsdragningar gentemot andra delar av hälso- och sjukvården som regionerna är fortsatt huvudmän för. Dels för att hälso- och sjukvården i praktiken är inte-

grerad och ömsesidigt beroende, dels för att hälso- och sjukvårdsstrukturen ser olika ut i olika regioner.

I ett hälso- och sjukvårdssystem med tre huvudmän finns risk för nya samverkansutmaningar och gränsdragningar som inte skulle medföra positiva effekter för patienterna. Kommittén avråder därför från ett delvis statligt huvudmannaskap med innebörden att dela tillhandahållaransvaret för hälso- och sjukvården mellan kommunerna, regionerna och staten.

3.2.1 Skälen för kommitténs bedömning

Enligt kommittén är tillhandahållaransvaret det mest centrala ansvar en huvudman för hälso- och sjukvård har. Att analysera olika scenarier för delvis statligt huvudmannaskap innebär därför att undersöka olika varianter där staten har tillhandahållaransvar för olika vårdområden inom hälso- och sjukvården och regionerna för andra. De scenarier som kommittén har analyserat är:

1. Statligt huvudmannaskap för specialiserad hälso- och sjukvård, i fyra undervarianter:
 - Statligt huvudmannaskap för all specialiserad hälso- och sjukvård.
 - Statligt huvudmannaskap för universitetssjukvård.
 - Statligt huvudmannaskap för universitetssjukhus.
 - Statligt huvudmannaskap för nationell högspecialiserad vård.
2. Statligt huvudmannaskap för primärvård.
3. Statligt huvudmannaskap för rättspsykiatrisk vård.
4. Statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening.
5. Statligt huvudmannaskap för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

I avsnitten nedan presenteras de huvudsakliga dragen i kommitténs analys av delvis statligt huvudmannaskap. Mer information och ingående analyser finns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. Sammantaget ser

kommittén att det finns fler tänkbara och större nackdelar och risker än fördelar med ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården och avråder därför från en sådan reform.

Ett delvis statligt huvudmannaskap riskerar att fragmentisera hälso- och sjukvårdssystemet

Kommittén anser att samtliga scenarier för ett delvis statligt huvudmannaskap medför nya problem när det gäller styrningen och hälso- och sjukvårdssystemets funktionssätt, särskilt avseende hur samverkan ska gå till mellan de tre huvudmännen i hälso- och sjukvårdssystemet, det vill säga staten, regionerna och kommunerna. I jämförelse med att genomföra ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården framstår ett delvis statligt huvudmannaskap som mindre kostsamt att införa eftersom konsekvenserna för samhällsorganisationen inte blir lika stora och riskerna med en ökad maktkoncentration inte är lika påtagliga. Samtidigt menar kommittén att det inte finns några uppenbara fördelar med att genomföra sådan reform, och risken är att hälso- och sjukvårdssystemet blir än mer fragmentiserat med tre huvudmannaskapsnivåer.

Kommittén drar följande övergripande slutsatser om ett delvis statligt huvudmannaskap:

- Samtliga alternativ som innebär att staten tar över ansvaret för en del av vården innebär att det tillkommer ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet. Det kommer skapas nya gränssytor mellan statens och regionernas ansvar för hälso- och sjukvården som behöver hanteras. En ny huvudmannaskapsgräns tillkommer också mellan staten och kommunerna. Nya former för samverkan behöver därför utvecklas med kommunerna men också med organisationer som företräder patienter, brukare och anhöriga.
- En uppdelning av ansvaret för olika delar av hälso- och sjukvården skulle gå i motsatt riktning mot det mål som varit gällande länge i såväl Sverige som i andra länder: att integrera ansvaret för hälso- och sjukvården till ett sammanhängande system för patienter och att ställa om hälso- och sjukvårdssystemet från ett sjukhusstunt system till ett system med primärvården som nav.

- Att dela upp ansvaret för hälso- och sjukvårdssystemets olika delar mellan staten och regionerna kan skapa problematiska incitament och hindra en sammanhållen utveckling, styrning och omställning av hälso- och sjukvårdssystemet. Det gäller särskilt alternativ som innebär att ansvaret för primärvården och den specialiserade vården delas upp mellan huvudmän.
- De scenarier som avser ett delvis statligt huvudmannaskap för delar av den specialiserade hälso- och sjukvården medför praktiska svårigheter med gränsdragningar gentemot andra delar av hälso- och sjukvården. Sjukhusstrukturen och sjukhusens uppgifter ser olika ut i olika regioner och olika typer av hälso- och sjukvård är på flera men olika sätt integrerade i och ömsesidigt beroende av varandra. Att dra en huvudmannagräns mellan till exempel universitetssjukvård eller högspecialiserad vård och annan vård skulle få olika konsekvenser i olika delar av landet. Det skulle innebära svårigheter att göra dessa gränsdragningar, och riskerar också att cementera gränserna mellan olika typer av vård på ett sätt som kan hindra effektiv styrning, utveckling och omställning i hälso- och sjukvårdssystemet.

Flera risker än möjligheter med ett delvis statligt huvudmannaskap ur ett invånar- och patientperspektiv

Kommittén drar slutsatsen att det är svårt att med säkerhet förutsäga hur patienter och invånare skulle påverkas av ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. På samma sätt är det svårt att dra säkra slutsatser om hur patienter och invånare påverkas av ett delvis statligt huvudmannaskap eftersom det beror på en mängd faktorer. Kommittén ser dock flera risker ur ett patient- och invånarperspektiv med att införa ett delvis statligt huvudmannaskap, särskilt om primärvård och specialiserad vård skulle delas upp mellan staten och regionerna.

Med ytterligare en huvudman i systemet skapas en tredje huvudmannagräns i ett stort antal vårdkedjor. Det kan utgöra en risk ur ett patientsäkerhetsperspektiv och leda till ökade svårigheter att säkerställa sammanhållna vårdkedjor.

Med ytterligare en huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet kan systemet bli svårare att förstå och navigera i för patienter. Det

finns en betydande risk att information skulle ges på fler plattformar än i dag och att det ur ett patientperspektiv skulle kunna upplevas som att det finns två eller fler parallella hälso- och sjukvårdssystem med olika kommunikation, rutiner, processer och system.

Att dela upp ansvaret för vården mellan tre olika huvudmän (staten, regionerna och kommunerna) ställer höga krav på invånarna i förhållande till ansvarsutkrävande. För att utkräva politiskt ansvar för hälso- och sjukvården behöver invånare vara väl insatta och rösta i tre olika val som avser olika delar av vården.

Svårt att förutsäga effekterna för medarbetarna i hälso- och sjukvården vid ett delvis statligt huvudmannaskap

I likhet med ett helt statligt huvudmannaskap skulle de konkreta effekterna för hälso- och sjukvårdens medarbetare av ett delvis statligt huvudmannaskap vara beroende av hur författningsregleringen utformas i kombination med vad arbetsmarknadens parter kommer överens om.

Det skulle potentiellt kunna vara en fördel för medarbetare att det tillkommer en statlig huvudman i hälso- och sjukvårdssystemet, utifrån perspektivet att konkurrensen mellan offentliga arbetsgivare skulle stärkas. Vad det konkret skulle innebära är svårt att fullt ut förutsäga, men det är till exempel möjligt att en statlig huvudman skulle vilja konkurrera med bättre arbetsvillkor och högre löner för att attrahera personal till den statliga hälso- och sjukvårdsorganisationen. Att detta skulle ske går dock inte att förutse och kommittén anser därför att det är svårt att dra konkreta slutsatser om för- och nackdelar ur ett medarbetarperspektiv.

3.3 Kommitténs svar på direktivets frågor om statligt huvudmannaskap

Direktivet till kommitténs uppdrag innehåller ett antal frågor om hur ansvaret för olika uppgifter och områden kan fördelas och utformas om en reform med ett statligt huvudmannaskap genomförs. Kommittén har diskuterat dessa frågor under utredningsarbetet, bland annat utifrån sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap som redovisas närmare i betänkandets volym 2.

Fokus i det underlaget ligger på helt statligt huvudmannaskap men resonemangen kan i flera fall tillämpas även på delvis statligt huvudmannaskap.

Direktivets utgångspunkt är att en huvudmannaskapsreform, helt eller delvis, ska utredas och att en genomförandeplan ska tas fram. Som framgått av föregående avsnitt finns det inte parlamentariskt stöd för en sådan reform. I det följande återges därför en sammanfattning av hur kommittén hanterat de särskilda frågorna i direktivet.

I utredningsarbetet har kommittén analyserat begreppet *huvudmannaskap* och därefter formulerat fyra övergripande ansvarsbegrepp. Detta sätt att resonera om huvudmannaskap har såväl kommittén och expertgruppen som många intressenter ställt sig bakom och det har skapat ett gemensamt sätt att resonera om frågorna.

Ett grundläggande syfte med kommitténs uppdrag är att ta fram ett *beslutsunderlag*. Kommittén menar att kvalificeringen av begreppet huvudmannaskap i kombination med valet av scenarioanalys som metod har lagt grunden för ett analysramverk. Med hjälp av detta ramverk beskrivs och analyseras scenarier för olika former av statligt huvudmannaskap och för- och nackdelar med olika ansvarsfördelningar identifieras. Vidare beskrivs tänkbara sätt att genomföra de reformer som scenarierna beskriver samt vad för ytterligare utredningar som behöver tillsättas. Detta är underlag som förutom att tillföra ny kunskap i de här frågorna och ett samlat sätt att resonera om dem också kan utgöra grund för eventuella kommande beslut om åtgärder.

En fråga som aktualiseras vid en huvudmannaskapsreform gäller *modeller för finansiering och resursfördelning*. Kommittén för i betänkandet övergripande resonemang om vikten av att utforma och implementera nya nationella modeller för resursfördelning i ett helt statligt huvudmannaskap. Ytterligare underlag med övergripande beskrivningar redovisas, till exempel i form av simuleringar av sådana modeller, exempel från andra länder och möjlig utformning av finansieringsmodeller.

Fördelning av *utbildnings- och forskningsansvaret* nämns i direktivet. Kommitténs utgångspunkt är att lärosätenas ansvar för forskning och utbildning i ett statligt huvudmannaskap förutsätts vara oförändrat jämfört med i dag. Detsamma gäller det utbildningsansvar som faller på vårdgivare och de ansvarsbestämmelser som

avser utförande av forskning. Det ansvar som i dag faller på hälso- och sjukvårdens huvudmän när det gäller forskning, utbildning och fortbildning kan vid ett helt statligt huvudmannaskap tillfalla den statliga myndighetsorganisation som behövs för ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Vid ett helt statligt huvudmannaskap får staten ett samlat ansvar för forskning, utveckling, utbildning och innovation i hälso- och sjukvården. Staten får också det samlade ansvaret för kunskapsstyrningen. Det finns flera olika möjligheter för hur ett sådant nationellt systemansvar kan organiseras och detta skulle behöva ses över särskilt.

Direktivet nämner *arbetsgivaransvaret* som en särskild fråga. Kommittén har resonerat i termer av att staten kommer att vara arbetsgivare i den utsträckning staten också har verksamhetsansvaret, inom såväl ett helt som ett delvis statligt huvudmannaskap. Många anställda kommer att beröras, särskilt med ett helt statligt huvudmannaskap. De rättsliga aspekterna på arbetsgivarfrågor, arbetsmiljöfrågor, verksamhetsövergångar, pensionsfrågor och arbetsrätt i stort har beskrivits.

Om ett statligt huvudmannaskap införs aktualiseras frågan om en statlig *myndighetsorganisation och dimensioneringen* av den. Som framgår av sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 beskrivs för varje scenario en tänkbar myndighetsorganisation, där det bedömts att en sådan behövs. För det helt statliga huvudmannaskapet finns mer ingående beskrivningar och organisationsskisser, baserat på en geografisk indelning av myndighetsorganisationen utifrån de sex sjukvårdsregionerna. Dimensionering och kostnader har inte beskrivits annat än översiktligt. Detsamma gäller utformningen av befintliga myndigheters uppdrag och roller.

Ett område som behöver hanteras vid en eventuell huvudmannaskapsreform är *fastigheter och vårdinfrastruktur*. Komplexiteten i och omfattningen av frågor kopplade till fastigheter och vårdinfrastruktur samt utrustning och andra tillgångar beskrivs och hänvisning görs till tidigare utredningar i frågan inom hälso- och sjukvården samt till andra utredningar inom försvarsområdet. De rättsliga aspekterna på överlåtelse av fastigheter och andra tillgångar har beskrivits, främst avseende helt statligt huvudmannaskap men resonemangen kan i flera fall tillämpas även på ett delvis statligt huvudmannaskap. Även digital infrastruktur beskrivs utifrån dessa aspekter.

Samverkan mellan regioner, kommuner, statliga myndigheter, patientorganisationer och civilsamhälle samt med kommunal hälso- och sjukvård och tandvård i ett statligt huvudmannaskap beskrivs översiktligt. Detsamma gäller *regionernas övriga uppdrag*. I sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 beskrivs samtliga verksamheter som regionerna ansvarar för i dag utöver hälso- och sjukvård utifrån lagstiftning, finansiering och omfattning. En övergripande uppskattning av konsekvenserna för dessa områden av en huvudmannaskapsförändring görs också.

Direktivet pekar ut *minskad detaljstyrning och minskad administrativ börda* som särskilda frågor. Begreppet styrning och statens styrning av hälso- och sjukvården behandlas utifrån flera perspektiv. Begreppen administration och administrativ börda problematiseras utifrån forskningsläget i en underlagsrapport från forskare vid Förvaltningsakademien. Perspektivet om ansvar för frågor om *beredskap och säkerhet* behandlas också översiktligt.

Slutligen ska kommittén enligt direktivet redovisa *genomförandeplaner* och *konsekvensanalyser* för det som blir kommitténs förslag. Som tidigare nämnts har kommittén presenterat översiktliga genomförandeplaner inklusive bedömningar av utredningar som behöver tillsättas, med särskilt fokus på det helt statliga huvudmannaskapet. Sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2 är till stora delar en övergripande konsekvensanalys, där konsekvenser av förändrat huvudmannaskap beskrivs och analyseras inom flera områden och för olika målgrupper (patienter, invånare, medarbetare), men på ett övergripande plan. Konsekvenser för kommuner, statliga myndigheter inklusive Regeringskansliet, riksdag och regering skisseras också.

3.4 Kommitténs bedömning av ett utökat statligt ansvar för hälso- och sjukvården

Kommittén har tidigare i kapitel 2 konstaterat att statens ansvar för och styrning av hälso- och sjukvården behöver stärkas jämfört med i dag för att bättre kunna hantera de problem som identifierats och de utmaningar som vården står inför.

I föregående avsnitt har kommittén redovisat sina bedömningar av ett helt respektive delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Utöver ett helt eller ett delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården har kommittén också undersökt om de önskade vinsterna och effekterna kan uppnås med hjälp av andra förändringar av ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna liksom statens styrning av hälso- och sjukvården.

Kommittén har under utredningsarbetet formulerat fyra övergripande ansvarsbegrepp för att ringa in det ansvar som en huvudman för hälso- och sjukvård har; systemansvar, finansieringsansvar, tillhandahållaransvar och verksamhetsansvar. Kärnan i huvudmannaskapet är tillhandahållaransvaret. Kommitténs uppfattning är därmed att ett statligt huvudmannaskap innebär att ansvaret att tillhandahålla hälso- och sjukvård till invånarna flyttas från regionerna till staten, helt och hållet eller för delar av vården.

Kommittén bedömer att det är möjligt att förändra ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten på andra sätt än genom att överföra huvudmannaskapet/tillhandahållaransvaret till staten. Det är till exempel möjligt för staten att ta ett större systemansvar. Det innebär att utöka ansvaret för att styra innehållet i, samt utformningen och uppföljningen av, en verksamhet som regionerna tillhandahåller. Det är också möjligt för staten att ta ett större finansieringsansvar, i form av att i större utsträckning eller fullt ut finansiera en verksamhet, en funktion eller ett vårdområde som regionerna tillhandahåller. Om staten utökar sitt ansvar på de här sätten innebär det också att staten både kan och behöver stärka sin styrning inom de områden där ansvaret utökats. Det som avses här är utifrån de fyra övergripande ansvarsbegreppen inte en förändring av huvudmannaskapet men en tydlig förändring av ansvarsfördelningen i riktning mot staten.

Staten kan också utveckla och stärka sin styrning av hälso- och sjukvården utan att ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna förändras. Det kan handla om vilken typ av styrning som används och hur olika styrmedel utformas.

I detta och nästkommande avsnitt återges kommitténs bedömningar och förslag kring utökat statligt ansvar i form av system- och finansieringsansvar inklusive stärkt styrning inom ett antal områden samt en utvecklad och stärkt statlig styrning inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning. Bedömningar och förslag i kommande av-

snitt är inte en del av kommitténs huvudsakliga uppdrag om huvudmannaskap, även om insikter och slutsatser till stor del bygger på det underlag som tagits fram under arbetets gång och de diskussioner som förts inom kommittén. Av naturliga skäl har dessa frågor därför inte kunnat ges samma utrymme i utredningsarbetet som frågan om ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap.

Det innebär att alla områden inte har varit föremål för en så grundlig genomlysning som krävs för att kommittén ska kunna lämna väl utvecklade och underbyggda förslag. Förslagen som presenteras i kommande avsnitt berör dessutom områden med en stor komplexitet och där nuvarande ordning ofta är resultatet av flera politiska och rättsliga reformer. Förslagen har därför i stor utsträckning karaktären av inriktningsförslag eller rekommendationer om tillsättande av utredningar. Det finns dock en bred parlamentarisk enighet i kommittén om inriktningen för det fortsatta arbetet mot ökat statligt ansvar och vilka åtgärder som bör ta vid efter att kommittén har överlämnat sitt betänkande.

Kommitténs bedömning: Utredningsarbetet har visat att det finns omotiverade skillnader mellan och inom regionerna i fråga om tillgång till viss vård och behandling. Hälso- och sjukvårdslagens bestämmelse om vård på lika villkor för hela befolkningen behöver uppfyllas bättre än i dag och efterlevnaden av patientlagen behöver stärkas.

Kommittén bedömer att staten bör ta ett utökat ansvar för ett antal områden och frågor i hälso- och sjukvården i syfte att skapa bättre förutsättningar att möta dessa krav.

Områden där staten bör ta ett större ansvar och därmed också stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård och luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Detta innebär ett betydande statligt ansvar och en väsentligt ökad statlig styrning och kontroll inom dessa delar av hälso- och sjukvården.

3.4.1 Skälen för kommitténs bedömning

Kommittén anser att det nationella perspektivet på hälso- och sjukvården behöver stärkas. Kommittén bedömer att staten är den aktör som har bäst förutsättningar att tillgodose och samordna det nationella perspektivet och att staten behöver ta en mer framträdande roll och ett större ansvar än hittills i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Utredningsarbetet har visat att detta kan genomföras på fler sätt än genom att flytta huvudmannaskapet från regionerna till staten.

Områden för utökat statligt ansvar

Kommittén ser att en utveckling i ovan nämnda riktning kan påbörjas genom att staten tar ett utökat ansvar inom följande områden:

- Kompetensförsörjning.
- Läkemedel.
- Vaccinationer.
- Screening.
- Rättsspsykiatrisk vård.
- Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter.

Kommittén anser att ett utökat statligt ansvar och stärkt styrning inom dessa områden är motiverat av flera skäl. Kommittén ser dels behov av ökad nationell samordning, dels behov av en mer hållbar och jämlik finansiering och en mer effektiv styrning. Dessa områden är sinsemellan olika i många avseenden och kommer behöva hanteras på olika sätt vid en organisering av statligt system- och finansieringsansvar. En gemensam nämnare för dessa områden är att kommittén har identifierat dessa som lämpliga för ett utökat statligt ansvar och stärkt statlig styrning.

Utredningsarbetet har visat att en centraliserad beslutsstruktur är att föredra för verksamheter där behovet av lokal anpassning inte är stort, där det finns fördelar med att verksamheten bedrivs på samma sätt överallt i landet och där det finns stordriftsfördelar att hämta. Kommitténs bedömning är att de sex områdena i punktlist-

tan ovan är sådana verksamheter och frågor som behöver en starkare nationell styrning och samordning.

Kommittén anser att läkemedel, vaccinationer och screening bör beslutas, styras, utvärderas och sedan erbjudas nationellt men tillhandahållas av regionerna. Erbjudandet om vaccination eller screening baseras oftare på fysiologiska faktorer hos grupper av individer, såsom ålder, än på geografiskt avgränsade sjukdomstillstånd. Detta gäller generellt även för annan vård men kommitténs uppfattning är att vaccinationer, screening och läkemedel är delar av hälso- och sjukvården som är enklare att avgränsa från en vårdkedja och där befolkningen förväntar sig ett likvärdigt utbud. Anpassningen till lokala preferenser är inte lika påtaglig inom dessa områden som inom andra delar av hälso- och sjukvården. Därför bör vaccination och screening beslutas nationellt och erbjudas likvärdigt till hela befolkningen. Kommittén bedömer att ett utökat statligt system- och finansieringsansvar kan stärka förutsättningarna att komma till rätta med omotiverad geografisk ojämlikhet i tillgång till läkemedel, screening och vaccinationer.

Utökat statligt ansvar ger nya förutsättningar för stärkt styrning

Kommittén konstaterar att med ett förändrat och utökat statligt ansvar i denna riktning följer också en annan och mer direkt form av statlig styrning av hälso- och sjukvården. En grundläggande skillnad är att staten då kan stärka sin styrning i kraft av att staten har ett större systemansvar och i större utsträckning finansierar ett område eller en verksamhet.

Staten får som ansvarig för dessa delar inom hälso- och sjukvårdssystemet därför incitament att utveckla sin styrning mer mot styrmedel som staten har rådighet över; lagstiftning, uppföljning, tillsyn och kontroll. Kommittén ser detta som en både nödvändig och viktig förskjutning av fokus i statens styrning av hälso- och sjukvården.

Ny strategisk inriktning genom en förändrad ansvarsfördelning

Det som kommittén skisserar här innebär en ny inriktning för relationerna mellan staten och regionerna i hälso- och sjukvårdsfrågor. Det medför en betydande ökning av statens ansvar inom hälso-

och sjukvårdssystemet men också en förändrad maktbalans i samhällsorganisationen.

Ett utökat systemansvar innebär bland annat ett tydligare ansvar för staten att styra och att utforma och genomföra uppföljning, utvärdering och tillsyn i ett patientperspektiv. Detta ger bättre möjligheter för staten att kunna utkräva ansvar från huvudmännen för hur beslutade mål och intentioner i lagstiftning efterlevs när staten blir en tydligare beställare och ansvarig part gentemot huvudmännen. För invånarna kommer det politiska ansvarsutkrävandet att genomföras så som i dag. Statens utökade ansvar kan också innebära att staten tar ett samlat ansvar för vissa systemövergripande funktioner och avsättandet av ekonomiska resurser som i dag finns och görs hos huvudmännen.

Ett utökat finansieringsansvar innebär att staten i högre grad än i dag (eller fullt ut) tar ansvar för finansiering av hälso- och sjukvården och för hur de ekonomiska resurserna inom dessa områden fördelas över landet.

Sammantaget innebär kommitténs förslag en omfattande förändring av ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten. Här noteras att regionernas självbestämmande kommer att minska i den mån staten tar över hela eller delar av system- och finansieringsansvaren. Det som kommittén presenterar nedan ställer också betydligt högre krav på staten i flera avseenden, till exempel på regeringen och Regeringskansliet att utöva en mer samordnad styrning av myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet men också på myndigheterna vars olika uppdrag ökar i omfattning.

I följande avsnitt presenterar kommittén mer ingående sina bedömningar av, och förslag om, hur statens ansvar för olika delar av hälso- och sjukvården kan utökas och stärkas. I avsnitt 3.6 redovisas kommitténs bedömning av vilka konsekvenser kommitténs förslag kan väntas få.

3.4.2 Kompetensförsörjning

Kommitténs bedömning: Kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet. I dag ansvarar varje region för att tillhandahålla utbildningsplatser uti-

från egna snarare än gemensamma nationella behov, vilket inte bidrar till ett effektivt system. Kommittén ser därför behov av en ökad nationell samordning och dimensionering i utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal där varje huvudman tydligare behöver bidra till det samlade nationella behovet av hälso- och sjukvårdspersonal.

Frågan om kompetensförsörjningen är komplex och så också problembilden. Det betyder att det inte finns en enkel åtgärd eller lösning att pröva. Mot bakgrund av kompetensförsörjningens vikt för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste frågan prioriteras, pågående utvecklingsarbeten utvärderas och föreslagna insatser som har bred förankring hos hälso- och sjukvårdsaktörerna genomföras. Vårdpersonalens arbetsmiljö spelar en stor roll i fråga om rekrytering. Arbetsmiljön måste förbättras.

Kommitténs förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning. Regeringen bör se över de närmare formerna för detta.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kompetensförsörjning har inte analyserats som ett scenario för förändrat huvudmannaskap men det är ett område där kommittén sett behov av ett utökat statligt ansvar.

Kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet. Utmaningen delas med många andra europeiska länder, och även med andra sektorer. Det kommer framöver behöva rekryteras och utbildas ett stort antal personer till hälso- och sjukvården enbart för att bibehålla nuvarande åtagande. Den demografiska, teknologiska och medicinska utvecklingen driver dessutom både ett behov av nya kompetenser och kontinuerlig kompetensutveckling. Denna problembeskrivning delas av hälso- och sjukvårdens olika aktörer (fackförbund, arbetsgivare, patientorganisationer och myndigheter), både enligt tidigare publicerade rapporter och enligt den egna kvalitativa datainsamling som genomförts under kommitténs arbete.

Nuvarande ansvarsfördelning

Utifrån nuvarande lagfästa bestämmelser är regioner och kommuner ansvariga för att den hälso- och sjukvård som erbjuds befolkningen är god och patientsäker. I dessa krav ingår att det finns tillgång till personal i förhållande till de arbetsuppgifter som ska utföras. Staten å sin sida ansvarar dels för myndigheterna universitet och högskolor, dels för att kontrollera att regioner och kommuner följer de lagar och bestämmelser som gäller för till exempel hälso- och sjukvårdspersonalens arbetsmiljö.

Bristen på personal beror på flera olika samverkande faktorer. För få utbildningsplatser, brist på platser för verksamhetsförlagd utbildning (VFU) för hälso- och sjukvårdspersonal samt tjänster för allmäntjänstgöring, bastjänstgöring och specialisttjänstgöring (AT-tjänster, BT-tjänster och ST-tjänster), hög konkurrens från andra arbetsgivare, pensionsavgångar, bristande arbetsmiljö och ökade vårdbehov hos befolkningen är några sådana faktorer. Försörjningskvoten, det vill säga hur många personer det finns utanför den arbetsföra befolkningen jämfört med personer i arbetsför ålder, och även kompetensbehoven skiljer sig åt. Utredningsarbetet har visat att det finns väsentliga skillnader mellan olika delar av landet när det gäller förutsättningar för kompetensförsörjning och karaktären på utmaningarna kopplat till kompetensförsörjning.

Vidare innebär det delade ansvaret inom kompetensförsörjningsområdet att ingen enskild aktör har förutsättningar eller resurser för att ta ansvar för helheten på lång sikt, vilket ställer höga krav på samverkan. Sjukvårdshuvudmännen planerar i huvudsak utifrån det egna behovet vilket visar på en inneboende målkonflikt i systemet och på behovet av en nationellt ansvarig aktör för att åstadkomma en dimensionering utifrån gemensamma behov.

Frågan behöver utredas med inriktning mot ett ökat statligt ansvar

Kompetensförsörjningen av både dagens och framtidens hälso- och sjukvård är en av de största hållbarhetsutmaningarna för hälso- och sjukvårdssystemet. Det är en systemövergripande fråga som behöver planeras och dimensioneras med ett nationellt perspektiv. Samtidigt är frågan om kompetensförsörjningen komplex och så också problem-bilden. Det betyder att det inte finns en enkel åtgärd eller lösning

att pröva. Mot bakgrund av kompetensförsörjningens vikt för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem måste frågan analyseras vidare med ett tydligt fokus på hur ett ökat statligt ansvarstagande kan konkretiseras.

Kommittén konstaterar att mycket arbete och många initiativ pågår inom kompetensförsörjningsområdet i dag. Det görs både av huvudmännen och i samverkansformer som Nationella vårdkompetensrådet. Regeringen har den 20 mars 2025 uttalat behovet av att stärka det nationella åtagandet för kompetensförsörjningen och gett Socialstyrelsen i uppdrag att fördela och betala ut medel till regionerna för att stimulera till fler AT-tjänster. Socialstyrelsen ska också förstärka det strategiska arbetet med prognoser och dimensionering av läkares utbildningstjänster och samordna dessa ur ett nationellt perspektiv samt stödja regionerna i övergången till en ny utbildningsstruktur för att säkerställa den långsiktiga tillgången till specialistläkare efter vårdbehov.⁴⁷ Kommittén har inom ramen för sitt arbete inte haft möjlighet att kartlägga allt arbete som pågår för att stärka kompetensförsörjningen, eller ta ställning till exempelvis förslag som Nationella vårdkompetensrådet har lagt fram.⁴⁸

Frågor som bör analyseras närmare

Några frågor som kommittén utifrån sitt utredningsarbete ser bör undersökas närmare är hur VFU-, AT-, BT- och ST-platser i hälso- och sjukvården kan fördelas över landet utifrån en nationell behovsanalys där alla aktörer, offentliga som privata, bidrar. Kommittén anser också att det bör undersökas närmare vilka åtgärder staten kan vidta för att få fler att utbilda sig till bristyrken i hälso- och sjukvården. Innehållet i hälso- och sjukvårdsutbildningarna behöver vara anpassat till verksamheternas behov och ofta snabba utveckling, så att studenterna får de erfarenheter som behövs i den kliniska verksamheten.

Kommittén ser även att utökad förskrivningsrätt för vissa yrkesgrupper och task-shifting mellan yrkesgrupper kan vara möjliga vägar

⁴⁷ Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att öka antalet tjänster för allmäntjänstgöring, dnr S2025/00584.

⁴⁸ Nationella vårdkompetensrådet (2025), *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning*, slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning (S2023/00256).

framöver för att möta kompetensförsörjningsutmaningarna men också för att bidra till en förbättrad arbetsmiljö. Kommittén ser att samarbetet och samordningen mellan olika departement och myndigheter i de här frågorna samt mellan de statliga myndigheterna och huvudmännen kan och behöver förbättras. Även nordiskt samarbete kring utbildning och kompetensutveckling av hälso- och sjukvårdspersonal bör belysas, och i den mån det är möjligt, stärkas.

Arbetsmiljön och systematiskt kvalitetssäkringsarbete är centrala aspekter. Den snabba digitala utvecklingen och hur denna kan påverka utförandet av hälso- och sjukvård kommer med stor sannolikhet leda till behov av kompetensutveckling och innovativa sätt att använda och fördela arbetsuppgifter inom redan befintlig arbetskraft. Det förutsätter också ett gott ledarskap på alla nivåer.

Ovanstående är perspektiv som är viktiga att ha med i det fortsatta utvecklingsarbetet av kompetensförsörjningen av hälso- och sjukvårdspersonal. Beroende på vilka former som regeringen identifierar för statens utökade ansvar för kompetensförsörjningen framöver kan detta få olika budgetkonsekvenser och andra effekter som är viktiga att reda ut.

3.4.3 Läkemedel

Kommitténs bedömning: Kommittén ser flera starka skäl för ett utökat statligt ansvar för läkemedel. Det väcker samtidigt många och svåra frågor kopplat till styrning, finansiering, prioriteringar, forskning och rekommendationer samt inköp av läkemedel.

Kommitténs förslag: En utredning bör tillsättas för att se över hur statens ansvar för läkemedel och särskilt finansieringen och styrningen kan utökas och stärkas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Läkemedel är ett område som inte analyserats som ett scenario för förändrat huvudmannaskap men där kommittén sett behov av ett utökat statligt ansvar. Kommittén ser utifrån kunskapsunderlaget som tagits fram under utredningsarbetet att det finns omotiverade geografiska skillnader över landet och där patienternas tillgång till läkemedel varierar på ett sätt som är svårt att direkt förklara utifrån medicinska behov. Kommittén menar att det inte är acceptabelt att patienter med samma eller likartade behov inte har samma tillgång till läkemedel beroende på var patienterna bor. Det är inte heller rimligt att patienter inte ska kunna flytta med hänvisning till att de då riskerar att mista sin läkemedelsbehandling.

Kommittén ser utifrån utredningsarbetet att behovet av hälso- och sjukvård på gruppnivå inte skiljer sig mellan regioner, om man kontrollerar för demografi och socioekonomiska faktorer.⁴⁹ Detta menar kommittén minskar utrymmet för acceptabla regionala variationer, exempelvis gällande tillgång till läkemedel. Det finns i dag, med några få undantag, inte heller sjukdomar som konsekvent över tid existerar och drabbar en större del av befolkningen i enbart en eller några regioner i Sverige. Sällsynta hälsotillstånd kan uppstå var och när som helst.

Nuvarande ansvarsfördelning

Kommittén har i beskrivningarna av nuvarande ansvarsfördelning utgått från underlag som samlats in under utredningsarbetet samt från myndighetsrapporter och betänkanden från tidigare utredningar. Hur ansvarsfördelningen för läkemedel ska se ut har över tid varit föremål för flera utredningar och myndighetsuppdrag.

Den nuvarande ansvarsfördelningen inom läkemedelsområdet har gällt sedan 1998. Då överfördes kostnadsansvaret för läkemedelsförmånen från sjukförsäkringen (staten) till sjukvårdshuvudmännen (dåvarande landstingen, numera regionerna). Avsikten var att finansieringen under en övergångsperiod skulle ske genom ett

⁴⁹ Mer information finns i underlagsrapporten *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård* som docent Åsa Hansson, Lunds universitet och Ratio, tagit fram på uppdrag av kommittén. Rapporten återfinns i betänkandets volym 2.

särskilt statsbidrag men den tillfälliga lösningen gäller fortfarande.⁵⁰ I dag betalas 82 procent av läkemedelskostnaderna inom förmåner (förmånsläkemedel) av offentliga medel och 18 procent av patienterna själva.⁵¹ Rekvisitionsläkemedel finansieras i dag av regionerna.⁵² I överenskommelsen mellan staten och regionerna om det riktade statsbidraget för förmånsläkemedel ingår också en modell för solidarisk finansiering, som innebär att en del av läkemedelsbidraget kan omfördelas mellan regionerna för att täcka skillnader i behov för de läkemedel som ingår i modellen.⁵³ En stor andel av kostnaden för läkemedel som förskrivs enligt smittskyddslagen täcks också av staten. Läkemedelsutredningen beskrev att den rådande komplexiteten kring hur läkemedel finansieras till stor del är en följd av den förhandlingsordning som har pågått sedan 1998.⁵⁴

Kommittén konstaterar att i dag är finansieringsansvaret för läkemedel i praktiken delat mellan staten, regionerna och patienterna. Förskrivningsläkemedel och förbrukningsartiklar som ingår i läkemedelsförmåner, så kallade förmånsläkemedel, finansieras i praktiken av staten genom statsbidraget till kommuner och regioner för kostnader för läkemedelsförmåner. Det bör sägas att om regionernas kostnader för läkemedel blir högre än statsbidraget så står respektive region själv för denna kostnad och omvänt, om kostnaderna blir mindre än bidraget kan regionen använda överskottet till annat.

Kommittén menar att även systemansvaret kan beskrivas som delat mellan staten och regionerna. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) beslutar om vilka läkemedel och förbrukningsartiklar som ska subventioneras och ingå i högkostnadsskydden. TLV utövar tillsyn och granskar aktörerna på läkemedels- och apotekmarknaden och har flera regeringsuppdrag om analys och ut-

⁵⁰ SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*, slutbetänkande av Läkemedelsutredningen.

⁵¹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024*.

⁵² Förmånsläkemedel syftar på de läkemedel som omfattas av högkostnadsskyddet och som staten subventionerar genom en årlig kostnadsersättning till regionerna. Rekvisitionsläkemedel är de läkemedel som tillhandahålls av sjukhusapotek och som ordineras och administreras inom hälso- och sjukvården utan receptförskrivning.

⁵³ Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmåner m.m. 2024* Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner.

⁵⁴ SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*, delbetänkande av Läkemedelsutredningen.

veckling. Läkemedelsverket godkänner och övervakar läkemedel samt kliniska prövningar. Regionerna samverkar inom en samverkansmodell för läkemedel, i en nationell process för införande, kunskapsunderlag, förhandling, rekommendationer och uppföljning. Samverkansmodellen⁵⁵ avser rekvisitionsläkemedel och förbrukningsartiklar i sluten vården och är en del av det nationella systemet för kunskapsstyrning och inkluderar funktionerna Rådet för nya terapier (NT-rådet), Livscykefunktion, Marknadsfunktionen, samarbetsorganet för läkemedelskommittéerna (LOK) och ett kansli på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

NT-rådet består av experter från regionerna, med en ledamot för varje sjukvårdsregion. NT-rådet beslutar om ett nytt läkemedel, eller en ny indikation för ett befintligt läkemedel, ska ingå i den nationella processen för ordnat införande, eller hanteras i respektive region. När nationell samverkan beslutas beställer NT-rådet en hälsoekonomisk värdering från TLV. Baserat på underlag från TLV ger NT-rådet sedan en rekommendation till regionerna om användningen av nya läkemedel.

När förhandling och rekommendation skett inom ramen för samverkansmodellen kan alla regioner teckna egna avtal med företaget. Regionerna kan även upphandla rekvisitionsläkemedel gemensamt.⁵⁶ Det är upp till varje region att besluta om vilka patienter som ska få vilka läkemedel, om behandling ska erbjudas och i vilket skede. Hur sådana beslut fattas varierar enligt TLV mellan regioner och mellan behandlingar. Ofta har enskilda kliniker eller vårdverksamheter budgetansvar för den behandling som ordineras och beslut om att starta behandling fattas i samråd med patienten efter bedömning av ansvarig läkare, efter ett övergripande prioriteringsbeslut av verksamhetschef om det rör sig om en kostsam behandling. I vissa fall finns samordning genom regionala eller nationella behandlingsriktlinjer från expertgrupper. I vissa regioner fattas beslut om att introducera en ny läkemedelsbehandling efter ett beslut på regionnivå, exempelvis genom regionens läkemedelskommitté.⁵⁷

⁵⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2024), Regionernas samverkansmodell för läkemedel. Information på hemsidan.

⁵⁶ Sveriges Kommuner och Regioner (2024), Regionernas samverkansmodell för läkemedel. Information på hemsidan.

⁵⁷ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2023), *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader. Rapport från regeringsuppdrag*, september 2023.

Enligt lagen (1996:1157) om läkemedelskommittéer ska det i varje region finnas en eller flera läkemedelskommittéer, med företrädare för farmaceutisk och medicinsk expertis. Läkemedelskommittéerna ska genom rekommendationer till hälso- och sjukvårdspersonalen eller på annat lämpligt sätt verka för en tillförlitlig och rationell läkemedelsanvändning inom regionen, i enlighet med prioriteringsprinciperna i den etiska plattformen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL. Det bör sägas att till skillnad från NT-rådet har läkemedelskommittéerna ett brett arbetsfält och rekommendationerna från läkemedelskommittéerna fokuserar i hög grad på läkemedel som erbjuds brett inom särskilt primärvården.

Resultat från kommitténs kvalitativa datainsamling

I utredningsarbetet har patientföreningar genom den öppna konsultationen påtalat behovet de ser av ökad statlig styrning för att både öka kostnadseffektiviteten och ge bättre förutsättningar för en mer jämlik tillgång till nya läkemedel, särskilda läkemedel, behandlingar och medicinteknisk utrustning. Patientföreningar har vidare betonat vikten av att patienter medverkar i kliniska prövningar och att antalet kliniska läkemedelsprövningar för barn behöver öka. Nuvarande ansvarsfördelning beskrivs som försvårande för personer med sällsynta hälsotillstånd, i termer av tillgång till den avancerade diagnostik och behandling som behövs och där regiongränser sätter hinder för patientrörlighet och kunskapsflöde.⁵⁸

Företag och organisationer inom läkemedelsområdet⁵⁹ har i sina svar på den öppna konsultationen också pekat på nuvarande ansvarsfördelning som ett hinder för att öka jämlikheten, särskilt utifrån att ansvaret för styrning och finansiering i dag är delat mellan staten och regionerna. Vidare betonas problem med att det tar lång tid för nya läkemedel att nå patienterna, att det saknas en ändamålsenlig nationell process för tillgängliggörande efter EMA-godkännande⁶⁰ och att många steg på regional nivå krävs för att ett godkänt läke-

⁵⁸ De patientföreningar som berörde läkemedel i sina inspel i den öppna konsultationen var Barncancerfonden, Diabetes Stockholm, Funktionsrätt Sverige, HIV Sverige, Neuroförbundet, Riksförbundet för sällsynta diagnoser och All Can Sverige.

⁵⁹ De företag och organisationer inom läkemedelsområdet som lämnat svar på den öppna konsultationen är LiF, Astra Zeneca, Alexion, Merck, Sharp & Dome, GSK Sverige, Bristol Meyers Squibb, Amgen Sverige, Roche Sverige, Kommissionen för innovativa särskilda läkemedel, Oracle, Swedish Medtech och TechSverige.

⁶⁰ European Medicines Agency.

medel ska nå patienterna. Det beskrivs också som ett problem att förmånsläkemedel och rekvisitionsläkemedel i dag hanteras i två olika system. Svaren på den öppna konsultationen pekar också på frågan om kliniska läkemedelsprövningar och påtalar behovet av att genomföra förslaget om det nationella partnerskapet SweTrial samt de övriga förslagen i utredningen om stärkta förutsättningar för kliniska prövningar (Ds 2023:8).

Ett annat tema som lyfts är beredskapsperspektivet och en risk för bristsituationer kopplat till det delade och decentraliserade ansvaret för hälso- och sjukvården. Även utvecklingsbehov och förutsättningar för precisionsmedicin beskrivs. Det regionala ansvaret beskrivs till exempel skapa flaskhalsar där diagnosverktyg och personal varken är lokalt eller geografiskt optimalt fördelade eller anpassade efter de behov som patienter och verksamheter har. I flera av företagens inspel beskrivs ett behov av ökad statlig styrning och finansiering av läkemedel.

Ansvarsfördelningen mellan regioner och stat behöver förändras

Kommittén ser att läkemedel är ett område som utvecklas snabbt och som kommer ge patienterna en ännu bättre och mer effektiv vård framöver. Men ansvarsfördelningen mellan regionerna och staten behöver förändras. Skälen för kommitténs bedömning är behov av ökad jämlikhet, läkemedels betydelse för samhällets utveckling och behov av ökad kostnadskontroll.

Kommittén menar att patienterna behöver en mer jämlik tillgång till läkemedel över landet. När behoven hos patienter inte skiljer sig åt mellan eller inom regioner och det inte finns uttalat regionalt avgränsade sjukdomar ser kommittén starka skäl för att det inte heller bör finnas regionala variationer i patienters tillgänglighet till läkemedel.⁶¹

Läkemedel är också en central del i utvecklingen inom life science, vilket i sin tur är viktigt för utvecklingen av samhällsekonomin, forskningen, företagandet och Sverige som ett attraktivt och

⁶¹ Det finns några ärftliga sjukdomar som främst är koncentrerade till vissa delar av landet, såsom Vittangisjukan och Skellefteåsjukan. Det finns också virussjukdomar som främst existerar i vissa delar av landet, som exempelvis Ockelbosjukan som sprids via myggor. Klimatförändringar såsom temperaturökningar och extrema väderhändelser i form av värmeböljor, torka och översvämningar beräknas påverka regionerna i olika stor omfattning vilket i sin tur kan skapa regionala skillnader i behov av hälso- och sjukvård.

konkurrenskraftigt land för företag. Det här är frågor som de företag och organisationer inom läkemedelsområdet som besvarat den öppna konsultationen också framfört. I svaren kan utläsas att utvecklingen inom läkemedelsområdet är en källa till effektivisering i hälso- och sjukvården med bredare samhällsekonomiska vinster som ligger utanför hälso- och sjukvården och att det därför finns potential i att sammanföra ansvaret för läkemedel med ansvaret för forskning, life science och samhällsekonomi. Inspelen beskriver också på olika sätt att företagen har svårt att verka i Sverige på grund av ansvarsfördelningen och organisationen.

Läkemedel är ett område med höga och ökande kostnader. Kostnaderna för förmåns- och smittskyddsläkemedel har till exempel ökat med i genomsnitt fem procent årligen de senaste tio åren och kommande år väntas ökningen bli ännu större, bland annat på grund av lanseringar av nya läkemedel som riktar sig till och efterfrågas av ett stort antal patienter.⁶² I budgetpropositionen för 2025 beskrev regeringen att denna utveckling har påverkats av en rad faktorer, bland annat introduktionen av nya innovativa läkemedel, en åldrande befolkning samt utmaningar med rest- och bristsituationer.⁶³ Under 2023 uppgick de totala kostnaderna för läkemedel till 64 miljarder kronor, varav kostnader för receptbelagda läkemedel inom förmånerna uppgick till knappt 41 miljarder och kostnader för smittskyddsläkemedel (inom och utom förmån) uppgick till 1,3 miljarder. Kostnaderna inom förmånerna ökade med nästan fyra miljarder kronor (elva procent) mellan år 2022 och 2023. Socialstyrelsens prognoser pekar på att kostnaderna för förmånsläkemedel kommer att öka till 44,2 miljarder kronor 2026 och till 46,9 miljarder kronor 2027.⁶⁴

Kostnaderna för rekvisitionsläkemedel uppgick enligt TLV till 14,1 miljarder kronor under 2023 (12 procent högre än år 2022).⁶⁵ Socialstyrelsens prognoser pekar på att kostnaderna för rekvisitionsläkemedel väntas öka från 13,4 miljarder kronor 2023 till 18,2 miljarder kronor 2027. Det är främst läkemedel för tumörer och rubb-

⁶² Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024*.

⁶³ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, Utgiftsområde 9.

⁶⁴ Socialstyrelsen (2024), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027*, s. 5.

⁶⁵ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024*.

ningar i immunsystemet som driver kostnadsutvecklingen bland rekvisitionsläkemedel, vilket tros fortsätta under prognosperioden. Kostnaden för dessa läkemedel motsvarade mer än hälften av den totala kostnaden 2023.⁶⁶ Överenskommelsen mellan staten och regionerna för 2024 innebär att statens bidrag till regionerna för deras kostnader 2024 uppgår till 38,43 miljarder kronor. Under 2025 är anslaget utökat med 6,14 miljarder kronor till 41,09 miljarder kronor.⁶⁷

I utredningsunderlaget, särskilt i svar på den öppna konsultationen och vid genomförda möten med intressenter, framhålls att staten är den aktör som har bäst förutsättningar att ha helhetsperspektivet när det gäller samhällsekonomiska vinster och vinster av en förbättrad hälsa i alla samhällssektorer och att staten därför bör ha ansvaret för styrning och finansiering av läkemedelsbehandlingar. Kommittén delar dessa uppfattningar och anser även att detta bör gälla framtida beslut om nya läkemedel mot folksjukdomar som till exempel obesitas och Alzheimers.

I docent Åsa Hanssons underlagsrapport till kommittén (återfinns i betänkandets volym 2) återges perspektiv från försäkrings-teori. Utgångspunkten är att mycket av offentlig välfärd är av försäkringsnatur och skyddar mot olika risker som kan uppstå i livet, så som arbetslöshet, fattigdom och sjukdom. Den teoretiska utgångspunkten i rapporten är att centralisering av offentlig välfärd innebär bättre riskspridning. Mer konkret innebär det att om dessa risker drabbar olika delar av befolkningen och eller olika delar av landet vid olika tidpunkter men samtidigt inte alltid samma region är det gynnsamt att sprida riskerna på en så stor del av befolkningen som möjligt. Riskerna bör då hellre spridas över befolkningen i hela landet än över befolkningen i en region. Om hälsorisker drabbar olika delar av landet asymmetriskt i tid men symmetriskt över tiden talar det enligt forskarrapporten för att en centralisering skulle sprida riskerna och därmed minska kostnaderna.⁶⁸

Kommittén ser komplexiteten och omfattningen av läkemedelsområdet men också de stora möjliga jämlikhetsvinsterna för patien-

⁶⁶ Socialstyrelsen (2024), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027*, s. 8 f.

⁶⁷ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, Utgiftsområde 9.

⁶⁸ Hansson, Å. (2024), Lunds universitet och Ratio, underlagsrapport till Vårdansvarskommittén, *Bör hälso- och sjukvården centraliseras? Finansieringsargument för och emot centraliserad hälso- och sjukvård*.

terna och de samhällsekonomiska vinsterna för Sverige som nya och förbättrade läkemedel kan innebära.

Det finns analyser, där den tidigare Läkemedelsutredningen är ett exempel, som pekar på att ett helt statligt finansieringsansvar har risker. Att regionerna, och inte staten, ska ha system- och finansieringsansvar för läkemedel kan motiveras utifrån kostnadskontroll och vikten av att hålla ihop hela ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning och finansiering hos huvudmännen. Regeringen har i budgetpropositionen för 2025 aviserat en ny utredning med inriktningen att inordna det särskilda statsbidraget för läkemedel i det generella statsbidraget. Kommitténs utredningsarbete har samtidigt visat att det finns behov av en ökad statlig finansiering och styrning och/eller nationell samordning inom läkemedelsområdet samt bättre uppföljning och kostnadskontroll som har lyfts från flera olika aktörer inom området (exempelvis patientföreningar samt företag och organisationer inom läkemedelsområdet) och det har även identifierats av TLV.⁶⁹

Kommittén ser att de olika riktningarna motiveras med olika argument. Att överföra det särskilda statsbidraget för läkemedel till det generella statsbidraget motiveras oftast utifrån behov av ökad kostnadskontroll och vikten av att hålla ihop hela ansvaret för hälso- och sjukvårdens styrning, prioriteringar och finansiering. Argumenten för ett utökat statligt ansvar för finansiering och styrning motiveras oftast utifrån ökad jämlikhet och effektivitet i införande av nya läkemedel, men också effektivitetsargument utifrån läkemedelsutvecklingens bredare samhällsekonomiska vinster, företagens förutsättningar och områdets betydelse för forskning, utveckling och konkurrenskraft. Även beredskapsperspektivet och förmåga till nationell planering, inköp och lagerhållning av läkemedel har förts fram i utredningsarbetet som argument för utökat statligt ansvar. Kommittén förordar ett utökat statligt ansvar för finansiering och styrning av läkemedel.

⁶⁹ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024*.

Kommitténs bedömning av en förändrad ansvarsfördelning

Kommittén menar att argumenten för ett utökat statligt ansvar för läkemedel är starka och behoven av att staten kan styra mer och mer sammanhållet inom läkemedelsområdet är stora. Tillgången till läkemedel behöver generellt bli mer jämlik över landet och särskilt avseende läkemedel för behandling av sällsynta hälsotillstånd. Regionerna ska inte, som i dag, kunna göra olika prioriteringar och fatta olika beslut om läkemedel. Tillgången till läkemedel ska inte vara beroende av var i landet som patienten bor.

Kommittén anser också att införandet av nya effektiva läkemedel behöver ske på ett mer jämlikt och kostnadseffektivt sätt än i dag för att förbättra för patienterna. Kommittén konstaterar att ett utökat statligt ansvar för läkemedel kan vara positivt för att tillgången till nya läkemedel ska bli mer jämlik över landet. Kommittén vill understryka vikten av att ett utökat statligt ansvar för läkemedel utformas på ett sätt som minskar risken för skeva incitament för såväl regionerna som förskrivarna och på ett sätt som förbättrar förutsättningarna för kostnadskontroll och uppföljning. Det kan i sammanhanget vara viktigt att också stärka det systematiska kvalitetsarbetet i hälso- och sjukvården kopplat till läkemedelsanvändning.

Därutöver ser kommittén att ett utökat statligt ansvar inom läkemedelsområdet är nödvändigt utifrån läkemedelsområdets betydelse för samhällsekonomi, forskning, utveckling och konkurrenskraft, för beredskapsförmågan avseende inköp, lagring och fördelning av läkemedel och för att främja systemeffektiviteten och en bättre användning av de samlade resurserna i vården. Kommittén anser att staten genom ett utökat ansvar också behöver ta ett större och tydligare ansvar för uppföljning inom läkemedelsområdet i ett nationellt perspektiv och att förutsättningarna för ökad kostnadskontroll kan förbättras.

Ett statligt ansvar för finansiering av läkemedel väcker många frågor kopplat till övriga systemet för styrning, prioritering, forskning och rekommendationer samt inköp och upphandling. Läkemedel är en central del av hälso- och sjukvården och ingår i många behandlingar som professionerna gör av patienter i regionerna. Därmed kommer ett utökat statligt ansvar för läkemedel medföra behov av att också se över det nationella och regionala systemet för kunskapsstyrning samt rollerna som NT-rådet och de regionala läke-

medelskommittéerna har i dag när det gäller användning av läkemedel. Läkemedelsområdet är även nära kopplat till förutsättningar för forskning och för kliniska prövningar. Kommittén ser att ett utökat statligt ansvar kan medföra positiva förändringar även i det avseendet, till exempel genom att ett sådant ansvar skapar förutsättningar att samordna och kraftsamla forskningen mer och att öka antalet kliniska prövningar genom exempelvis angivande av nationella mål.

Det har inte varit möjligt för kommittén att inom nuvarande uppdrag och arbete lämna konkreta förslag. Kommitténs samlade bedömning är därför att en utredning bör tillsättas med inriktningen att se över hur statens ansvar för läkemedel inklusive finansiering och styrning av läkemedelsområdet kan utformas. Regeringen bör även på kort sikt vidta åtgärder för att säkerställa en mer jämlik tillgång till vissa särskilda läkemedelsbehandlingar. Med tanke på komplexiteten i frågorna behöver det utredas närmare vilka åtgärder som är möjliga och bäst lämpade att vidta på kort sikt.

Det som kommittén beskriver här skulle om det genomförs innebära en omfattande förändring av ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna, även om huvudmannaskapet för hälso- och sjukvården kvarstår hos regionerna. Staten skulle ta större ansvar för och styra starkare inom ett område som är omfattande i flera dimensioner:

- Läkemedel är en mycket vanlig del av de behandlingar som vårdens professioner ger till patienter. Under 2023 hämtade till exempel drygt två tredjedelar (67 procent) av Sveriges befolkning ut minst ett receptförskrivet läkemedel på apotek.⁷⁰
- Utöver statens nuvarande kostnader för förmånsläkemedel (drygt 41 miljarder kronor 2025) skulle även regionernas nuvarande kostnader för rekvisitionsläkemedel (drygt 13 miljarder kronor) tillföras staten, det vill säga drygt 54 miljarder kronor sammanlagt.
- Under 2022 exporterade Sverige läkemedel för 139,4 miljarder kronor.⁷¹
- Läkemedelsindustrin har omkring 15 000 anställda i Sverige.

⁷⁰ Socialstyrelsen (2024), *Statistik om läkemedel 2023*.

⁷¹ Läkemedelsindustriföreningens hemsida om export och import.

- Inom läkemedelsområdet görs forskningsinvesteringar i storleksordningen 10 miljarder kronor årligen.⁷²
- Läkemedel är en central del av systemet för kunskapsstyrning, där företrädare för alla regioner ingår och verkar på olika sätt. Ett utökat statligt ansvar kommer att påverka kunskapsstyrningen inklusive NT-rådet och läkemedelskommittéerna på flera sätt. Ett utökat statligt ansvar för läkemedel påverkar således ett stort antal personer, utöver alla de professioner som i sin yrkesutövning hanterar, förskriver och expedierar läkemedel.

3.4.4 Vaccinationer

Kommitténs bedömning: Utredningsarbetet har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilka vaccinationer som erbjuds och till vilken avgift. Kommitténs uppfattning är att tillgången till vaccinationer inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan vaccinationer ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen. Även skillnader inom regioner behöver utjämnas genom kontinuerlig uppföljning och riktade insatser till grupper där vaccinationstäckningen är lägre.

Kommitténs förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för vaccinationer genom de nationella vaccinationsprogrammen.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kommittén har analyserat vaccinationer som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan och i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka vaccinationer vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Vacciner är läkemedel, och omfattas som sådana också av kommitténs bedömningar kring läkemedel i föregående avsnitt. Hur statens system- och finansieringsansvar för vacciner framöver kommer att utformas är därmed till viss del beroende av vilka åtgärder

⁷² Läkemedelsindustriföreningens hemsida om läkemedelsbranschen.

som beslutas och vidtas för läkemedelsområdet i stort. Kommittén menar dock att planering av, beslut om och implementering av organiserade vaccinationsinsatser kräver särskilda ställningstaganden vilket motiverar att vaccinationer hanteras och ses över i särskild ordning.

Ansvarsfördelningen mellan regioner och stat behöver förändras

Ett statligt huvudmannaskap för vaccinationer och screening behandlas utförligt i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Denna analys visar att det finns svårigheter och utmaningar med att separera tillhandahållaransvaret för vaccinationer från tillhandahållaransvaret för annan hälso- och sjukvård, eftersom många vaccinationer sker integrerat i annan hälso- och sjukvård. Kommittén anser dock att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar för vaccinationer, även om tillhandahållaransvaret fortsatt ska vila på regionerna.

Införandet av vaccinationsprogram på befolkningsnivå har varit en av de enskilt viktigaste insatserna inom folkhälsoområdet och Sverige har sedan länge fler väl fungerande vaccinationsprogram. Staten har i dag system- och finansieringsansvar för en delmängd av de vaccinationer som erbjuds befolkningen. Genom de nationella vaccinationsprogrammen beslutar regeringen om vilka smittsamma sjukdomar som ska ingå i ett nationellt vaccinationsprogram och som därmed erbjuds avgiftsfritt till befolkningen. Härutöver kan regioner på eget initiativ erbjuda vaccinationer i organiserad form, ofta baserat på rekommendationer från Folkhälsomyndigheten. Myndighetens rekommendationer är inte bindande för regionerna och hur rekommendationerna implementeras av regionerna varierar i fråga om exempelvis målgrupp för vaccinationsinsatsen samt i fråga om avgift för vaccinationen. En vaccination som erbjuds avgiftsfritt i en region kan i andra vara den enskildes ansvar att bekosta. Arbetsätten varierar när det gäller genomförandet av vaccinationer, vilket medför att regionerna i olika utsträckning lyckas nå alla befolkningsgrupper och uppnå en hög och jämlik täckningsgrad.

Tillgången till vaccinationer behöver bli mer jämlik

Kommittén anser att tillgången till vaccinationer behöver bli mer jämlik inom och mellan regioner. Omotiverade geografiska skillnader i utbud av vaccinationer är inte acceptabelt. Även skillnader inom regioner måste motarbetas genom kontinuerlig uppföljning av vaccinationer, och därefter genom riktade och strategiska insatser för att öka vaccinationstäckningen i grupper som är svåra att nå. Här har det nationella vaccinationsregistret en central roll och kan bidra till nödvändig kunskap om var i landet och inom vilka befolkningsgrupper som vaccinationstäckningen är lägre och de organiserade vaccinationsinsatserna därmed inte uppnår önskad effekt.

Vidare kan vaccinutvecklingen förväntas fortsatt leda till nya vacciner men också förbättrade, mer effektiva och breddade varianter av vacciner mot sjukdomar som i dag omfattas av nationella vaccinationsprogram eller av rekommendationer. Nya vacciner förväntas bli väsentligt dyrare än många av de vacciner som används i dag. Implementering av nya vaccin i befintliga vaccinationsprogram kräver noggranna hälsoekonomiska och etiska bedömningar. Att vaccinationsinsatser beslutas på nationell nivå bidrar enligt kommittén till en ökad systemeffektivitet och bättre användning av de samlade resurserna. Att staten tar ett ökat finansieringsansvar för vaccinationer bidrar också till en jämlik finansiering. Det finns alltså flera anledningar för ett ökat statligt ansvarstagande för vaccinationer, samtidigt som det saknas starka skäl för ett decentraliserat system för beslut om och finansiering av de vaccinationsinsatser som ska erbjudas brett i befolkningen.

Kommittén konstaterar att det, genom de nationella vaccinationsprogrammen, redan finns en etablerad och beprövad ordning för beslut om och implementering av vaccinationsinsatser som beslutas och bekostas av staten. Att förändra kriterierna för vilka sjukdomar som ska ingå i de nationella vaccinationsprogrammen är därmed en förhållandevis enkel åtgärd för att öka statens system- och finansieringsansvar på vaccinationsområdet.

Statens utökade åtagande inom vaccinationsområdet kommer enligt förslaget inkludera att bedöma och besluta om organiserade vaccinationsprogram som omfattar hela eller delar av befolkningen. Utöver sådana organiserade vaccinationsinsatser ges vaccinationer till enskilda individer, ordinerade av läkare och som mer kan liknas

vid annan läkemedelsbehandling. Det finns alltså behov av vaccinationer som ligger utanför den besluts- och finansieringsordning som gäller för de nationella vaccinationsprogrammen. Även sådana vaccinationer kan vara föremål för rekommendationer från Folkhälsomyndigheten men är inte alltid att betrakta som ”programvaccinationer”. Om även dessa vaccinationer ska bekostas av staten eller om finansieringsansvaret ska kvarstå hos regionerna måste bli föremål för utredning, och är även beroende av kommande ställningstaganden på läkemedelsområdet.

Staten behöver ta ett större finansieringsansvar

Statens finansieringsansvar kommer bland annat att inkludera kostnader för vaccin, kostnader för genomförande av vaccinationer samt kostnader för uppföljning av vaccinationsinsatserna. Vidare kan det krävas utökade resurser för hälsoekonomiska och etiska bedömningar på den nationella nivån. Exempel på vaccinationer som regionerna i dag ansvarar för, och som kan komma att omfattas av ett statligt ansvar, finns vaccination mot influensa, TBE, pneumokocker (för de grupper som inte omfattas av det nationella vaccinationsprogrammet), hepatit B, tuberkulos och kikhosta (vaccination till gravida).

Det är av flera skäl svårt att beräkna storleken på de kostnader som kommer belasta statsbudgeten i stället för regionernas budgetar om kommitténs förslag genomförs. Ett skäl är att det krävs ytterligare utredning för att ta ställning till om staten ska ansvara för alla vaccinationer eller enbart de som ingår i en organiserad vaccinationsinsats. Den typen av ställningstagande är beroende av kommande utredning och beslut på läkemedelsområdet. Det är även svårt att förutse hur staten kommer att ta sitt ansvar och vilka vaccinationer som ska erbjudas, till vilken målgrupp och om de ska vara förenade med en avgift.

Regionerna har i dag ett samarbete kring inköp av vacciner och Adda inköpscentral hanterar nationella upphandlingar. Uppgifter från Adda kan ge viss vägledning i fråga om storleken på regionernas kostnader för vacciner. Influensavaccin upphandlades exempelvis år 2024 av Adda till ett värde av cirka 150 miljoner kronor. Med stöd av ramavtalet *Vacciner 2020*, som omfattar leverans och distri-

bution av andra vacciner för vaccinationer utanför det nationella barnvaccinprogrammet, (till exempelvaccin mot vattkoppor, Hepatit A och B, Polio, rabies, tuberkulos och fästingburen encefalit). Alla regioner kan avropa vaccin med stöd av ramavtalet och år 2022 avropades vacciner till ett värde av 78 miljoner kronor.⁷³

Covid-vaccin har hittills bekostats av staten och upphandlats i särskild ordning i EU-gemensamma processer. Sedan vaccinationerna mot covid-19 inleddes har förutsättningar för och finansiering av vaccinationsarbetet hanterats genom överenskommelser mellan SKR och regeringen. Från och med 2024 tecknas inte längre någon överenskommelse gällande vaccinationer mot covid-19. Regionerna planerar vaccinationsarbetet utifrån Folkhälsomyndighetens rekommendationer. Staten fortsätter att tillhandahålla covidvaccin kostnadsfritt för regionerna men staten ersätter inte längre regionerna för själva vaccinationsarbetet. I statsbudgeten avsattes 436 miljoner kronor för covidvaccin under 2025.⁷⁴ Tillsammans med medel som var avsatt redan i budgetpropositionen för föregående år uppgick statens kostnader för vaccin till 865 miljoner kronor år 2025.

Till kostnader för vaccin kommer även kostnader för hälsoekonomiska bedömningar som ska ligga till grund för beslut om vaccinationsinsatser, den statliga beslutsprocessen, genomförande av vaccinationer samt kostnader för uppföljning av vaccinationsinsatser. På Folkhälsomyndigheten arbetar i dag cirka tio heltidsanställda på den enhet som har huvudansvar för vaccinationsprogram. De har olika typer av kompetenser såsom folkhälsovetare, epidemiologer, mikrobiologer, barnläkare och infektionsläkare. På myndigheten finns även hälsoekonomer, administrativt stöd, kommunikatörer och jurister som motsvarar ytterligare två heltidstjänster, vilka arbetar med nationella vaccinationsprogram. Övervaknings-, uppföljnings- samt analysarbete kopplat till vaccinationsprogram tillkommer också genom cirka fem heltidstjänster.⁷⁵

Kompetens finns alltså inom myndigheten men denna kan behöva utökas, både för arbetet med vaccinationsprogram och för

⁷³ Samma år avropades vacciner inom barnvaccinationsprogrammet till ett värde av cirka 355 miljoner kronor. Dessa vaccin upphandlas i dag av regionerna men finansieras av staten genom tillämpning av finansieringsprincipen och kostnaden ersätts regionerna genom statsbidragen.

⁷⁴ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*, s. 117.

⁷⁵ SOU 2024:2, *Ett samordnat vaccinationsarbete* s. 359 f.

arbetet med uppföljning och analys. En särskild finansiering kan krävas i en övergångsfas då flera nya sjukdomar ska tillföras de nationella vaccinationsprogrammen. Därefter kommer arbetet återgå till att bevaka smittspridning och kommande vacciner, samt bedöma om nya eller förbättrade vacciner ska leda till förändringar och justeringar av programmen. Det tillkommer även engångskostnader för att utöka det nationella vaccinationsregistret.⁷⁶

3.4.5 Screening

Kommitténs bedömning: Utredningsarbetet har visat att det finns omotiverade skillnader mellan regionerna i fråga om vilken screening som erbjuds. Kommitténs uppfattning är att tillgången till screening inte ska vara beroende av var i landet som patienten bor utan screening ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen.

Kommitténs förslag: Staten bör ta ett utökat ansvar för screening. Ett utökat statligt ansvar är dock förenat med flera utmaningar, varför en utredning bör tillsättas med uppdrag att närmare utreda formerna för detta.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kommittén har analyserat screening som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan och i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka screening vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Med screening avses en systematisk undersökning av en del av befolkningen för att identifiera personer med ett tillstånd som innebär en risk för framtida ohälsa. Syftet är att upptäcka hälsotillstånd som kan få allvarliga eller omfattande konsekvenser.

Det är Socialstyrelsen som ansvarar för att ta fram rekommendationer om nationella screeningprogram. Det finns en regional

⁷⁶ Se beräkningar i SOU 2024:2, *Ett samordnat vaccinationsarbete* s. 360.

variation i introduktion av screeningprogram och i efterlevnaden av Socialstyrelsens rekommendationer.

Tillgången till screening behöver bli mer jämlik

Kommittén anser att de skillnader som finns mellan regioner i fråga om vilken screening som erbjuds invånare inte är acceptabla. Skillnaden i tillgång till screening kan få stora konsekvenser för den enskilde patienten i fråga om tidig upptäckt av sjukdomar och möjlighet till en framgångsrik behandling. Kommittén menar mot denna bakgrund att det finns skäl för staten att ta ett utökat ansvar inom screeningområdet. Det pågår dessutom en snabb teknisk och medicinsk utveckling och det är därför angeläget att rekommendationer löpande uppdateras utifrån ny evidens även fortsättningsvis. Den snabba utvecklingen ställer ytterligare krav på regionerna att implementera nya och uppdaterade screeningmetoder.

Att utöka statens ansvar för screeningområdet är förenat med flera svårigheter. Att staten utökar sitt ansvar för screeningområdet, utan hänsyn till systemet i sin helhet, kan ha negativa effekter. Vid utformningen av ett system för ett ökat statligt ansvarstagande måste man försäkra sig om att det finns tillräcklig analyskapacitet av prover och undersökningar samt att vidare utredning och behandling av resultaten från screeningen kan tas om hand inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Kommittén menar att statens ansvar därmed måste beakta det utrednings- och vårdbehov som uppstår med anledning av en utökad screening och hur finansieringsansvaret för detta ska fördelas. Om staten exempelvis tar ett utökat finansieringsansvar för implementering av screeningprogram kan staten behöva ansvara för kostnader förknippade med att utreda falskt positiva resultat, det vill säga resultat som i ett senare utredningsskede inte visar på sjukdom. Sant positiva svar tas omhand i hälso- och sjukvården och kan vid tidig upptäckt även bidra till en mer effektiv resursanvändning. Det finns också en etisk dimension kopplad till ett utökat statligt ansvar för screening. Ju mer screening som genomförs, desto mer vårdbehov i form av sjukdomar och andra besvär kommer man att upptäcka och behöva behandla. Det är i huvudsak positivt med insatser som möjliggör tidig upptäckt men man behöver också beakta

att även falskt positiva resultat kan medföra oro och stress för patienter och närstående.

Frågan behöver utredas närmare med inriktning mot ökat statligt ansvar

En utredning på området bör fokusera på hur staten genom ett utökat ansvar, och i samarbete med regionerna, kan verka för väl utformade screeningprogram som implementeras på ett likvärdigt sätt över hela landet.

Beroende på hur statens ansvar för screening utformas kommer detta innebära olika kostnader och konsekvenser för bland annat statsbudgeten. Vid skrivandet av Vårdansvarskommitténs betänkande har Socialstyrelsen lämnat rekommendationer om screening för elva sjukdomar. Av dessa är det två områden där Socialstyrelsen skrivit att regionerna ska erbjuda screening och fyra områden där regionerna bör erbjuda screening.

Det finns inte sammanställda beräkningar av kostnaderna för screeningprogrammen efter implementering. Kostnader som är förknippade med screening är bland annat hälsoekonomiska bedömningar inför en rekommendation samt utvärdering av screeninginsatserna, informationsinsatser till befolkningen, kallelser, hantering av hälsodeklaration, samtycke från vårdnadshavare i de fall detta är nödvändigt, analys av prover, journalföring och vård och behandling i det fall som ett behandlingsbart tillstånd upptäcks i screeningen.

För att ge ett exempel på kostnader för utredning inom screeningområdet kan man titta på utredningen om en uppdaterad nationell cancerstrategi. Utredningen föreslog bland annat uppdrag till Socialstyrelsen att förstärka och utveckla sin process för rekommendationer inom screeningområdet, så att rekommendationerna löpande anpassas till ny evidens. Uppdraget bör även omfatta en systematisk uppföljning av implementeringen av rekommendationerna och vårdprogrammen per region och befolkningsgrupp. Utredningen föreslog även att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att i samarbete med Cancercentrum, säkra att evidensbaserade metoder för att nå underrepresenterade grupper finns med i myndighetens screeningrekommendationer samt i andra relevanta nationella kunskapsstöd. I enlighet med kostnader för schablonmässiga regeringsuppdrag till Socialstyrelsen bedömde utredningen att de två uppdragen till myn-

digheten skulle kosta cirka 4 miljoner kronor, med en löpande kostnad på cirka 600 000 kronor (en halv årsarbetskraft) för den löpande verksamheten i uppdraget att förstärka och utveckla processen för rekommendationer inom screeningområden.⁷⁷

3.4.6 Rättspsykiatrisk vård

Kommitténs bedömning: Rättspsykiatrisk vård är en straffrättslig påföljd och frihetsberövande och andra tvångsåtgärder inom den rättspsykiatriska vården motiveras av såväl vårdbehov som samhällsskydd.

Den rättspsykiatriska vårdens särskilda karaktär i detta avseende motiverar enligt kommitténs bedömning att staten tar ett större ansvar för såväl finansiering av vården som vårdens kvalitet och innehåll. Inriktningen framåt bör vara att staten ansvarar för att finansiera hela eller delar av den rättspsykiatriska vården, vilket måste kombineras med tydliga krav på vårdens kvalitet och innehåll. Regionerna bör dock fortsatt ha tillhandahållaransvaret för den rättspsykiatriska vården.

Kommitténs förslag: Statens ansvar för den rättspsykiatriska vården bör stärkas. Som ett första steg bör staten ta finansieringsansvaret för den rättspsykiatriska vården genom att lämna ersättning till regionerna för de patienter som vårdas i den rättspsykiatriska vården. Regeringen bör även tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag på hur statens systemansvar och befogenheter samt styrning av rättspsykiatrisk vård framöver kan utvecklas i syfte att stärka vårdens kvalitet och innehåll.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Kommittén har analyserat rättspsykiatrisk vård som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan och i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka rättspsykia-

⁷⁷ Socialdepartementet (2024). *Bättre tillsammans – förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi*.

trisk vård vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Rättspsykiatrisk vård initieras i de flesta fall av att en person begår en brottslig handling och överlämnas till rättspsykiatrisk vård efter beslut av allmän domstol.⁷⁸ Rättspsykiatrisk vård är inte tidsbestämd utan vårdtiden påverkas av en rad faktorer och varierar mellan individer. För de patienter som vårdas med beslut om särskild utskrivningsprövning prövar en förvaltningsdomstol var sjätte månad om vården kan avslutas. Prövningen omfattar en helhetsbedömning av den dömdes situation där både medicinska och sociala faktorer, som boendesituation och sysselsättning, tillmäts betydelse. Ett frihetsberövande inom rättspsykiatrisk vård kan därför pågå längre än vad som är motiverat med hänvisning till brottets straffvärde eller personens behov av psykiatrisk tvångsvård. Rättspsykiatrisk vård motiveras således av såväl vårdbehovet som av straff och samhällsskydd och legitimeras av flera olika rättsliga grunder och principer.⁷⁹

Nuläget

I Sverige har rättspsykiatrin genomgått en omfattande expansion under det senaste decenniet. Jämfört med 2014 har antalet domslut med rättspsykiatrisk vård som huvudpåföljd ökat med 27 procent. Antalet individer som vårdas inom den slutna rättspsykiatriska vården har under samma tidsperiod ökat med 25 procent. Antalet personer som döms till rättspsykiatrisk vård varierar mellan 220 och 400 lagöverträdare per år.⁸⁰

SKR har i rapporter visat på ett ökat behov av rättspsykiatrisk vård och som en följd av detta ökade kostnader för regionerna. Det ökade behovet har varit särskilt tydligt från år 2017. Nuläget inom rättspsykiatrin i Sverige kan enligt SKR beskrivas som mycket besvärligt med mycket hög beläggning och vårdplatsbrist. SKR:s ana-

⁷⁸ Lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård omfattar vid sidan av den som överlämnas till rättspsykiatrisk vård av domstol, även den som är anhållen, häktad eller intagen i kriminalvårdsanstalt, den som är dömd till slutna ungdomsvård och den som är intagen för rättspsykiatrisk undersökning. Dessa patienter är oftast i behov av kortvarig psykiatrisk vård.

⁷⁹ Bennet, T. *Rättspsykiatrisk vård – tvångsvård som påföljd för brott*, i: Dahlin, Juth och Sjöström, *Tvång på gott och ont – en forskningsantologi om tvång i välfärden*, (Iustus, 2025).

⁸⁰ Det låga antalet domslut med huvudpåföljden rättspsykiatrisk vård leder dock till att antalsmässigt små förändringar kan ge stora procentuella variationer mellan åren. Se Brå rapport, *Personer lagförda för brott, Slutlig statistik, 2023*, s. 21 f. och Brottsförebyggande rådet *Personer lagförda för brott*, information på hemsidan.

lyser visar att regionerna planerar en ökning av antalet slutenvårdsplatser från dagens 1 353 till 1 516 platser år 2035, men att det behövs ytterligare platser för att nå en belägningsgrad på 90 procent.⁸¹

Det är ett stort inflöde av patienter samtidigt som det är svårt att slussa ut patienterna till öppen rättspsykiatrisk vård på grund av bristande tillgång till sociala stödsatser som till exempel anpassat boende.⁸² Ett ökat behov av rättspsykiatriska vårdplatser är en stor utmaning för regionerna och kan leda till undanträngningseffekter i annan psykiatrisk vård, som redan är hårt ansträngd.

Det är också sedan länge känt att förutsättningarna för att bedriva en högt specialiserad rättspsykiatrisk vård varierar mellan regionerna. Det råder en stor ojämlikhet mellan olika regioner vad gäller tillgången till kompetent personal, vårdinnehåll och vårdtider. Vidare finns stora variationer över landet i hur behandlingsmetoder införs och används samt stora regionala skillnader i fråga om verksamheternas arbete med patienternas delaktighet, trygghet och möjlighet till återhämtning.⁸³ Aktuella beräkningar visar dessutom att antalet individer som vårdas i den slutna rättspsykiatriska vården varierar mellan regionerna, där det för vissa regioner skett en stor ökning av antalet dömda inom regionens geografiska ansvarsområde, samtidigt som antalet dömda i andra regioner har minskat.⁸⁴ Det finns också stora brister i uppföljning och kvalitetssäkring och det saknas därför en nationell bild över läget inom den rättspsykiatriska vården. Det exakta nuläget i rättspsykiatrin är svårt att fastställa på grund av osäkra datakällor.⁸⁵

Staten behöver ta ett större ansvar för rättspsykiatrisk vård

Omhändertagande inom den rättspsykiatriska vården motiveras inte enbart utifrån patientens vårdbehov, utan även utifrån straffrättsliga överväganden och behovet av samhällsskydd. Den rätts-

⁸¹ Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.

⁸² Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrin i siffror Kartläggning av rättspsykiatrin* 2023, s. 4.

⁸³ Se bland annat Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård-Kartläggning och utvecklingsförslag* och SOU 2015:52 *Rapport från Bergvallkommissionen*.

⁸⁴ Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.

⁸⁵ Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatrin* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.

psykiatriska vården ställer specifika krav på bland annat vårdinrättningens utformning och säkerhet samt på vårdtidens längd. Den rättspsykiatriska vården medför således kostnader som inte enbart är relaterade till vårdbehovet. Kommittén anser att den rättspsykiatriska vårdens särskilda karaktär i detta avseende motiverar ett utökat statligt ansvar.

Vad gäller ett statligt huvudmannaskap, inklusive tillhandahållaransvar för den rättspsykiatriska vården behandlas detta närmare i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (se betänkandets volym 2). Kommittén anser att det finns risker med ett statligt huvudmannaskap för den rättspsykiatriska vården. Med ett statligt tillhandahållaransvar skulle den rättspsykiatriska vården riskera att i ännu större utsträckning separeras från övrig hälso- och sjukvård, och samarbetet mellan den rättspsykiatriska vården och övrig somatisk och psykiatrisk vård skulle kunna försvåras om verksamheterna skulle delas mellan två huvudmän.

Kommitténs uppfattning är dock att staten behöver ta ett utökat system- och finansieringsansvar för den rättspsykiatriska vården. Det behövs ett utökat statligt systemansvar för innehåll och kvalitet genom en tydligare statlig styrning av den rättspsykiatriska vården. Andra delar av systemansvaret är en ökad nationell samordning kring kompetens- och kvalitetsutveckling inom den rättspsykiatriska vården där kompetenskrav och kvalitetsmått behöver bli mer enhetliga. Staten kan också formulera nationella krav på lokallernas utformning och utrustning, personalens kompetens samt uppföljning och inrapportering av data.

När det gäller ansvar för finansieringen anser kommittén att staten relativt omgående bör kliva fram och ta ett ökat ansvar. Liksom för andra områden där ansvaret delas mellan stat och region finns risker för felaktiga incitament. Exempelvis skulle regionerna rent teoretiskt kunna försena utskrivningen av patienter från den rättspsykiatriska vården, eftersom kostnaden för behövlig psykiatrisk vård då skulle övergå från staten till regionerna. Sådana felaktiga incitament måste beaktas vid utformning av ett system för utökad statlig styrning. En förhoppning är att ett utökat statligt finansieringsansvar för den rättspsykiatriska vården är att övrig psykiatrisk vård ska stärkas genom att denna kan fredas från att resurserna används för att uppfylla regionernas rättspsykiatriska uppdrag.

Finansieringen bör hanteras på kort sikt och statens ansvar i övrigt bör utredas närmare

Kommittén anser att regeringen bör uppdra åt lämplig myndighet att utarbeta och etablera en finansierings- och ersättningsmodell. En rimlig modell är enligt kommittén att staten betalar ut ersättning till regionerna enligt ett schablonbelopp per dömd patient och utifrån säkerhetsklass. Det skulle innebära att ersättningen anpassas till antalet patienter och de krav som säkerhetsklasserna medför. Enligt aktuella beräkningar från SKR uppgick de samlade kostnaderna för rättspsykiatrisk vård (sluten och öppen) år 2023 till cirka 3,5 miljarder kronor, vilket ger en indikation på storleken av statens finansiella åtagande.⁸⁶

När det gäller hur statens systemansvar ska utvecklas framöver menar kommittén att detta behöver utredas närmare utifrån den riktning som kommittén här pekat ut. Det utökade statliga systemansvaret implementeras därmed i ett senare skede. Det är av avgörande vikt att det finns ett fungerande samarbete mellan den rättspsykiatriska vården och annan psykiatrisk vård. Utan sådan kontakt kan det vara svårt att skriva ut en patient från den rättspsykiatriska vården. Vikten av samverkan kring patienterna med bland annat kommunernas socialtjänst är också avgörande. Det fortsatta utvecklingsarbetet måste därför beakta hela vårdkedjan.

3.4.7 Luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter

Kommitténs bedömning: Regionerna har ett upparbetat samarbete kring ambulansflyg. När det gäller ambulanshelikopter är situationen en annan och alla regioner har i dag inte någon egen helikopterverksamhet. Internationellt samarbete i olika organisationer väcker också många frågor kring nationell samordning och styrning av luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter i såväl fredstid som i händelse av kris, höjd beredskap eller krig. Kommittén noterar att Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten lagt fram förslag om det nationella och statliga ansvaret för frågorna i händelse av kris, höjd beredskap och krig.

⁸⁶ Sveriges Kommuner och Regioners beräkningar sammanställda i *Fördjupad nationell lägesbild av behov och kapacitet inom rättspsykiatri* (arbetsmaterial), 7 mars 2025.

Kommittén bedömer att det är angeläget att regeringen bereder dessa förslag vidare och då även inkluderar den nationella samordningen och styrningen samt tillgången i framtida lägen.

Skälen för kommitténs bedömning

Kommittén har undersökt området luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter som ett scenario för delvis statligt huvudmannaskap i avsnitt 3.2 ovan samt i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap (betänkandets volym 2). Kommittén har valt att undersöka området vidare utifrån perspektivet utökat statligt ansvar med stärkt statlig styrning.

Nuläget

Den luftburna ambulanssjukvården utgörs i huvudsak av ambulanshelikopter och ambulansflyg. Kombinationen hög medicinsk kompetens, snabb insatstid och transport till rätt vårdnivå gör att detta är en samhällskritisk resurs med stort värde, både vid olyckor i vardagen och vid allvarigare händelser och katastrofer samt vid transporter mellan vårdinrättningar. Vanligen är luftburen ambulanssjukvård bemannad av läkare men en del regioner väljer att ta med läkare i ambulanshelikopter/flygplan bara vid behov.⁸⁷

En annan men relaterad fråga gäller sjuktransporter. Det är inte ovanligt att samma fordon som används i prehospital akutsjukvård även används till olika former av sjuktransporter, till exempel för transport av patienter mellan sjukhus och andra vårdinrättningar. Enligt HSL (7 kap. 6 §) är regionerna i dag ansvariga för att det "...inom regionen finns en ändamålsenlig organisation för att till och från vårdinrättning eller läkare transportera personer vars tillstånd kräver att transporten utförs med transportmedel som är särskilt inrättade för ändamålet."

Kommunalförbundet Svensk Luftambulans (SLA) bedriver sedan 2014 ambulanshelikopterverksamhet för de fyra regionerna Värmland, Dalarna, Västerbotten och Norrbotten. Helikoptrarna har likheter med vägburna ambulanser och kan ge prehospital akut-

⁸⁷ Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag*.

sjukvård till skadade och sjuka direkt på plats. De är bemannade med narkosläkare och sjuksköterska som förutom vård på plats även kan ge vård under transport. Helikoptrarna gör också intensivvårdstransporter av patienter mellan vårdinrättningar såväl inom som utom de regioner som är medlemmar i SLA. I dag finns nio luftambulansbaser i Sverige. Sex av dem ligger i regioner som är medlemmar i SLA. Till det kommer tre baser som upphandlats direkt av respektive region. Resterande 12 regioner har i dag ingen tillgång till ambulanshelikopter.⁸⁸

Kommunalförbundet Svenskt Ambulansflyg (KSA) bildades 2016 och utför ambulansflyguppdrag med sex flygplan nationellt och internationellt för samtliga 21 regioner. Verksamheten har tillgång till beredskapsbaser i Umeå, Stockholm/Arlanda och Göteborg/Landvetter. Beställningar på flygtransporter från regionerna samt prioritering och koordinering av uppdrag sköts av kommunalförbundets flygkoordineringscentral (FKC) i Umeå.⁸⁹

En central aktör inom området är SOS Alarm Sverige AB som ägs till hälften av SKR och till hälften av staten. Parterna finansierar gemensamt SOS Alarms verksamhet. Styrelsen består av nio ledamöter varav fyra utses av staten och fyra av SKR Företag AB. Den nionde ledamoten som också är styrelseordförande utses av ägarna gemensamt.⁹⁰

Flera pågående initiativ och uppdrag om samordning och styrning

Kommittén konstaterar att det sedan en tid pågår flera initiativ i riktning mot ökad nationell samordning, samverkan och styrning. Initiativen utgörs av samarbeten mellan regioner och uppdrag till statliga myndigheter och de handlar på olika sätt om att öka den nationella samordningen och förmågan att nyttja befintliga resurser i ett nationellt perspektiv. Det är angeläget att denna inriktning fortsätter och att befintlig kapacitet kan användas där och när den behövs.

⁸⁸ Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag*.

⁸⁹ Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag*.

⁹⁰ SOS Alarm Sverige AB, *Årsredovisning 2023*.

Socialstyrelsen har tidigare utrett juridiska hinder för samverkan över landsgränser och lagt förslag som kan genomföras.⁹¹ Socialstyrelsen har också kartlagt den prehospitla akutsjukvården och lämnat flera förslag, bland annat om utvecklad kunskapsstyrning och om sammanhållen datamängd för förbättrad uppföljning.⁹² Inom ramen för nationell högspecialiserad vård har Socialstyrelsen väckt frågan om interregionala intensivvårdstransporter kan utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter. Förslaget bordlades efter remiss och beredning.⁹³

SKR koordinerar och stöder arbete i regionerna utifrån överenskommelsen mellan regeringen och SKR om god och nära vård 2022. Arbetet bedrivs i samverkan med landets regioner i syfte att ta fram ett förslag på en rikstäckande och regiongemensam samverkansmodell för sekundära intensivvårdstransporter (för alla transportslag, inte enbart luftburna).⁹⁴ Arbetet tar sin utgångspunkt i befintliga underlag, exempelvis Socialstyrelsens förslag om att göra detta till nationell högspecialiserad vård. Arbetet har fortsatt under 2024. En nationell arbetsgrupp inom kunskapsstyrningen analyserar vilken kompetens och utrustning som behövs vid transport av svårt sjuka patienter.⁹⁵

Nyligen redovisade Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten ett gemensamt regeringsuppdrag att kartlägga resurser för sjuktransporter och ta fram ett förslag till plan för nationell samordning vid fredstida kriser, höjd beredskap och ytterst krig. I rapporten föreslås en målbild för sjuktransporter och sjuktransportsamordning i Sverige vid kris och krig. Ett förslag till nationell plan redovisas för hur samordning av sjuktransporter kan åstadkommas utifrån nu rådande förutsättningar. Vidare presenteras hur planen kan genomföras och med hjälp av fyra scenarier beskrivs hur ökad nationell samordning kan åstadkommas. Myndigheterna beskriver hur den nationella planen kan informationsförsörjas med utgångspunkt i

⁹¹ Socialstyrelsen (2021), *Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige – Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region.*

⁹² Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitala akutsjukvård – nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag.*

⁹³ Socialstyrelsens hemsida om nationell högspecialiserad vård.

⁹⁴ *Överenskommelsen God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav* (dnr S2022/00607).

⁹⁵ Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *rapport God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav.*

den nationella digitala infrastrukturen. De båda myndigheternas slutsatser är följande:

- Förutsättningar för, och behov av, nationell samordning av sjuktransporter och förstärkningsresurser ser olika ut i olika scenarier för kris och krig.
- Det finns flera olika typer av sjuktransporter och förstärkningsresurser i Sverige, men ingen samordnad nationell dimensionering av den samlade transportresursen utifrån de behov som kan uppstå vid kris och krig.
- Nya koncept för förstärkningsresurser på sjuktransportområdet behöver utvecklas, och aktuella regelverk behöver stödja sådan utveckling.
- Sveriges system för samordning av sjuktransporter behöver integreras med motsvarande system inom Norden, Nato, EU och WHO.
- Det finns ett behov av en nationell digital lägesbild för sjuktransporter vid krissituationer eller händelser som involverar flera regioner. Utveckling av en lägesbild kräver en fördjupad behovsanalys och iterativ utveckling baserad på användarnas behov.
- Det civil-militära samarbetet på sjuktransportområdet behöver fördjupas, konkretiseras och utgå från gemensamma principer.
- Det behövs förutsättningar för nationellt enhetliga medicinska prioriteringar på sjuktransportområdet.
- Interoperabilitet (juridisk, organisatorisk, semantisk och teknisk) på sjuktransportområdet behöver stärkas, såväl mellan olika typer av sjuktransporter, som mellan larmcentraler.

Staten behöver ta ett större ansvar för frågan i såväl fredstid som i händelse av kris, höjd beredskap och krig

Kommittén ser behovet av och möjligheterna till ökad nationell samordning inom området luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Det är angeläget utifrån ett patientperspektiv men också utifrån Sveriges möjlighet att hantera kapaciteten för

transportfrågor i vården på ett mer samlat och effektivt sätt över landet.

Rapporten från Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten pekar på viktiga frågor som behöver lösas för krissituationer, höjd beredskap och krig. Men kommittén menar att det behövs ett helhetsgrepp på frågan om hur statens ansvar och möjligheter att styra kan öka. Kommittén konstaterar att de behov som Socialstyrelsen och E-hälsomyndigheten identifierat finns även i fredstid och anser därför att regeringen bör tillsätta en utredning för att med utgångspunkt i myndigheternas framlagda förslag undersöka hur staten kan ta ett utökat ansvar för den nationella samordningen av luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter och hur statens styrning av dessa frågor kan utvecklas och stärkas.

3.5 Kommitténs bedömningar och förslag om stärkt och förbättrad statlig styrning

Kommitténs bedömning: Kommittén anser att statens styrning av regionernas hälso- och sjukvård behöver stärkas och förbättras. Statens styrning av hälso- och sjukvården är över lag splittad och mängden styr signaler är omfattande. Den statliga styrningen är dessutom ofta kortsiktig och detaljerad på grund av användandet av tillfälliga statsbidrag och stimulansmedel. Regionerna måste ges långsiktiga planeringsförutsättningar och regionernas mottagarkapacitet för den statliga styrningen måste beaktas vid styrningens utformning. Statens ansvarsutkrävande och kontroll bör stärkas i syfte att säkra patientens rättigheter samt garantera att hälso- och sjukvårdslagstiftningen får större genomslag i praktiken.

Kommitténs förslag: Riktade statsbidrag bör användas endast i undantagsfall. Det bör fastställas tydligare kriterier för när riktade statsbidrag får användas.

Kommitténs förslag: Den statliga styrningen bör renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas. Det bör tillsättas en utredning om hur och på vilka områden detta ska genomföras.

Kommitténs förslag: Staten bör vidta åtgärder gentemot regionerna för ökad regelefterlevnad och för att stärka patientens ställning. Detta kräver dels stärkt uppföljning, information och kunskap om regionernas insatser, dels verktyg i form av till exempel stärkt tillsyn och utökade sanktioner samt information till patienterna om deras rättigheter och möjligheter att välja i olika avseenden.

Skälen för kommitténs bedömning och förslag

Ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem som det svenska föranleder en mer strategisk roll för riksdagen, regeringen och de statliga myndigheterna. Fokus för den statliga styrningen behöver vara att sätta villkoren och ramarna, samordna mål och policy och arbeta med uppföljning och tillsyn samt att säkra det nationella perspektivet på vården för invånarna och patienterna. När systemansvaret för hälso- och sjukvården är delat handlar styrning och policy från statligt håll mycket om att hantera det ömsesidiga beroende som finns för att uppnå gemensamma mål. För att inte inskränka på den kommunala självstyrelsen har lagstiftaren gjort bedömningen att hälso- och sjukvårdslagen ska vara en ramlag som anger mål men inte har detaljerade bestämmelser om hur hälso- och sjukvården ska bedrivas.

Kommittén anser samtidigt att den statliga styrningen av hälso- och sjukvården behöver stärkas och förbättras. Att den statliga styrningen ska stärkas innebär att den redan gällande lagstiftningen i högre grad ska få genomslag i hälso- och sjukvården och att det ska finnas bättre förutsättningar för ansvarsutkrävande i de fall där önskad utveckling inte sker eller lagstiftade mål inte uppnås.

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården har de senaste decennierna ökat i omfattning, komplexitet och detaljeringsgrad. Statens styrning syftar i grunden till att skapa genomslag för nationella mål och krav i den kommunala och regionala verksamheten. Statens styrmedel kan vara tvingande i form av lagar, förordningar och föreskrifter eller mer eller mindre frivilliga som vägledningar, riktade statsbidrag och överenskommelser av olika slag. Exempel på styrmedel som nämns i kommitténs direktiv är uppföljning, utvärdering, inspektioner och sanktioner. Det finns också informativa

styrmedel till vilka kunskapsstyrningen och nationella riktlinjer kan räknas.

Att enbart öka den statliga styrningen, utan en sammanhängande idé om hur ansvarsfördelning och styrning ska hänga samman, innebär uppenbara risker för att nuvarande problem med många styr-sig-naler från olika aktörer och nivåer riktade till hälso- och sjuk-vårdens verksamheter ökar. Stärkt statlig styrning innebär således, enligt kommittén, inte mer styrning genom fler styrmedel. Det är också viktigt att förändringar av statens styrning sker utifrån en avvägning mellan behovet av statlig styrning, tillsyn och uppfölj-ning och utrymme för den kommunala självstyrelsen.

Kommittén anser att det finns flera sätt att utveckla den statliga styrningen till att bli starkare och mer ändamålsenlig inom ramen för nuvarande ansvarsfördelning och där såväl huvudmannaskap som system- och finansieringsansvar är oförändrat. Staten har såväl främ-jande som normerande och ansvarsutkrävande styrinstrument som kan och bör användas mer.

Riktade statsbidrag bör användas endast i undantagsfall

Ett viktigt styrmedel för staten är ekonomisk styrning via stats-bidrag. Statsbidragen brukar delas upp i generella och riktade. Generella statsbidrag har, till skillnad mot riktade statsbidrag, inga krav på motprestation eller att de ska användas på ett särskilt sätt.

Statskontoret har i en rapport från 2024 sammanställt att det under 2023 fanns 167 riktade statsbidrag och 23 kostnadsersätt-ningar till kommunsektorn. De flesta bidragen finns inom utgifts-områdena 9 Hälso- och sjukvård och social omsorg och 16 Utbild-ning och universitetsforskning. Det fanns under 2023 fler riktade statsbidrag till kommuner än till regioner, 133 respektive 84. Till regionerna betalade staten ut ungefär 105 miljarder kronor i stats-bidrag under 2023. Av dessa är ungefär 44 miljarder generella stats-bidrag, 21 miljarder riktade statsbidrag samt 40 miljarder kostnads-ersättningar (i huvudsak för förmånsläkemedel). Staten har betalat ut mindre medel till regioner under 2023 än den gjorde under pan-

demiåren 2020, 2021 och 2022. Antalet riktade statsbidrag och kostnadsersättningar under 2023 var det lägsta sedan 2018.⁹⁶

Utjämningskommitténs (SOU 2024:50) kartläggning över en längre tidsperiod visar dock att antalet riktade statsbidrag har ökat sedan början av 1990-talet. Detta trots att det sedan 1990-talet finns en grundläggande princip att statsbidrag som går till verksamhet för vilken kommuner och regioner är ansvariga, som huvudregel, ska vara generella.⁹⁷

Användningen av riktade statsbidrag kan vara motiverat

Den parlamentariska Utjämningskommittén (SOU 2024:50) lyfte att de riktade statsbidragen kan ha vissa fördelar jämfört med andra styrmedel som lagstiftning eller generella statsbidrag. Regeringar kan vilja använda riktade statsbidrag för att dessa:

- ger statsmakterna möjlighet att uttrycka politiska prioriteringar,
- medger en snabb och flexibel styrning som kan svara mot oväntade omvärldshändelser, samt
- skapar möjlighet att fördela resurser på ett sätt som kan vara svårt att åstadkomma i de generella systemen.

Även Produktivitetskommissionen (SOU 2024:29) menade i sitt delbetänkande att det kan finnas legitima skäl för att använda riktade statsbidrag. Det kan exempelvis röra sig om situationer där kommunens och regionens samt statens intressen inte sammanfaller, eller där kommunsektorns incitament av andra skäl inte fullt ut fångar de samhällsekonomiska effekterna av det egna agerandet. Kommissionen menade att väl utformade riktade statsbidrag kan hjälpa kommuner och regioner att prioritera sin kärnverksamhet och få kommunsektorns och statens intressen att sammanfalla med vad som är samhällsekonomiskt önskvärt. Att de riktade statsbi-

⁹⁶ Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 – Antal, omfattning och innehåll*.

⁹⁷ Enligt Utjämningskommittén (SOU 2024:50) har denna princip sitt ursprung i ett betänkande från Kommunalekonomiska kommittén (SOU 1991:98) som även föreslog att ett stort antal riktade statsbidrag skulle inordnas i ett generellt stöd till kommunsektorn. Principen befästes av riksdagen i samband med en kompletteringsproposition till statsbudgeten som regeringen gick fram med inför budgetåret 1992/93 (prop. 1991/92:150, *Förslag om slutlig reglering av statsbudgeten för budgetåret 1992/93*).

dragen är väl utformade är därför viktigt för produktiviteten i kommunsektorn. Även SKR har lyft att riktade statsbidrag kan vara motiverat och stödjande för kommuner och regioner, givet att bidragen utformas med det syftet.⁹⁸

Riktade statsbidrag har flera nackdelar

Att riktade statsbidrag orsakar administrativt arbete hos mottagande regioner, och inte alltid på ett effektivt sätt bidrar till det tänkta målet, är samtidigt något som har konstaterats av många tidigare statliga utredningar och rapporter från myndigheter och SKR. De riktade statsbidragen har kritiserats för att leda till planeringssvårigheter för de mottagande kommunerna och regionerna då riktade statsbidrag tenderar att presenteras i otakt med de kommunala och regionala budgetprocesserna.

De riktade statsbidragen brukar också pekas ut som en källa till att verksamheterna möter många och okoordinerade statliga styr-signalerna. Statens hänsyn till kommunernas och regionernas mottagar-kapacitet, både resursmässigt och kompetensförsörjningsmässigt, behöver bli bättre. Det har också lyfts att en allt för detaljerad statlig styrning genom riktade statsbidrag kan leda till undanträngnings-effekter och att lokala politiska prioriteringar omförflyttas, vilket i sin tur kan försvåra det demokratiska ansvarsutkrävandet för medborgarna.

Utjämningskommittén (SOU 2024:50) framförde att en risk med ett ökat inslag av riktade statsbidrag är att varken staten eller kommunsektorn känner fullt ansvar för den verksamhet som bedrivs, och att inte heller invånarna i kommunen eller regionen vet om det är i riksdags-, region- eller kommunval som de ska visa sitt gillande eller ogillande med verksamheten.

Att det finns mindre strikta beredningsprocesser när det gäller riktade statsbidrag, jämfört med exempelvis lagstiftning, innebär en risk för att nödvändig förankring av syfte, mål och inriktning hos mottagande kommuner och regioner inte genomförs. Detta kan i sin tur leda till att statsbidragen inte utformas med hänsyn till mottagarkapaciteten hos regionerna och kommunerna.

⁹⁸ Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Hur ger statsbidragen bäst effekt? Om de riktade och generella statsbidragen*, Sveriges Kommuner och Regioner (2016), *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner*.

Flera tidigare utredningar har föreslagit principer för användningen av riktade statsbidrag

Den senaste parlamentariska utjämningskommittén (SOU 2024:50) föreslog att statsbidrag som går till verksamhet för vilken kommuner och regioner är ansvariga ska, som huvudregel, vara generella. Riktade statsbidrag ska enligt kommitténs förslag kunna ges:

- Som kostnadsersättningar för uppgifter som ålagts kommuner och regioner av staten
- Vid extraordinära situationer där kommuner och regioner kan påverkas i olika omfattning
- När det finns samsyn om behovet av ett riktat statsbidrag samt
- Om det finns särskilda skäl.

Utjämningskommittén bedömde att påvisade stimulansbehov, behov av koordinerad handling och överskjutande samhällsekonomisk nytta bör vara omständigheter som kan påkalla användningen av riktade statsbidrag inom ramen för särskilda skäl. Kommittén bedömde även att de föreslagna principerna för statens användning av riktade statsbidrag inte bör regleras i lag. Däremot bör riksdagen ta ställning till de föreslagna principerna på samma sätt som gjordes med den kommunala finansieringsprincipen på 1990-talet.

Produktivitetskommissionen (SOU 2024:29) gjorde, i likhet med flera tidigare statliga utredningar, bedömningen att det bör göras en översyn av existerande riktade statsbidrag för att säkerställa att syftet med bidragen nås på ett effektivt sätt. Produktivitetskommissionen lämnade också förslag, i likhet med Kommunutredningen (SOU 2020:8), att regeringen bör föreslå riksdagen att godkänna en statsbidragsprincip. Denna princip bör bestå av flera aspekter som ett riktat statsbidrag bör uppfylla för att kunna anses vara motiverat. Vid ett förslag om att införa ett nytt riktat statsbidrag bör regeringen redovisa huruvida det föreslagna bidraget lever upp till statsbidragsprincipen. Statsbidragsprincipen, enligt Produktivitetskommissionens förslag, innebär att riktade statsbidrag som regel ska:

- Vara samhällsekonomiskt motiverat och alltså kunna motiveras till exempel med att det korrigerar ett marknads- eller regleringsmisslyckande.
- Kunna motiveras i förhållande till andra styrsystem. Det innebär att regeringen ska kunna motivera varför det föreslagna bidraget är mer effektivt än andra styrningsmekanismer, som exempelvis att ändra i regelverk som skapar incitamentsproblem. Exempel på legitima motiv kan vara att kommunens incitament inte i tillräcklig grad ligger i linje med vad som är samhällsekonomiskt lönsamt samtidigt som andra regeländringar inte bedöms vara möjliga, att bidraget förväntas leda till kostnadsbesparingar på sikt eller kan motiveras av oförutsedda och akuta händelser.
- Vara tidsbegränsat. Inför utgången av den bestämda tidsperioden ska bidraget utvärderas. Utvärderingen bör bland annat fokusera på om statsbidraget har varit effektivt utformat samt om det syfte som statsbidraget syftade till att uppfylla fortfarande är relevant. Därefter kan statsbidraget förlängas, förändras eller avslutas.
- Aviseras ett år innan det träder i kraft. Det vill säga, i exempelvis budgetpropositionen för år 2025 aviseras riktade statsbidrag som avser år 2026. Det ger kommunerna ökade möjligheter att planera och budgetera sin verksamhet på ett effektivt sätt, trots att det formella beslutet om att införa statsbidraget kommer senare. Statsbidraget bör vidare betalas ut vid en sådan tidpunkt att det kan användas av kommunen eller regionen för den verksamhet som bidraget syftar till.
- Vara av en sådan storlek att en enskild kommun rimligen ska kunna finansiera en insats av väsentlig betydelse för den, även med beaktande av administrativa kostnader.
- Ta hänsyn till kommuners varierande kapacitet och förmåga att uppnå syftet. Det innebär att bidraget bör möjliggöra för olika kommuner att uppnå syftet på olika sätt. Det innebär vidare att syftet inte bör vara så smalt att det utan rimlig anledning omöjliggör för vissa kommuner att uppnå det. Vidare bör möjligheten och effekten av att rekrytera eller omfördela relevant personal beaktas.

- Ha ett ansökningsförfarande som är så enkelt som möjligt. I bästa fall bör fördelning och utbetalning ske automatiskt eller genom att kommunerna begär ut pengarna baserat på en fastslagen fördelningsmekanism. Administrativt betungande ansökningsförfaranden ska undvikas.
- Ta i beaktande att eventuell redovisning ska vara så enkel som möjligt. Kriterierna för det föreslagna statsbidraget ska alltså utformas för att underlätta redovisning och undvika administrativt betungande slutredovisningar.
- Konstrueras på ett sätt som underlättar uppföljning, utvärdering och lärande. Det är regeringen som ansvarar för att utvärdering möjliggörs och genomförs, men i arbetet kan andra myndigheter, inklusive det kommunal- och regionalekonomiska rådet, ges i uppdrag att ansvara för att genomföra utvärderingen.

Utöver dessa punkter lyfte Produktivitetskommissionen att avvikelser från punkterna ovan bör motiveras i den budgetproposition där statsbidraget aviseras. Om ett riktat statsbidrag syftar till att komma till rätta med incitamentsproblem som kan antas vara permanenta, kan det exempelvis vara ett giltigt argument för varför också statsbidraget föreslås bli permanent. Om statsbidraget syftar till att hantera en akut situation, exempelvis en pågående pandemi, kan det motivera att bidraget börjar gälla så snart som möjligt.

Utöver principer för när riktade statsbidrag bör användas och inte har andra typer av förslag kring hanteringen av riktade statsbidrag lämnats. Statskontoret fick 2023 i uppdrag av regeringen att analysera förutsättningarna för att samla information om aktuella riktade statsbidrag till kommuner och regioner i en digital informationsportal hos en statlig myndighet. Statskontoret bedömde att dessa förutsättningar finns och föreslog regeringen att ge Skolverket i uppgift att ansvara för en samlad informationsportal om riktade statsbidrag till kommuner och regioner.⁹⁹ I budgetpropositionen för 2025 meddelade regeringen att en statsbidragsportal ska inrättas för att underlätta kommuners och regioners hantering av

⁹⁹ Statskontoret (2024), *Enklare att överblicka riktade statsbidrag. Statskontorets förslag till en samlad informationsportal*. Rapport 2024:9.

statsbidrag och minska de administrativa kostnader som denna medför.¹⁰⁰

Vårdansvarskommittén ser positivt på att flera nyligen genomförda utredningar har visat på utmaningarna med riktade statsbidrag samt gett förslag på hur användningen av dessa kan förbättras.

Den statliga styrningen bör renodlas mot normering och antalet styrformer begränsas

Kommittén anser att statens styrning över lag behöver bli mer välplanerad, renodlad och samordnad. Det gäller särskilt för de verksamheter eller områden där staten inte har ett sådant utökat ansvar som beskrivits i avsnitt 3.4 ovan.

Statens styrning av hälso- och sjukvården är många gånger fragmentiserad och saknar ett helhetsperspektiv. Det finns frågor inom andra politikområden som berör hälso- och sjukvården, till exempel välfärds kriminalitet, klimatfrågan eller digitaliseringsfrågor, men där statens styrning gentemot huvudmännen inte är tillräckligt samordnad. Kommittén bedömer att samordningen mellan departementen, och mellan enheter på samma departement, i Regeringskansliet och styrningen av dess respektive myndigheter behöver bli ännu mer samordnad. Många aktuella frågor för hälso- och sjukvården är i dag tvärsektoriella och behöver styras och samordnas därefter. Även de statliga myndigheternas styrning genom riktlinjer, rekommendationer och liknande som vänder sig till regionerna behöver få ett större helhetsperspektiv. Kommittén anser att det är viktigt att statens styrning och stärkta ansvarsutkrävande av huvudmännen inte bidrar till ökad administrativ börda hos huvudmännen och verksamheterna. En mer samordnad statlig styrning kan sannolikt bidra till att minska den administrativa bördan.

Som nämnts ovan ser kommittén att riktade statsbidrag många gånger bidrar till en fragmentiserad styrning från staten, att minska antalet riktade statsbidrag är ett viktigt steg att ta för att statens styrning ska bli mer renodlad mot normering. Med normering menar kommittén (i enlighet med Ansvarskommitténs (SOU 2007:10) definition) lagstiftning, förordningar och myndigheters föreskrifter. Exempel på andra styrformer som inte räknas som normering är

¹⁰⁰ Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

nationella handlingsplaner, avtal/överenskommelser som i praktiken inte kan göras bindande, nationella samordnare och tillfälliga riktade statsbidrag.

Att statens styrning ska bli mer ändamålsenlig, samordnad och främst utgå från normering har föreslagits av många tidigare statliga utredningar och i utvärderingsrapporter. Ansvarskommittén (SOU 2007:10) ansåg att statens styrning av kommunsektorn borde renodlas med inriktning mot normering. Enligt Ansvarskommittén finns uppenbara motiv för att normering, i lagar, förordningar och myndigheters föreskrifter, bör vara den mest framträdande styrformen.

Normering ålägger eller bemyndigar huvudmannen en viss uppgift och sätter ramar för uppgiftens utförande. Genom normstyrning uppnås förutsebarhet och förutsättningar för likabehandling. Rättsligt bindande regler är den enda styrform som kräver efterlevnad av alla huvudmän och som kan vara utgångspunkt för tillsyn. Genom normering uppnås en mer kontinuerlig styrning än då man använder andra former. Andra styrformer skapar inte sällan ryckighet då de av kommunsektorn uppfattas som signaler om att ständigt göra nya prioriteringar. Detta försvårar i sin tur en planerad verksamhetsutveckling och försämrar förutsättningarna för den verksamhetsansvariga kommunen att anlägga ett helhetsperspektiv. Ansvarskommittén framhöll också att även normering som styrform kan ha sina brister, exempelvis att medborgarnyttan inte är i fokus.

Sedan Ansvarskommittén lämnade sitt slutbetänkande (SOU 2007:10) har frågan om statens styrning av regioner och kommuner undersökts i många olika rapporter, till exempel från Statskontoret och Riksrevisionen. Vårdansvarskommittén anser att det vore önskvärt med en utredning som kan se över vilka delar av statens styrning av hälso- och sjukvården som bör vara fokuserade på normering och hur detta ska gå till samt hur antalet styrformer kan begränsas. En sådan utredning kan ta fram ett samlat kunskapsunderlag för hur riksdagen, regeringen och dess myndigheter sedan kan förändra sin styrning i önskad riktning.

Statliga åtgärder för att hälso- och sjukvårdslagstiftningen ska få större genomslag i praktiken och komma till nytta för patienterna

Ovanstående avsnitt syftar till att göra statliga styrsignaler inom hälso- och sjukvården mer långsiktiga och den statliga styrningen mer renodlad. Det krävs sedan åtgärder för att garantera att huvudmän och vårdgivare levererar hälso- och sjukvård i relation till gällande normer i form av lagstiftning, förordningar och föreskrifter samt gällande internationell rätt.

Det finns flera olika aktörer i dagens hälso- och sjukvårdssystem som var för sig och tillsammans ansvarar för att invånarna erbjuds en god och patientsäker vård. Kraven i det samlade hälso- och sjukvårdsregelverket riktar sig bland annat till regioner och kommuner som huvudmän för hälso- och sjukvård. Vid sidan av kommunernas respektive regionernas skyldigheter som huvudmän regleras vårdgivarnas (som kan vara såväl offentliga som privata) och professionernas skyldigheter samt patienternas möjlighet till makt och inflytande. Dagens hälso- och sjukvårdslagstiftning är i allt väsentligt en skyldighetslagstiftning som syftar till att garantera invånarna en god och patientsäker vård som ges efter behov. Det finns också vissa inslag av rättigheter i lagstiftningen som ska garantera patienter vård inom en viss tid samt delaktighet och inflytande över vårdprocessen för att öka ett patientcentrerat förhållningssätt. Att från statligt håll vidta åtgärder för att stärka regionernas regelefterlevnad kan inriktas på såväl att huvudmän, vårdgivare och profession uppfyller lagstadgade krav, som att patienter ges självbestämmande och delaktighet i enlighet med gällande lagstiftning. Med andra ord att det allmänna fullgör sina förpliktelser medan patienterna får vad de har rätt till.

Regleringen om patientens ställning i hälso- och sjukvården behöver få större genomslag

Centralt för kommitténs arbete är att invånares och patienters berättigade förväntningar på hälso- och sjukvårdssystemet realiseras, det vill säga att patienter ges tillgång till vård och behandling i enlighet med gällande lagstiftning oavsett var i landet de bor. Patientens ställning i hälso- och sjukvårdssystemet är något som kontinu-

erligt utvärderas och diskuteras. Inom det svenska hälso- och sjukvårdssystemet har patienter rättigheter som är mer eller mindre preciserade och i olika grad möjliga att utkräva med rättsliga medel.

En kategori av rättigheter syftar till att skydda enskilda från intrång från det allmänna i den personliga eller kroppsliga integriteten eller mot olaga frihetsberövande, alltså skydd *från* olika typer av ingrepp. Patienten har i svensk hälso- och sjukvård en långtgående rätt att tacka nej till vård och behandling, och hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke förutom i akuta situationer där patientens vilja på grund av medvetslöshet eller av någon annan orsak inte kan utredas (4 kap. 2 och 4 §§ patientlagen [2014:821]). Rätten att säga nej till vård är dock möjlig att begränsa. Frihetsberövanden och vård under tvång tillåts i vissa fall inom hälso- och sjukvården. Förfarandet regleras i särskilda lagar som också innehåller rätt till prövning i domstol.¹⁰¹

En annan kategori av rättigheter är individers rätt *till* viss vård och behandling. Den svenska hälso- och sjukvårdslagstiftningen innehåller inte någon direkt och för patienterna utkrävbar rätt till viss vård. Utgångspunkten är i stället att det allmänna ska göra en rättvis resursfördelning så att patienter med störst vårdbehov prioriteras framför de med mindre vårdbehov, vilket ska bedömas utifrån tillståndets svårighetsgrad och behandlingens nytta. Detta följer av behovs- och solidaritetsprincipen som uttrycks i den så kallade etiska plattformen. Vården måste dessutom alltid ges i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienter kan således inte önska sig vård som strider mot det rättsliga kravet.

Frågan om huruvida patienter bör ha en utkrävbar rätt till vård och behandling har varit föremål för diskussion i flera tidigare statliga utredningar men har hittills alltid avfärdats.¹⁰² Detta motiveras bland annat utifrån svårigheterna att rättsligt precisera vad som ska ingå i vårdens innehåll. Det har också ansetts svårt att utforma adekvata rättigheter eller sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten. Dessutom framhålls att en domstolsprövning, eller överprövning av annat organ, skulle kräva särskild kompetens för att bedöma svåra frågor av både rättslig och medicinsk karaktär. Ut-

¹⁰¹ Se lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård och smittskyddslagen (2004:168).

¹⁰² SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*, SOU 1997:154, *Patienten har rätt*, SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*, SOU 2008:127, *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*, prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

formningen av en rättighetslagstiftning för vårdinsatser behöver även relateras till den etiska plattformen.

I HSL finns emellertid vissa bestämmelser som syftar till att garantera tillgänglighet till vård genom den lagstadgade vårdgarantin (9 kap. 1 § HSL). Om patienten inte får kontakt och behandling i enlighet med de tidsfrister som framgår av garantin ska regionen se till att patienten får vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad. Det finns också med stöd av EU-rättslig lagstiftning möjlighet att söka hälso- och sjukvård i ett annat EU-land.¹⁰³ Ett annat exempel på rättighetsinslag i lagstiftningen är vårdvalssystemet (7 kap. 3 § HSL).

Vidare finns i patientlagen bestämmelser som syftar till att göra patienten mer delaktig i vårdprocessen genom bland annat rätt till information (3 kap. patientlagen) möjlighet till en ny medicinsk bedömning ("second opinion") vid allvarligare tillstånd inom eller utanför sin hemregion (8 kap. 1 § patientlagen). I patientlagen finns även en bestämmelse om möjligheten att välja det behandlingsalternativ som patienten föredrar när det finns flera behandlingsalternativ som stämmer överens med vetenskap och beprövad erfarenhet (7 kap. 1 § patientlagen). Dessa rättigheter får betraktas som så kallade kvasirättigheter med svaga möjligheter till utkrävande.

Patientlagen infördes år 2015 men merparten av patientlagens bestämmelser fanns sedan tidigare i andra författningar. Att samla bestämmelserna i en patientlag var ett försök att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården. Kommittén konstaterar att patientlagens bestämmelser inte i tillräckligt hög utsträckning har fått genomslag i vården och för patienterna. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har i flera rapporter utvärderat patientlagens tillämpning och konstaterat att det finns tydliga brister i lagens genomslag.¹⁰⁴ Mycket tyder också på att den lagstadgade vårdgarantin inte

¹⁰³ Se rådets förordning (EG) nr 883/2004 och Europaparlamentets och rådets direktiv (EU) 2011/24 av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård. Bestämmelserna i patientrörlighetsdirektivet tar framför allt sikte på att reglera frågor som rör kostnadsersättning för vård som ges i en annan medlemsstat än den där vårdmottagaren är bosatt och är huvudsakligen genomfört i svensk rätt genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom europeiska ekonomiska samarbetsområdet och lagen (2013:514) om regionernas och kommunernas kostnadsansvar för viss vård i utlandet.

¹⁰⁴ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *En lag som kräver omtag - Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*, rapport 2021:10 och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag - Utvärdering av patientlagen 2014-2017*, rapport 2017:2.

haft avsett genomslag och att den inte haft någon tydlig långvarig effekt på vårdköerna.

Kommittén är enig om att det krävs ytterligare insatser som kompletterar och understödjer hälso- och sjukvårdslagstiftningens intentioner för att befintliga bestämmelser ska få genomslag i praktiken och komma till nytta för patienterna.

Patientlagen innehåller flera viktiga principer som syftar till att stärka patientens självbestämmande och delaktighet i vården samt ge patienten inflytande över den egna vårdprocessen. Kommittén anser att regelefterlevnaden måste öka men de brister som uppmärksammas kan sällan angripas enbart med enkla sanktionsåtgärder. I stället krävs en rad olika åtgärder på olika nivåer riktade mot olika aktörer. Hur patienten bemöts i vården och vilket inflytande och makt patienten ges över vård- och behandlingsåtgärder, bestäms i stor utsträckning i vårdmötet mellan patient och profession, vilket i sin tur påverkas av personalens utbildning och kompetens i kombination med vilka förutsättningar som ges i den kliniska vardagen. En möjlig insats för att öka patientens makt och inflytande över sin vård är utökad information från vården till patienter och anhöriga om vilka berättigade krav de har att ställa på hälso- och sjukvården samt information från vården om hur de kan få dessa krav tillgodosedda.

Kommittén ser härutöver behov av en fortsatt utveckling mot en mer personcentrerad vård där patienters behov, resurser och förutsättningar används som utgångspunkter för att forma vårdprocessen. Utredningsarbetet har dessutom visat att det finns brist på samordning i hälso- och sjukvården, vilket leder till att ett stort samordningsansvar läggs på patienten och dennes anhöriga. Detta förutsätter att patienten själv har den kunskap, de personliga resurser och den kognitiva kapacitet som krävs för att få tillgång till en god vård. Genom att lägga ett stort ansvar på patienterna finns en risk för ökad ojämlikhet och minskad tillgänglighet. För att patienter och invånare ska ges tillgång till vård och behandling i enlighet med gällande rätt är det kommitténs bedömning att såväl den enskildes kännedom om vilka krav denne kan ställa på hälso- och sjukvården, som personalens kompetens att lotsa patienten i den egna organisationen, måste stärkas och utvecklas, särskilt i förhållande till de patienter som har sämre förutsättningar att själv navigera i vårdsystemet. Detta måste göras från nationell nivå.

Inte heller den lagstadgade vårdgarantin har fått avsett genomslag och har inte haft någon tydlig långvarig effekt på vårdköerna. Kommitténs bedömning är att regionerna inte i tillräcklig utsträckning tillgängliggör information till patienterna om deras möjligheter till vård hos annan vårdgivare i de fall tidsgränserna inte uppfylls.

För närvarande har en särskild utredare i uppdrag att analysera och föreslå en ny och stärkt vårdgaranti samt lämna förslag som ökar kontinuiteten inom den specialiserade vården. Den nya vårdgarantin bör enligt utredningsdirektivet (dir. 2024:50) tydliggöra såväl patientens möjligheter att få vård hos en annan vårdgivare i de fall vårdgarantins tidsgränser inte kommer kunna uppfyllas som regionens ansvar att tillgodose detta. I utredningens uppdrag ingår att lämna förslag på lämpliga åtgärder som tillsynsmyndigheten kan vidta mot huvudmännen i de fall när vårdgarantin och patientlagen inte följs, utan att det medför ekonomiska sanktioner mot regionen eller kostnader för patienten. Vidare ingår att analysera och föreslå hur en förstärkt statlig uppföljning av vårdgarantin och patientlagen ska utformas med fokus på lärande och ansvarsutkrävande. Mot bakgrund av att en annan statlig utredning pågår på området lämnar kommittén inga förslag eller rekommendationer.

Statens uppföljning och utvärdering måste förbättras och utvecklas

Uppföljning innebär att samla in information om hur hälso- och sjukvården presterar, i till exempel hälsodataregister, medan utvärdering innebär en bedömning av om syftet med exempelvis en ny lagstiftning har uppnåtts och varför detta har, eller inte har, skett. Ofta kan information från uppföljning vara en del av utvärderingsarbetet. Uppföljning och utvärdering fungerar som kunskapsunderlag till policyrevideringar, det vill säga förändringar av systemet (exempelvis regeringens styrning eller lagstiftning) för att uppnå bättre måluppfyllelse. Tillsyn innebär att kontrollera att gällande lagstiftning efterlevs och att identifiera brister i verksamheten liksom behov av åtgärder.

Staten utövar uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården främst genom sina myndigheter. Utöver myndighetsrapporter kan det finnas analyser från andra aktörer, såsom exempelvis SKR, professions- eller patientföreningar, forskare och media, som kan

fungera som kunskapsunderlag till regeringens beslut. Men dessa aktörer styr inte regeringen över.

Kommittén menar att det trots Sveriges väl utbyggda uppföljnings- och utvärderingsverksamhet och stora tillgång till data ofta saknas flera mått och jämförbara data som kan användas som en gemensam kunskapsgrund för staten, regionerna och kommunerna. Några exempel är att nationella kvalitetsregister enbart fångar delar av hälso- och sjukvården och primärvården generellt inte följs upp på samma sätt som den specialiserade vården. Det är viktigt för såväl invånare och patienter som för riksdag och regering att hälso- och sjukvården följs upp på ett sätt som gör att det går att utläsa i vilken utsträckning gällande krav i lagstiftning efterlevs, nationellt och runt om i landet. Om uppföljning dessutom sker på ett transparent sätt och utformas så att den inte bidrar till ökad administrativ börda kan det också ge incitament till förbättring.

En utvecklad statlig tillsyn

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) utövar tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Såväl huvudmannen och vårdgivaren som den enskilde yrkesutövaren kan bli föremål för IVO:s tillsyn.

IVO ska inom ramen för sin tillsyn lämna råd och ge vägledning, kontrollera att brister och missförhållanden avhjälps, förmedla kunskap och erfarenheter som erhålls genom tillsynen samt informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 § PSL). IVO:s uppdrag omfattar därmed både kontrollerande tillsyn, i form av granskning tillsammans med krav på åtgärder, respektive främjande tillsyn i form av rådgivning och information.

IVO har, om vissa förutsättningar är uppfyllda, möjlighet att tillgripa sanktioner gentemot tillsynsobjekten. IVO:s sanktionsmöjligheter mot vårdgivare består av möjligheten att utfärda föreläggande och förbjuda verksamhet (se 7 kap. PSL). Dessa sanktionsmöjligheter får endast användas när verksamheten inte fullgör sina skyldigheter enligt 3 kap. PSL om det finns skäl att befara att underlåtenheten medför fara för patientsäkerheten eller säkerheten för andra. IVO kan förena förelägganden med viten och måste då iaktta de krav som uppställd enligt lagen (1985:206) om viten.

Det samlade regelverket på hälso- och sjukvårdens område innehåller både generella/övergripande bestämmelser (som till exempel att ”erbjuda en god vård”) och detaljerade regler för frågor och processer. I den del lagstiftningen har karaktär av övergripande målsättningslagstiftning har IVO begränsade möjligheter att besluta om rättsligt bindande sanktioner.

Huvudmannen och vårdgivaren har som regel båda ansvar för att uppfylla de relativt allmänt formulerade kraven som framgår av avdelning II i HSL, det vill säga att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet samt att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården riktas mot både huvudmannen och vårdgivaren.

Vid sidan av de allmänt formulerade bestämmelser som träffar både huvudmän och vårdgivare, styrs vårdgivaren av mer detaljerade bestämmelser. Det är vårdgivaren som ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med kraven på god vård (5 kap. HSL), bland annat att det finns personal med rätt kompetens, ändamålsenliga lokaler, lämplig utrustning och rutiner som krävs för att verksamheten ska kunna leva upp till lagstiftningens krav och andra bindande regler. Det finns i dag ingen generell tillståndsplikt för vårdgivare¹⁰⁵ men den som bedriver verksamhet som omfattas av IVO:s tillsyn är skyldig att anmäla sin verksamhet till IVO:s vårdgivarregister.

Ett instrument för stärkt statlig styrning är att utveckla IVO:s tillsynsuppdrag. Det kan då handla om att komplettera myndighetens nuvarande uppdrag med andra former av tillsyn, så som en mer främjande eller en kvalitetssäkrande tillsyn. Det kan också handla om att IVO ges utökade möjligheter att besluta om rättsligt bindande sanktioner när huvudmän och vårdgivare inte fullgör sina skyldigheter, något som sannolikt skulle kräva en mer detaljerad lagstiftning på delar av hälso- och sjukvårdens område. Kommittén har inte inom ramen för sitt uppdrag haft möjlighet att bedöma effekten av olika alternativa lösningar. IVO:s nuvarande tillsynsuppdrag är resultatet av flera rättsliga reformer och det är av stor vikt

¹⁰⁵ Även apotek är vårdgivare och det krävs tillstånd av Läkemedelsverket för att bedriva öppenvårdsapotek.

att ett förändrat uppdrag föregås av noggranna överväganden där alla konsekvenser analyseras.

Ett annat instrument för stärkt statlig styrning är en utökad tillståndsprövning av vårdgivare. Det skulle vara ett viktigt verktyg för att motverka oseriösa aktörer, men också ett instrument för stärkt statlig styrning syftande till säkerhet, kvalitet och likvärdighet. En utökad tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården skulle kunna bidra till en vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. Det finns tydliga fördelar att hindra olämpliga aktörer (oavsett om de är oseriösa, kriminella eller av andra skäl inte klarar uppdraget) redan vid en tillståndsprövning i stället för att invänta en tillsyn. Tillståndsplikt och tillståndsprövning skulle också kunna skapa förutsättningar för en skarpare tillsyn och man skulle då likställa IVO:s uppdrag på hälso- och sjukvårdsområdet med det på socialtjänstområdet.

Kommittén har inom ramen för sitt uppdrag inte haft möjlighet att grundligt utreda för- och nackdelar med en tillståndsplikt för vårdgivare jämfört med nuvarande ordning, eller vilka konsekvenser en sådan tillståndsplikt skulle medföra för IVO och vårdgivarna samt för statsbudgeten. Kommittén ser därför att det är viktigt att en utredning genomförs innan tillståndsplikt för vårdgivare införs.¹⁰⁶ Kommittén anser också att det är viktigt att det sker en utvärdering en tid efter att tillståndsplikt införts för att undersöka om tillståndsplikten har lett till önskade effekter om att höja vårdens kvalitet genom att undanhålla oseriösa aktörer.

3.6 Konsekvenser av kommitténs förslag

Kommittéförordningen (1998:1474) ställer krav på att kommittén måste genomföra konsekvensanalyser av sina förslag. Det kravet gäller särskilt författningsförslag, vilket kommittén enligt direktivet inte ska lämna. Kommittén lämnar heller inga förslag om förändrat huvudmannaskap samtidigt som direktivet anger att konsekvenser av förändrat huvudmannaskap ska beskrivas.

Kommittén har mot denna bakgrund valt att göra övergripande konsekvensanalyser utifrån scenarierna om statligt huvudmanna-

¹⁰⁶ Regeringen har nyligen beslutat tillsätta en särskild utredare som ska utreda tillståndsplikt inom hälso- och sjukvård och ökad tillgång till information för Inspektionen för vård och omsorg (IVO), pressnyhet 2025-04-16.

skap för att så långt möjligt ändå besvara direktivets frågor. Dessa konsekvensanalyser redovisas närmare i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap i betänkandets volym 2. Där finns även övergripande förslag till genomförandeplaner med tänkbara steg och uppskattad tidsåtgång. Såväl konsekvensanalyser som genomförandeplaner har utarbetats främst för ett helt statligt huvudmannaskap, men kan sannolikt i olika omfattning vara en utgångspunkt även för varianterna av delvis statligt huvudmannaskap.

De förslag som kommittén lämnat ovan är av en sådan övergripande inriktningskaraktär att det inte bedömts vara möjligt att genomföra djupgående konsekvensanalyser eller genomförandeplaner för dessa förslag inom ramen för kommitténs uppdrag. I nedanstående avsnitt beskrivs översiktligt konsekvenserna för den kommunala självstyrelsen, finansiering samt genomförande av förslagen.

3.6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Alla förändringar av ansvarsfördelningen mellan stat och regioner och av statens styrning av hälso- och sjukvården måste genomföras med beaktande av den kommunala självstyrelsen. Den kommunala självstyrelsen kan beskrivas som en princip för relationen mellan stat och kommunsektorn som är avsedd att ge kommunerna och regionerna en självständig och inom vissa ramar fri bestämmanderätt. Den kommunala självstyrelsen är grundlagsskyddad, vilket innebär att om den statliga styrningen av regionernas verksamhet blir så omfattande att regionerna inte längre kan utföra sina uppgifter på den kommunala självstyrelsens grund krävs en grundlagsändring. Det är i sammanhanget svårt att säga exakt vid vilken punkt statens styrning av regionernas verksamhet blir så omfattande att en grundlagsändring är nödvändig. Kommitténs bedömning är att ett utökat statligt system- och finansieringsansvar för vissa av hälso- och sjukvårdens områden, som beskrivits ovan, inte står i strid med den kommunala självstyrelsen under förutsättning att regionerna fortsatt har ansvar för hälso- och sjukvårdsverksamheten i sin helhet och inte reduceras till rena ”utförare” av hälso- och sjukvård.

Dock måste alla inskränkningar i den kommunala självstyrelsen bedömas i enlighet med proportionalitetsprincipen i 14 kap. 3 §

regeringsformen (1974:152), RF, som stadgar att en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte bör gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Kommitténs uppfattning är att behovet av ett starkare statligt inflytande över delar av hälso- och sjukvårdssystemet och behovet av en mer enhetlig reglering i syfte att förbättra för invånare och patienter motiverar en inskränkning i regionernas handlingsutrymme. I kommande lagstiftningsarbete behöver föreslagna förändringar både enskilt och sammantaget bedömas mer ingående i relation till grundlagens bestämmelser om den kommunala självstyrelsen.

3.6.2 Finansiering av kommitténs förslag

I den utsträckning en kommittés förslag innebär samhällsekonomiska konsekvenser, ska kommittén göra en samhällsekonomisk analys som inkluderar de samhällsekonomiska effekterna av olika alternativ. Om förslagen kan förväntas leda till kostnadsökningar för det allmänna, ska kommittén föreslå hur dessa ska finansieras (15 § kommittéförordningen [1998:1474]). De förslag som kommittén lämnar är av sådan övergripande inriktningskaraktär att det inte bedömts vara möjligt att genomföra djupgående konsekvensanalyser eller beräkningar av samhällsekonomiska effekter.

Det är alltså svårt att med någon större grad av säkerhet uppskatta storleken på statens utökade finansiella åtaganden till följd av Vårdansvarskommitténs förslag om utökat statligt ansvar. I vissa fall finns det uppgifter om kostnader för frågorna i dag. Regionernas kostnader för rekvisitionsläkemedel uppskattas år 2027 uppgå till 18,2 miljarder kronor. Kostnaden för rättspsykiatrisk vård kan enligt SKR uppskattas till 3,5 miljarder kronor i dag men behovet av vårdplatser förväntas öka. Härtill kommer kostnader för vaccinationer och för screening, vilka har varit svåra att uppskatta, samt eventuellt kostnader för luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Vidare skulle de statliga myndigheterna på hälso- och sjukvårdsområdet inklusive Regeringskansliet behöva utöka sin kapacitet och förmåga att styra. Det finns, kommittén veterligen, ingen överenskommen metod eller schablon för att beräkna genomsnittlig kostnad för regeringsuppdrag till myndigheter eller för statliga utredningar. Beroende på hur system- och finansierings-

ansvaret utformas påverkas storleken på statens finansieringsansvar och därmed behovet av statlig finansiering. Detta är frågor för vidare utredning och som inte kan fastställas av kommittén i nuläget. Baserat på kända uppgifter kan ett statligt ansvar för finansiering innebära utökade kostnader om i vart fall 22 miljarder kronor.

Finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården är i dag delat mellan staten och regionerna. Staten har genom avtal, överenskommelser, det kommunala utjämnningssystemet och finansieringsprincipen tagit ett betydande ansvar för finansiering av hälso- och sjukvården. Staten betalade under år 2023 ut ungefär 105 miljarder kronor i statsbidrag till regionerna.¹⁰⁷

Kommittén ser att det kan anläggas två perspektiv på ett utökat statligt finansieringsansvar. Det ena är att statens finansiella åtagande ökar, genom att verksamheter finansieras direkt genom statsbudgeten samtidigt som nivån på statsbidragen till regionerna kvarstår oförändrade. En konsekvens av detta är att en högre andel av hälso- och sjukvården finansieras av staten. I förlängningen kan detta medföra en skatteväxling, med lägre skatter i regionerna och ett utökat skatteuttag i staten.

Det andra perspektivet är att staten ges det formella finansieringsansvaret för valda områden, och samtidigt minskar statsbidragen till regionerna med stöd av den så kallade finansieringsprincipen.¹⁰⁸ Det blir då inte någon omedelbar förändring av fördelningen mellan statens respektive regionernas finansiering av hälso- och sjukvården. Skillnaden mot dagens ordning blir dock att staten framöver står den finansiella risken för ökade kostnader för till exempel läkemedel och rättspsykiatrisk vård. På sikt kan också proportionen mellan statens och regionernas finansiering förändras beroende på kostnadsutvecklingen. Fördelningen av medel mellan regionerna påverkas också och det kommunala utjämnningssystemet kan behöva anpassas till den nya ordningen. Hur en sådan anpassning kan och bör göras behöver utredas i särskild ordning.

¹⁰⁷ Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 Antal, omfattning och innehåll*, s.13.

¹⁰⁸ Finansieringsprincipen är inte lagfäst men godkänd av riksdagen och har tillämpats sedan 1993. Finansieringsprincipen gäller till exempel när staten för över uppgifter till kommuner och regioner, när det kommunala ansvaret för uppgifter tas bort eller avregleras eller när staten ändrar ambitionsnivåerna för befintlig verksamhet, se Finansdepartementet och Sveriges Kommuner och Regioner (2007), *Den kommunala finansieringsprincipen*. Mer information om finansieringsprincipen finns i sekretariatets underlagsrapport om ett statligt huvudmannaskap som återfinns i betänkandets volym 2.

3.6.3 Genomförande av kommitténs förslag och behovet av nya och ändrade författningar

Kommittén lyfter sex olika områden där bedömningen är att statens ansvar bör utökas och styrningen stärkas, men den exakta utformningen av detta behöver utredas vidare för respektive område. I ett första steg skulle regeringen därmed behöva tillsätta flera utredningar. Detta kan ske genom statliga utredningar, myndighetsuppdrag eller genom internt utredningsarbete på Regeringskansliet, där de två sistnämnda alternativen kan initieras snabbare. Omfattningen och detaljeringsgraden av utredningarna skiljer sig något åt mellan de olika områdena. Exakt utformning av utredningsdirektiven beror också på hur kommitténs förslag bereds vidare och beslutas inom Regeringskansliet.

Kommitténs förslag kräver i olika omfattning författningsändringar i form av nya och ändrade lagar, förordningar och föreskrifter. Regeringsbeslut måste beredas i enlighet med de krav som framgår av RF. Det innebär att bland annat lagförslag måste förberedas och remitteras i den omfattning som är behövlig (7 kap. 2 § RF). I samband med beslut om vissa lagar ska också yttrande inhämtas av Lagrådet (8 kap. 21 § RF).

Vad gäller de sex olika områden inom vilka kommittén anser att statens ansvar ska stärkas är *läkemedelsområdet* ett av de mest komplexa i fråga om mängden aktörer och rättslig reglering. Nuvarande struktur och ansvarsfördelning är en följd av såväl lagstiftning och annan normering, som av ett mer oregrerat samarbete mellan aktörer och funktioner i systemet. Det formella finansieringsansvaret vilar i dag på regionerna, samtidigt som statsbidrag utgår för kostnaden för läkemedelsförmånen. En ökad statlig finansiering kan åstadkommas genom utökade statsbidrag och kräver då inte författningsändringar utan blir en fråga inom budgetprocessen. Om statens finansieringsansvar i stället ska formaliseras krävs ny eller ändrad lagstiftning. Om statens styrning dessutom ska bli tydligare gentemot regionerna kan statliga och regionala aktörers ansvar behöva regleras genom bindande författningar.

För ett utökat statligt ansvar på *vaccinationsområdet* i enlighet med kommitténs förslag krävs lagändringar i smittskyddslagen. På *screeningområdet* finns redan i dag lagstiftning som bemyndigar regeringen att besluta om avgiftsfri screening (lagen [2016:659] om

avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården) och det finns två förordningar beslutade med stöd av lagen.¹⁰⁹ Regeringen kan alltså med stöd av befintlig lagstiftning utöka antalet kostnadsfria screeningprogram. Mot bakgrund av den komplexitet som beskrivits ovan, och de noga överväganden som måste göras, är det dock lämpligt med en grundlig översyn och eventuellt även ny eller ändrad lagstiftning också inom screeningområdet.

För området *rättspsykiatrisk vård* kan staten omedelbart ta ett utökat ansvar för finansieringen av hälso- och sjukvården genom generella eller riktade statsbidrag. På sikt bör staten enligt kommittén även ta ett utökat ansvar för den rättspsykiatriska vårdens kvalitet och innehåll. Vilket styrmedel som bäst kan åstadkomma förändring måste utredas och det kan inte uteslutas att det krävs bindande normering genom lagstiftning.

¹⁰⁹ Förordning (2016:660) om avgiftsfrihet för screening för bröstcancer samt förordning (2019:313) om avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer.

Särskilda yttranden

Särskilt yttrande av ledamoten Karin Rågsjö, Vänsterpartiet

Kommittén har haft ett gott samarbete och presenterar förslag som skulle leda till viktiga förbättringar av vården. I detta yttrande redogör jag för några komponenter som jag saknar i kommitténs betänkande.

Vårdens finansiering

Regionernas finansiering är avgörande för att hälso- och sjukvården ska fungera. Även om finansieringen inte är föremål för den här utredningens uppdrag anser jag att frågan behöver beröras.

Sveriges regioner har flera tuffa år bakom sig. Inflationen har slagit hårt mot ekonomin i kommunsektorn som 2024 gick med det största underskottet på över 20 år. Enligt nuvarande prognoser saknas 18 miljarder kronor 2027 och 34 miljarder kronor 2028 för att kommunsektorn i sin helhet ska kunna leva upp till sina åtaganden.¹¹⁰

Statsbidragen till regionerna står för en betydande del av sjukvårdens finansiering. Till skillnad från skatteintäkterna växer inte statsbidragen med den ekonomiska utvecklingen. I stället krävs aktiva beslut för att täcka upp för stigande löner och demografiska förändringar. Detta är en avgörande orsak bakom det växande finansieringsgap för välfärden som vi ser framför oss. Vänsterpartiet har länge förespråkat kraftfullt höjda och indexerade statsbidrag, utifrån välfärdens verkliga kostnader så att välfärden kan leverera enligt sina åtaganden.

¹¹⁰ LO (2024), *Välfärdsgapet 2024 – Resursbehov i vård, skola och omsorg till och med 2028*.

Bristande jämlikhet

Utredningen adresserar den regionala ojämlikheten inom vården, men när det gäller den klassrelaterade ojämlikheten och tillgängligheten finns mer att önska. Det är väl känt och belagt att socioekonomiska förutsättningar har stor betydelse för människors hälsa och att det råder stora skillnader i tillgången till hälso- och sjukvård mellan olika grupper samt i hur olika grupper bemöts inom vården. Jag anser att kommittén borde ha adresserat hur dessa skillnader hade kunnat åtgärdas.

Personalens situation

Personalens arbetsmiljö, villkor och löner är avgörande för en fungerande kompetensförsörjning och därmed för en fungerande hälso- och sjukvård. Genom åren har facken inom vården larmat om brister inom dessa områden, vilket framför allt grundar sig i bristande resurser. För att säkerställa en robust och jämlik vård i hela landet behövs krafttag avseende personalens situation på arbetsplatserna.

Nära kopplat till situationen på arbetsplatserna är frågorna om kompetensutveckling och det långvariga behovet av hyrpersonal. Det behöver finnas tillräckliga resurser för långsiktiga satsningar på kompetensutveckling för personalen inom hälso- och sjukvården och det behövs mer samlade åtgärder för att minska behoven av hyrpersonal. Detta är frågor där staten skulle kunna ta ett större grepp utan att inkräkta på regionernas styrning över vården. Jag anser att dessa frågor borde ha fått större utrymme i kommitténs arbete.

Systemfel

Det finns i dag omfattande systemfel inom hälso- och sjukvården. Möjligheten för privata aktörer att tjäna pengar på skattefinansierad välfärd medför enorma kostnader för det offentliga. Bara personalkostnaderna för att kontrollera de privata företag som agerar inom välfärden kostar omkring 25 miljarder kronor per år.¹¹¹

Privatiseringen av välfärden snedvrider syftet med hälso- och sjukvården från att ge vård efter behov till att tjäna pengar. Därmed rik-

¹¹¹ LO (2024), *Välfärdsgapet 2024 – Resursbehov i vård, skola och omsorg till och med 2028*.

tas resurser till fel grupper, vilket bland annat syns i att nätläkare framför allt används av unga människor i storstäderna, med god tillgång till övrig vård och utan stora vårdbehov. Privatiseringen har också öppnat för kriminella och oseriösa aktörer. Det är en stor utmaning som kommittén borde ha adresserat.

Omställning, effektivisering och digitalisering inom vården borde kunna hanteras nationellt i större utsträckning. Utvecklingen inom AI medför möjligheter och utmaningar rörande integritet och ansvar som bör hanteras samlat genom tydliga nationella regelverk. Även detta borde kommittén ha diskuterat.

Särskilt yttrande av ledamoten Anders W Jonsson, Centerpartiet

Centerpartiet står upp för en hälso- och sjukvård som sätter patienten i centrum och där alla, oavsett bostadsort, kan förvänta sig en jämlik och tillgänglig vård av hög kvalitet. Svensk hälso- och sjukvård håller på många sätt en hög medicinsk nivå men präglas av strukturella utmaningar som ojämlikhet, bristande tillgänglighet och dålig patientcentrering.

Centerpartiet står bakom kommitténs betänkande. Min bedömning är att ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap inte skulle lösa de utmaningar vi har i hälso- och sjukvården. Ett förstatligande skulle därtill ske till stora ekonomiska och personella kostnader.

Centerpartiet ser de regionala skillnaderna som en av de största bristerna i svensk sjukvård. Det är stora skillnader mellan olika regioner men också skillnader inom regionerna vilket är helt oacceptabelt. Trots den mycket gedigna genomgång som utredningen gjort finns det inget som talar för att en sjukvård där all makt utgår från en statlig myndighet med placering i Stockholm skulle minska ojämlikheten. Inte minst erfarenheten från länder med en statlig sjukvård visar att geografisk ojämlikhet har andra bakomliggande orsaker än en decentraliserad beslutsstruktur. Snarare finns risken att sjukvård bedriven inom ramen för en statlig myndighet skulle kunna öka de regionala skillnaderna eftersom lokal anpassning för ökad effektivitet skulle försvåras.

Det finns heller inget som talar för att den socioekonomiska ojämlikheten i hälso- och sjukvården skulle minska med en statlig organisation.

Bristande tillgänglighet är ytterligare en parameter där svensk hälso- och sjukvård ligger sämre till än andra jämförbara länder. Inte heller här finns i utredningens underlag något som talar för att köerna skulle bli kortare av en stor och kostsam omorganisation.

Regionerna, med inkomstskatt som bas, har huvudansvaret för finansiering av hälso- och sjukvården men eftersom medborgarnas inkomstutveckling skiljer sig åt mellan olika regioner skapas ojämlikheter. Den skillnaden skulle minska med en statlig sjukvård eftersom ekonomiska resurser då skulle omfördelas från Stockholmsregionen till övriga delar av landet. Att skapa mer jämlika ekonomiska förutsättningar mellan olika regioner kan dock uppnås genom betyd-

ligt enklare reformer än ett förstatligande. Staten kan ta över det finansiella ansvaret för delar av hälso- och sjukvården som exempelvis luftburna transporter, vaccinationer, screening och läkemedel. Därtill kan den kommunala skatteutjämningen skärpas.

De senaste decennierna har Sverige genomfört tre stora förvaltningsreformer där vi gått från en regional beslutsstruktur till en enda myndighet – Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Polisen. Dessa tre stora reformer, som i sig varit välmotiverade, har dock gett upphov till oönskade resultat. Kostnaderna för reformerna i tid, pengar och personal har blivit betydligt större än vad som förväntades och effektiviteten har blivit lidande. Det har därtill skett med en stark centralisering av verksamheten som följd och myndigheternas lokala närvaro har kraftigt försämrats. Ett förstatligande av hälso- och sjukvården skulle sannolikt ge samma utfall.

Även om inte ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap skulle lösa vårdens utmaningar sätter kommitténs omfattande arbete ljuset på behovet av mer statligt systemansvar, finansieringsansvar och ansvar för samordning. Det gäller exempelvis i frågor om kompetensförsörjning, vaccinationer, läkemedelsfinansiering, screening och luftburna sjuktransporter.

Enbart ökad centralisering av beslutsmakten leder inte till en bättre hälso- och sjukvård. Sverige måste fortsätta decentraliseringen där patienter och profession får större möjlighet att genom kloka val hitta vägarna till en bättre fungerande hälso- och sjukvård. Därtill krävs ökat statligt systemansvar och finansieringsansvar på flera områden.

Då kan vi nå målen om en tillgänglig, jämlik och patientcentrerad vård i hela landet.

Särskilt yttrande av ledamöterna Fredrik Lundh Sammeli och Rachel De Basso, Socialdemokraterna

I juni 2023 fattade regeringen beslut om att tillsätta den parlamentariska kommitté som vi deltagit i, och som antagit namnet Vårdansvarskommittén. Vi vill med detta yttrande tacka ledamöter och kansli för ett gott samarbete, samtidigt som vi konstaterar att regeringens utgångspunkt för uppdraget varit feltänkt. Föreställningen att ett statligt huvudmannaskap skulle vara lösningen på svensk hälso- och sjukvårds utmaningar och problem kan med detta betänkande avskriv-
as. Socialdemokraterna menar att det inte handlar om förändrat huvudmannaskap, utan om jämlika förutsättningar till tillgänglig hälso- och sjukvård i hela landet. Det kräver rätt förutsättningar för regionerna att bedriva sitt uppdrag, med ökad statlig styrning, nationell samordning och långsiktiga, inflationssäkrade och indexuppräknade statsbidrag.

Med det sagt har kommitténs arbete inte varit förgäves. Det är positivt att sex av åtta riksdagspartier delar problembilden att svensk hälso- och sjukvårds största problem är bristen på geografisk jämlikhet och tillgänglighet. Det finns också ett brett stöd för att staten bör ta ett tydligare ansvar för att åtgärda dessa brister.

Kommitténs förslag är bra men otillräckliga

I betänkandet lämnas ett antal förslag på reformer. Områden där staten föreslås ta ett större ansvar och stärka sin styrning är kompetensförsörjning, läkemedel, vaccinationer, screening, rättspsykiatrisk vård samt luftburen ambulanssjukvård och luftburna sjuktransporter. Dessa förslag skulle innebära förbättringar och en väsentligt stärkt statlig styrning och kontroll inom dessa delar av sjukvården. Vi utgår från att regeringen agerar och tar dessa förslag vidare.

Samtidigt som förslagen i betänkandet är bra är det dock tydligt att de inte kommer lösa den svenska hälso- och sjukvårdens grundproblem. Finansieringsfrågorna har helt legat utanför uppdraget. Den sjukvårdskris som präglat hela mandatperioden har sin grund i otillräcklig statlig finansiering och det är angeläget att de generella statsbidragen till regionerna snarast indexeras och inflationssäkras för att värna en jämlik finansiering, tillgänglig och trygg hälso- och sjukvård i hela landet. Den kommunalekonomiska utjämningen be-

höver också moderniseras i fråga om hälso- och sjukvårdens kostnader (se Utjämningskommittén slutbetänkande SOU 2024:50).

Staten måste även ta ett tydligare ansvar i att leda omställningen till en god och nära vård. En stärkt primärvård och hemsjukvård kan ge patienter en bättre vård och minska behoven av sjukhusvård. Sverige behöver få på plats ett fungerande fastläkarsystem, där alla medborgare, särskilt äldre, är listade hos en egen läkare och erhåller kontinuitet. Det kräver i sin tur att läkare inom primärvården ges förbättrade förutsättningar, till exempel vad gäller lagreglerat ansvar för ett begränsat antal patienter. Förbättrade arbetsvillkor och aktivt arbete med systematiskt arbetsmiljöarbete är avgörande för att säkra kompetensförsörjningen.

Vi ser också behov av att adressera de senaste decenniernas privatiseringar. Den växande marknaden för privata sjukvårdsförsäkringar urholkar välfärdens behovsprincip vilket utmanar själva grunden för den svenska välfärdsmodellen. Tvånget att organisera sina valfrihetssystem med etableringsfrihet enligt LOV har samtidigt gynnat privata vård- och omsorgsgivare som riktat sin verksamhet mot resursstarka patient- och brukargrupper. Dessa gruppers behov har därmed prioriterats och resurssatts samtidigt som andra grupper prioriteras ned. Ordningen har samtidigt försvårat för sjukvårdshuvudmännen att ta sitt finansierings- och tillhandahållaransvar för hela vårdkedjan när de tvingats hantera patientgrupper med större vårdtyngd utan att få motsvarande resurstillskott. Här har det länge saknats brett politiskt stöd för nödvändiga reformer.

Socialdemokraterna kommer fortsatt verka för en jämlik, behovsstyrd och solidariskt finansierad hälso- och sjukvård. Svensk sjukvård ska vara till för alla.

Särskilt yttrande av ledamoten Elisabet Lann, Kristdemokraterna

Statligt huvudmannaskap är nödvändigt

De förslag som kommittén presenterar för att stärka statens ansvar genom utökat statligt system- och finansieringsansvar inklusive stärkt statlig styrning inom ett antal utvalda områden samt en utvecklad och stärkt statlig styrning inom övriga delar av sjukvården ger förutsättningar för mer jämlik vård. Jag ställer mig därför utan reservation bakom de förslag som betänkandet för fram.

Samtidigt ger underlagsrapporten ett tydligt stöd för att ett statligt huvudmannaskap kan ge ytterligare bättre förutsättningar att lösa många av sjukvårdens största utmaningar än vad nuvarande system har.

Tillgång till vård på jämlika villkor är en grundläggande trygghets- och rättighetsfråga och en skyldighet enligt internationella konventioner. Det är därför ohållbart att det skiljer så mycket mellan regionerna som det gör i dag. Ett statligt huvudmannaskap kan genom nationellt vårdval eller nationell upphandling av vård stärka tillgängligheten i hela landet. Ett statligt huvudmannaskap bedöms också ge bättre förutsättningar för att planera och investera i förebyggande insatser och när det gäller sjukvårdens kompetens-försörjning beskrivs ett tydligt behov av en nationell samordning.

I underlaget förklaras hur centralstyrd vård kan ge mer robust finansiering, långsiktiga förutsättningar och en riskspridning som klarar variationer bättre. Det innebär även stordriftsfördelar i finansiering och tillhandahållande, framför allt gällande avancerad specialiserad vård.

Att få resurserna att räcka till behoven understryks som en av de största utmaningarna för svensk hälso- och sjukvård. Statsbidragens andel av finansieringen har ökat samtidigt som skillnader i skattekraft mellan regionerna också ökat. Om statens avgränsade ansvar för finansiering ligger kvar på samma nivå som i dag, med bibehållet regionalt tillhandahållaransvar och en finansiering som bygger på beskattning av förvärvsinkomst är nuvarande ordning långsiktigt ohållbar.

Svårigheterna att uppnå systemövergripande effektivisering, innovation och omställning beskrivs som en svaghet i det svenska systemet. Brist på möjligheter för information att följa med patienten och ett fragmenterat vårdsystem äventyrar patientsäkerheten och riskerar

att påverka vårdens effektivitet. Skillnader i vården leder till att personer med vissa diagnoser blir begränsade eftersom vårdutbudet påverkar var man kan bo.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys anser att patient-, brukar- och närståendemedverkan behöver samordnas nationellt i högre grad än i dag.

Coronakommissionen pekade på att den höga graden av decentralisering i den svenska förvaltningsmodellen i kombination med den kommunala självstyrelsen försämrar förmågan att hantera en kris.

Sammanfattningsvis beskrivs många sannolika fördelar med statligt huvudmannaskap inom samtliga områden som analyserats. Tydligast framstår fördelarna gällande jämlikhet, långsiktigt hållbar finansiering och beredskap att hantera kriser.

Det främsta argumentet emot ett förändrat huvudmannaskap är att det innebär en stor reform. De befarade kostnaderna och riskerna med en sådan ställs dock inte mot riskerna och kostnaderna med att behålla ett system som bedöms ha stora svårigheter att klara många av sjukvårdens stora utmaningar.

Man bör också beakta att fortsatt ökat statligt ansvar för system, finansiering och styrning i kombination med bibehållen befintlig organisation riskerar att fördjupa de problem med överlappande styrning, otydligt ansvarsutkrävande och försvagade regioner som framhålls som stora brister med dagens system.

Långsiktigt blir det både ekonomiskt och demokratiskt ohållbart att bibehålla en politisk och administrativ nivå som enbart har till ansvar att tillhandahålla hälso- och sjukvården.

De förslag för ökat statligt systemansvar och finansiering som föreslås i betänkandet bör därmed betraktas som nödvändiga och genomförbara första steg mot ett statligt huvudmannaskap.

Särskilt yttrande av ledamoten Malin Sjöberg Högrell, Liberalerna

För patientens bästa – statligt ansvar där det gör nytta

Helheten i slutbetänkandet Ansvaret för hälso- och sjukvården visar på komplexiteten i hälso- och sjukvården och de underlag som vi fått till oss visar inte på ett entydigt sätt att ett helt förstatligande skulle lösa de utmaningar som finns.

Liberalerna anser att vården behöver samordnas bättre över landet. Staten behöver tydligare ansvara för att samordna, styra och ta ansvar i strategiska frågor. Liberalerna vill införa gemensamma riktlinjer, likvärdig tillgång till precisionsmedicin och läkemedel och screening, bättre skydd vid kris och pandemier och journalsystem som pratar med varandra mellan regioner och kommuner. Vi är öppna för fler områden av strategisk betydelse.

Men vi tror inte att lösningen är att bilda en ny, stor statlig myndighet med samlat ansvar för hälso- och sjukvården. Vid ett helt statligt huvudmannaskap skulle staten bli arbetsgivare för omkring 300 000 personer, det är tio gånger fler än i dagens största myndighet, Polisen. Vi ser inte att en sådan reform, i sig, är en garanti för bättre resultat i vården. Erfarenheterna från tidigare stora organisationsförändringar visar att strukturreformer ofta är kostsamma, tar tid att genomföra och riskerar att dra fokus från det viktigaste, att patienterna får rätt vård i rätt tid.

Vi menar att staten i stället bör ta ett ökat ansvar inom områden där det finns tydliga skäl, såsom kompetensförsörjning, läkemedel, digital infrastruktur och nationell uppföljning. På dessa områden finns goda möjligheter att skapa mer likvärdiga villkor över landet, utan att det kräver att hela huvudmannaskapet förändras.

Vi vill också lyfta vikten av att värna det lokala och regionala inflytandet, som möjliggör anpassning till olika behov och stärker den demokratiska förankringen i vården. Vi ser därför värde i en modell där staten stärker sin roll som samordnande kraft, utan att fullt ut ta över tillhandahållaransvaret från regionerna.

Vi vill att staten stöttar, men inte kväver. Leder, men inte fjärrstyr. Stadigt och successivt vill vi ge staten ett större strategiskt ansvar för svensk sjukvård och samtidigt människan ett större inflytande över sin egen situation. Vi ger oss inte förrän patientens och anhörigas perspektiv alltid är viktigare än organisationens gränser.

Särskilt yttrande av ledamöterna Johan Hultberg och Emilie Orring, Moderaterna

Vården behöver förmänskligas, inte förstatligas

Moderaterna är övertygade om att den svenska hälso- och sjukvården inte ska förstatligas. Varken helt eller delvis. Utredningens analyser visar att det finns betydande svårigheter och risker att genomföra så omfattande förändringar som ett statligt huvudmannaskap skulle innebära. Det går inte enligt utredningen att dra entydiga slutsatser baserat på framtagna underlag och tidigare erfarenheter att en förändring av huvudmannaskapet skulle lösa vårdens problem och utmaningar. Däremot står det klart att en omfattande omorganisering av hälso- och sjukvården riskerar att medföra mer byråkrati, ökad administration och höga genomförandekostnader.

Moderaterna anser att den samlade utredningen väl speglar hälso- och sjukvårdens komplexitet. Det är tydligt att problem, utmaningar och lösningar också varierar över landet. Moderaterna anser att en mångfald av utförare och valfrihet för patienten är viktigt för att möta vårdens utmaningar vad gäller bland annat bristande tillgänglighet. Hälso- och sjukvården befinner sig i en omfattande tekniskt och demografiskt driven utveckling. Det leder till att vi anser att det är mer verkningsfullt med kontinuerliga och stegvisa förbättringar genom ökat samarbete mellan olika aktörer än stora omvälvande förändringar av vårdens organisation.

Moderaterna menar att ett decentraliserat system bidrar till innovation, flexibilitet och att närvaron i samarbete och samverkan med kommunal organisation är av högsta vikt. I många fall är det som krävs av politiken ett vardagligt arbete i form av utvecklad lagstiftning, hållbara regelverk, långsiktig finansiering och regelbunden uppföljning samt att ha tillit till professionen att utveckla sina verksamheter. Den viktigaste uppgiften för alla som är involverade i hälso- och sjukvården är att värna om patienten och dennes vård.

Moderaternas utgångspunkt är att staten behöver ha en tydligare roll, fokusera på saker som endast staten kan göra bättre än andra aktörer. Staten behöver bli bättre på att vara tydlig, konsekvent och förutsägbar i sin styrning. Ett sådant exempel är styrningen av statsbidragen. Generella statsbidrag ska vara utgångspunkten. Effekterna av satsningarna ska följas upp och utvärderas. Regionernas eget ansvar skall värnas.

Utifrån utredningens samlade underlag står det klart att staten behöver ta ett ökat ansvar i vissa delar. Vårdansvarskommitténs slutsats är att det bland annat handlar om kompetensförsörjning, läkemedel och vaccinationer. Ett område där vi velat gå längre än utredningen rör behoven av att minska byråkratin inom svensk vård. Vidare är det helt centralt att fortsätta utveckla en modern och gemensam digital målbild och infrastruktur för hälso- och sjukvården. Det arbetet behöver ske i nära samarbete med de regionala huvudmännen.

Vi moderater konstaterar, vilket också är kommitténs slutsats, att svensk hälso- och sjukvård har god medicinsk kvalitet och på många sätt står sig väl i internationella jämförelser. Det är inte någon nationell ”sjukvårdskris” som det ibland påstås i den politiska debatten. Det handlar i stället om strukturella problem som kräver konkreta åtgärder.

Vi har därför i utredningen drivit på för tydligare ställningstaganden gällande patienternas ställning och inflytande. Det är helt avgörande att utgångspunkten i utformningen av vården är människan, inte systemen. Det finns ett stort behov av att stärka patienternas inflytande och makt, exempelvis genom fritt vårdsök. Vården ska förmänskligas inte förstatligas. En begränsning för kommittén har varit att direktiven till utredningen inte inkluderade den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården. De mest sjuka och sköra är i behov av många olika möten med vården på olika nivåer såväl inom regional som kommunal vård och omsorg. Vi är fortsatt övertygade om att en av de största möjligheterna till höjd kvalitet, kontinuitet och effektivitet i vården är genom ett mer samlat och samordnat omhändertagande av de mest sjuka och sköra och andra med många vårdkontakter.

Svensk hälso- och sjukvård ska utvecklas och förbättras. Det sker bäst genom stegvisa reformer i samarbete mellan kommun, region och stat där mångfald, kontinuitet och valfrihet ses som viktiga delar av lösningarna. Patienterna och vårdens personal behöver lugn och ro, inte omvälvande organisatoriska förändringar med oklara resultat. Att alla patienter får vård i rätt tid av hög kvalitet måste vara det som är viktigast för Sverige att arbeta med.

Särskilt yttrande av ledamöterna Linda Lindberg och Per Ramhorn, Sverigedemokraterna

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar och Sverigedemokraterna ser behov av betydande förändringar. Samtidigt som den medicinska kvaliteten på många sätt står sig väl i internationella jämförelser, finns betydande problem vad gäller tillgänglighet och jämlikhet över landet. Det nuvarande systemet innebär ett splittrat huvudmannaskap, där ansvaret för hälso- och sjukvården är uppdelat mellan 21 olika regioner. Det har skapat en ojämlik vård över landet där tillgången till vård, vårdkvalitet och väntetider varierar kraftigt beroende på var i landet man bor. Detta är inte värdigt ett välfärdsland som Sverige.

Under den innevarande mandatperioden har Sverigedemokraterna tillsammans med regeringen och i enlighet med Tidöavtalet, vidtagit flera viktiga och positiva åtgärder för att bland annat stärka den statliga styrningen och effektiviteten inom hälso- och sjukvården. Detta är ett pågående arbete som behöver fortsätta. Dock menar vi att för att fullt ut kunna säkerställa en jämlik vård över landet, så ser vi ett tydligt behov av att samla sjukvårdsansvaret under staten. Ett förstatligande av sjukvården skulle möjliggöra en mer enhetlig styrning, en rättvisare resursfördelning och en ökad likvärdighet över hela landet. Det skulle även skapa förutsättningar för en mer effektiv användning av skattemedel, bättre nationell samordning och stärkt uppföljning av vårdens kvalitet och resultat. Vårdens utformning ska inte bero på var patienten bor utan på vilka behov som föreligger. Dessutom skulle ett samlat statligt huvudmannaskap kunna förtydliga hur sjukvårdssystemen fungerar för invånarna.

Sverigedemokraterna är medvetna om att en reform av den här omfattningen givetvis skulle ta tid att genomföra, men att en reform är tidskrävande och omfattande, bör inte få avskräcka från vad som är rätt väg framåt.

Vår vision är en sjukvård som präglas av en hög medicinsk kvalitet, god tillgänglighet och jämlikhet över landet. Patientens behov ska alltid stå i centrum, där vård ges efter behov och inte efter bostadsort. Vi vill se en vård där personalen ges rimliga arbetsvillkor och där ledarskapet är tydligt och långsiktigt. Vården ska vara patientsäker och effektiv där kapaciteten nyttjas på bästa möjliga sätt, oavsett var i landet den finns. Vi tror på ett sjukvårdssystem där varje med-

borgare, oavsett livssituation och geografi, får tillgång till samma goda vård.

Sverigedemokraterna anser att svensk sjukvård behöver en ny struktur med staten som huvudman. Genom det kan vi fullt ut skapa en stark hälso- och sjukvård i hela Sverige.

Särskilt yttrande av experten Conny Allaskog, Nationell samverkan för psykisk hälsa (NSPH)

NSPH:s särskilda yttrande avseende Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården

Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH) är en organisation som samlar patient-, brukar- och anhörigorganisationer inom det psykiatriska området. Nätverket har i dag 14 medlemsorganisationer. Dessa organisationer är RFHL, RSMH, Riksförbundet Attention, Sveriges Fontänhus, Riksförbundet Balans, Schizofreniförbundet, Frisk & Fri, SPES, SHEDO, Suicide Zero, Svenska OCD-förbundet, ÅSS, FMN och Spelberoendes Riksförbund.

Vi ser patienter, brukare och anhöriga som en oombärlig resurs genom deras unika kunskap och anser att deras perspektiv och erfarenheter bör ha ett större inflytande över beslut och insatser som berör dem både på individ- och systemnivå.

NSPH:s yttrande över Vårdansvarskommitténs betänkande Ansvaret för hälso- och sjukvården

Vårdansvarskommittén har enligt direktivet (dir. 2023:73) haft i uppdrag att ta fram ett beslutsunderlag som möjliggör ett stegvis och långsiktigt införande av ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården. Uppdraget har endast omfattat den regionalt finansierade hälso- och sjukvården och inte huvudmannaskapet för den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården.

I kommitténs arbete har ingått att analysera hur ett statligt huvudmannaskap skulle påverka hälso- och sjukvården. Några av de aspekter som har undersökts är jämlikhet, tillgänglighet, effektivitet, kompetensförsörjning, finansiering och innovationsförmåga med utgångspunkt i hur ett helt eller delvis statligt huvudmannaskap hade påverkat dessa centrala aspekter av hälso- och sjukvården. Kommitténs analyser visar att det finns både tänkbara för- och nackdelar med att behålla nuvarande huvudmannaskap och tillhandahållaransvar hos regionerna och att införa ett helt statligt huvudmannaskap för hälso- och sjukvården.

Kommittén anser vidare att det inte går att dra en entydig slutsats med säkra kausala samband utifrån underlagen eller tidigare erfaren-

heter. NSPH delar kommitténs bedömning och vill också poängtera i sammanhanget att erfarenheterna från Norge och Danmark inte ger tydliga fingervisningar på att vårdutvecklingen i dessa länder i sig kan kopplas till de reformer som genomförts i länderna.¹¹² Det bör också poängteras att Danmark och Norge har mer centraliserade hälso- och sjukvårdssystem än Sverige samtidigt som de delvis har liknande utmaningar med jämlikhet som Sverige har och varken den geografiska eller sociala jämlikheten förfaller ha påverkats av de reformer som genomförts.

NSPH anser vidare, i likhet med kommitténs slutsatser att genomförandet av en huvudmannaskapsreform skulle bli kostsamt, tidskrävande och också riskera att tränga undan annat utvecklings- och reformarbete.

NSPH anser avslutningsvis att vården står inför många och stora framtidsutmaningar. Utmaningar såsom kompetensbrist, ojämlik vård och en bristande tillgänglighet där det finns stor förbättringspotential, inte minst på vårt område avseende vården och insatserna vid psykisk ohälsa. NSPH anser dock inte att svaret och lösningen på utmaningarna i sig är ett helt eller delvis förstatligande av hälso- och sjukvården. Samtidigt anser NSPH att delar av vården kan behöva en tydligare styrning och nationell samordning för att tydliggöra och skapa förutsättningar för en mer jämlik vård, något som kan åstadkommas även utan ett förändrat huvudmannaskap.

¹¹² Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland*, PM 2024:4, Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Utblick Norge – En belysning av den norska sjukhusreformen 2002*.

Särskilt yttrande av experten Sara Catoni, Sveriges Kommuner och Regioner

Vårdansvarskommittén har synliggjort att en huvudmannaskapsförändring inte i sig skulle lösa de utmaningar som hälso- och sjukvården står inför. Utredningen visar dessutom att ett delvis förstatligande av större områden som primärvård och specialist-sjukvård i olika former snarare skulle, jämfört med ett helt förstatligande, föra med sig ytterligare negativa konsekvenser.

Utredningen bekräftar till stor del den bild jag har utifrån min roll inom SKR och utifrån den dialog vi för med företrädare från kommuner och regioner. En organisationsförändring kommer inte att leda till att vårdpersonalen blir fler, att vårdköer kortas eller att vården och hälsan blir mer jämlik mellan olika grupper och mellan olika delar av landet. Vi har stora geografiska skillnader oavsett hur vi organiserar oss. Tvärtom, riskerar en organisationsförändring att hämma en viktig och positiv utveckling.

Ett lokalt och regionalt självstyre möjliggör för kommuner och regioner att ta initiativ till att utveckla och anpassa verksamheter och organisationer. Det möjliggör också för invånarna att lättare kunna utkräva ansvar av de förtroendevalda. Den nära samverkan som finns mellan kommuner och regioner i dag kan utvecklas, men jämlik vård uppnår vi inte alltid genom att göra likadant för alla.

Styrningen av hälso- och sjukvården är i dag komplex och många gånger otydlig för såväl huvudmännen som för invånarna. I dag blandas kommuners, regioners och statens roll allt för ofta samman, främst genom statlig detaljstyrning, men också genom oförutsägbart och kortsiktig statlig medfinansiering samt genom att diskussionen mellan nivåerna inte sällan blir onödigt polariserad. Svaret ligger i utvecklad samverkan, inte i en stor omorganisering.

I syfte att bredda perspektiven och ta in lärdomar från andra länder har SKR närstuderat sjukvårdssystemet i Norge. Studien har gett viktiga insikter också i en svensk kontext. En sådan insikt är att det är svårt att säga vad själva förstatligandet har betytt. Många av de mest tydliga reformeffekterna, både positiva och negativa, tycks bero på helt andra saker än själva huvudmannaskapsförändringen. Det förtjänas att särskilt lyfta fram att den norska reformen inte har kommit ifrån de otydligheter i ansvarsfördelning som tidigare

rådde mellan regional och statlig nivå. I stället har nya gränsdragningar och otydligheter uppstått.

En förbättrad styrning av hälso- och sjukvården kräver förtydligande av aktörers roller och ansvar, där staten bör ha en mer renodlad strategisk och granskande roll, samtidigt som samverkan mellan staten och huvudmännen behöver stärkas. Det finns ett antal områden där statens roll skulle kunna förändras:

1. Skapa långsiktiga planeringsförutsättningar för huvudmännen genom att anpassa och värdesäkra statsbidrag, se över dagens balanskrav samt möjligheter att införa en garanterad lägsta nivå på skatteunderlagsutvecklingen. Stärk samverkan och samordningen mellan statliga myndigheter och initiativ för att undvika överlapp eller motstridiga statliga styrsignaler.
2. Ta ett tydligare statligt ansvar för utbildningar till hälso- och sjukvården, i hela landet (inkl. till icke-legitimerade yrken).
3. Etablera en sammanhållen styrning mellan staten och de regionala huvudmännen för prioritering, investering och skapandet av en effektiv nationell digital infrastruktur.
4. Se över statens roll och ekonomiska ansvar för den rättspsykiatriska vården.
5. Se över statens roll för vaccinationer och screening.

Jag är positiv till utredningens gedigna arbete och delar stora delar av slutsatserna som synliggör utmaningarna i dagens styrning av hälso- och sjukvården. Min förhoppning är att utredningens förslag ska bidra till dialog om hur styrningen kan förbättras, inom ramen för nuvarande organisation. Med målet att vi får en mer renodlad, förutsägbar och tydlig styrning av den svenska hälso- och sjukvården.

Referenser

Offentligt tryck

Propositioner

Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.

Prop. 2024/25:1, *Budgetpropositionen för 2025*.

Regeringsbeslut

Uppdrag till Socialstyrelsen att fördela och betala ut medel för att öka antalet tjänster för allmäntjänstgöring, dnr S2025/00584.

Kommittébetänkanden

SOU 1995:5, *Vårdens svåra val*.

SOU 1997:154, *Patienten har rätt*.

SOU 2007:10, *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*.

SOU 2008:127, *Patientens rätt – Några förslag för att stärka patientens ställning*.

SOU 2015:52, *Rapport från Bergwallkommissionen*.

SOU 2017:87, *Finansiering, subvention och prissättning av läkemedel – en balansakt*.

SOU 2018:89, *Tydligare ansvar och regler för läkemedel*.

SOU 2024:2, *Ett samordnat Vaccinationsarbete – för effektivare hantering av kommande vacciner*.

SOU 2024:29, *Goda möjligheter till ökat välbefinnande*.

SOU 2024:50, *Nätt och jämnt – Likvärdighet och effektivitet i kommunsektorn.*

Rapporter m.m.

Brottsförebyggande rådet (2024), *Personer lagförda för brott, Slutlig statistik 2023.*

E-hälsomyndigheten (2024), *Undersökning om digitala tjänster inom hälso- och sjukvård 2023 – Resultatrapport.*

European Observatory on Health Systems and Policies och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Sweden – Health system review, European Observatory.*

Finansdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (2007), *Den kommunala finansieringsprincipen* (2007-04-16), gemensamt informationsmaterial.

Myndigheten för arbetsmiljökunskap, Mynak, (2023), *Arbetsmiljörisker och friskfaktorer bland hälso- och sjukvårdspersonal.*

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017), *Lag utan genomslag, Utvärdering av patientlagen 2014–2017.* Rapport 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *En lag som kräver omtag – Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet.* Rapport 2021:10.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021), *Genvägen till ökad precision. En framåtblickande analys av precisionsmedicin i hälso- och sjukvården.* Rapport 2021:5.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2022), *Nationell uppföljning av hälso- och sjukvården.* PM 2022:3.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv International Health Policy Survey (IHP) 2022.* Rapport 2023:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2023), *Ordnat för omställning? Utvärdering av omställningen till en god och nära vård: delrapport.* Rapport 2023:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Sweden – Health system summary.*

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Vården ur befolkningens perspektiv, International Health Policy Survey (IHP) 2023*. PM 2024:3.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2024), *Strukturreformer i Norden – Analys av hälso- och sjukvårdssystemen i Norge, Danmark och Finland*. PM 2024:4.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2025), *Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre – International Health Policy Survey (IHP) 2024*. PM 2025:1.
- Nationella vårdkompetensrådet (2025), *Förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, slutredovisning inom det ändrade uppdraget att ta fram förslag till en nationell plan för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning, (S2023/00256)*.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2022), *God och nära vård 2022 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Regeringen och Sveriges Kommuner och Regioner (2023), *Statens bidrag till regionerna för kostnader för läkemedelsförmåner m.m. 2024 – Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner*.
- Socialdepartementet (2024), *Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi*.
- Socialstyrelsen (2021), *Den gränsöverskridande ambulanssjukvården i Sverige – Förslag till regelverk som syftar till att möjliggöra en god och säker ambulanssjukvård när ambulanser från Danmark, Finland och Norge bistår en svensk region*.
- Socialstyrelsen (2023), *Hälsotillståndet bland personer med psykisk funktionsnedsättning – Aspekter av betydelse*.
- Socialstyrelsen (2023), *Sveriges prehospitla akutsjukvård – nulägebild, bedömning och utvecklingsförslag*.
- Socialstyrelsen (2023), *Psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård Kartläggning och utvecklingsförslag*.
- Socialstyrelsen (2023), *Samlad uppföljning av regionernas tillgänglighetsarbete. Nationell översikt*.

- Socialstyrelsen (2024), *Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos 2024–2027*.
- Socialstyrelsen (2024), *Plats för vård – Förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.
- Socialstyrelsen (2024), *Statistik om läkemedel 2023*.
- Socialstyrelsen (2025), *Tandvården och Vårdansvarskommittén, Från rot till krona – förslag på områden för statlig översyn i tandvårdssystemet*.
- SOS Alarm Sverige AB (2023), *Årsredovisning 2023*.
- Statistiska centralbyrån, SCB (2024), *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040*. Rapport från juni 2024.
- Statskontoret (2023), *Utvecklingen av den statliga styrningen av kommuner och regioner 2022*.
- Statskontoret (2023), *Att styra de självstyrande – En analys av statens styrning av kommuner och regioner*.
- Statskontoret (2024), *Statens styrning med statsbidrag till kommuner och regioner 2023 – Antal, omfattning och innehåll*.
- Statskontoret (2024), *Enklare att överblicka riktade statsbidrag. Statskontorets förslag till en samlad informationsportal*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2016), *Färre och mer effektiva riktade statsbidrag till kommuner, landsting och regioner*.
- Sveriges Kommuner och regioner (2019), *kunskapsöversikten (O) Jämförad hälsa och vård, kunskapsöversikt*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2021), *Hur ger statsbidragen bäst effekt? Om de riktade och generella statsbidragen*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020, 2021, 2022, 2023, 2024), *Hälso- och sjukvårdsbarometern – Befolkningens attityder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *Psykiatrinen i siffror – Kartläggning av rättspsykiatrinen 2023*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2024), *God och nära vård 2023 – En omställning av hälso- och sjukvården med primärvården som nav*.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2025), *Utblick Norge – En belysning av den norska sjukhusreformen 2002*.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2023), *Stärkt tillgång till läkemedel vid sällsynta hälsotillstånd – till långsiktigt hållbara läkemedelskostnader*.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV (2024), *Kostnadsutveckling och långsiktigt hållbar finansiering av läkemedel – Utveckling av läkemedelskostnaderna och TLV:s arbete med kostnadsdämpande åtgärder år 2023–2024*.

Vinnova (2023), *Acceleration mot en hållbar framtid*, Vinnovas inspel till regeringens forsknings- och innovationsproposition 2025–2028.

Litteratur m.m.

Bennet, T. *Rättspsykiatrisk vård – tvångsvård som påföljd för brott*, i: Dahlin, Juth och Sjöström, *Tvång på gott och ont – en forskningsantologi om tvång i välfärden*, (Iustus, 2025).

Kittelsen et al. (2008), *Hospital productivity and the Norwegian ownership reform. A Nordic comparative study*. HERO Working Paper, 10/2008, Oslo University.

Kittelsen et al. (2015), *Costs and Quality at the Hospital Level in the Nordic Countries*. Health Economics, Dec;24 Suppl.

Rehnberg, C. (2019), *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv*.

Webbsidor

Brottsförebyggande rådet, *Personer lagförda för brott*, hämtad 2024-12-01: <https://bra.se/statistik/statistik-om-rattsvasendet/personer-lagforda-for-brott#h-Tabeller>.

Folkhälsomyndigheten, *Nationellt folkhälsomål och målområden*, hämtad 2025-02-12: <https://www.folkhalsomyndigheten.se/om-folkhalsa-och-folkhalsoarbete/tema-folkhalsa/vad-styr-folkhalsopolitiken/nationella-mal-och-malomraden/>.

- Helsedirektoratet (2025), *Sykehusopphold – ventetid påbegynt helsehjelp*. Information på Helsedirektoratets webbsida. Hämtad 2025-04-24:
<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/sykehusopphold/gjennomsnittlig-ventetid-i-somatisk-helsetjeneste>.
- Läkemedelsindustriföreningen *Sveriges export och import av läkemedel*, hämtad 2025-01-08:
<https://www.lif.se/lakemedelsstatistik/sveriges-export-och-import-av-lakemedel/> och om läkemedelsbranschen, hämtad 2025-01-08: <https://www.lif.se/fokusomraden/en-aktiv-och-hallbar-samhallsaktor/lakemedelsbranschen--en-svensk-basnaring/>.
- Socialdepartementet, pressnyhet om en särskild utredare som ska utreda tillståndsplikt inom hälso- och sjukvård och ökad tillgång till information för Inspektionen för vård och omsorg (IVO), pressnyhet 2025-04-16, hämtad 2025-04-29:
<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/04/insatser-mot-valfardsbrottslighet-och-for-okad-patientsakerhet/>.
- Statistiska centralbyrån, SCB, *Hälso- och sjukvårdens andel av BNP var 10,5 procent 2022*, hämtad 2024-12-19:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/nationalrakenskaper/nationalrakenskaper/halsorakenskaper/pong/statistiknyhet/halsorakenskaper-2022/>.
- Statistiska centralbyrån, SCB, *Försämrat resultat för kommunerna och fortsatt negativt resultat för regionerna 2024*, publicerad 2025-03-04:
<https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/offentlig-ekonomi/finansier-for-den-kommunalsektorn/rakenskapssammandrag-for-kommuner-och-regioner/pong/statistiknyhet/kommunernas-och-regionernas-preliminara-bokslut-for-2024/>.
- Sveriges Kommuner och Regioner, *Sektorn i siffror*, hämtad 2024-09-19:
<https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/statistikekonomi/sektornisiffror.71725.html>.
- Sveriges Kommuner och Regioner, *telefonstillgänglighet, Väntetider i vården*, hämtad 2025-02-12:
<https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html>.

- Sveriges Kommuner och Regioner, *medicinsk bedömning i primär-vården, Väntetider i vården*, hämtad 2025-02-12:
<https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/medicinskbedomning.54389.html>.
- Sveriges Kommuner och Regioner, *första besök respektive operation/åtgärd i specialiserad vård, Väntetider i vården*, hämtad 2025-02-12:
<https://skr.se/vantetiderivarden.46246.html>.
- Sveriges kommuner och regioner (2024), *Regionernas samverkansmodell för läkemedel*, information på hemsidan, hämtad 2025-02-10:
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/lakemedelkommunerregioner/samverkansmodelllakemedel.2109.html>.

Kommittédirektiv 2023:73

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 sluten 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 allt eftersom 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 sluten vård. Mentalsjukvården inordnades under 1960-talet i landstingens sjukvårdsverksamhet och kom att omfatta alla former av sluten 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. sjukförsäkringsreformen 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 huvudmannaskap 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 förtydligat 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. Äldreformen 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 kvalitet, tillgänglighet 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. riks-sjukvård. 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 kommun-

erna 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 sam-

ordning, 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 omsorgsanalysrapport 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 omsorgsanalysrapport 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 akut-sjukhus. 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 patient-säkerheten 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 överenskomelser 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 offentlighetsreglerade 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 för-

hållanden ska ha samma ansvar under en kris, innebär därför en utmaning för statens möjlighet att styra. Det decentraliserade hälso- och sjukvårdssystemet innebär 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) innebär 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 behovs- anpassad 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 jämlik 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 huvudmannaskapet 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 huvudmannaskap 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 huvudmannaskapets 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 huvudmannaskap 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 kommunal-ekonomiska utjämningssystemet, 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 socioökono-

miska faktorer. Det sker främst genom utjämning för skillnader i skattekraft (inkomstutjämning) och strukturellt betingade kostnads-skillnader (kostnadsutjämning).

Hälso- och sjukvården inklusive dess resursfördelning styrs utifrån den etiska plattformen och riksdagens beslutade prioriteringsprinciper (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 utjämnings-systemet. Vidare skulle en sådan förändring påverka regionernas beskattningsrätt på förvärvsarbete, det kommunala utjämnings-systemet 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 resursför-

delningssystem 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 utjämningssystemet 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 utjämningssystemet, och
- bedöma och redovisa nödvändiga förändringar i resursfördelnings-, skatte- och utjämningssystemet.

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. Socialstyr-

elsen 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 bas-tjänstgöring 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 etenskapsrådet 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 Riksintressen i hälso- och sjukvården – stärkt statlig styrning för hållbar vårdinfrastruktur (SOU 2021:71) bl.a. att stärkt statlig styrning genom definierade riksintressen 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 framtagandet 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 sluten hälso- och sjukvård finns även bestämmelser om samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från sluten 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 ändamåls-enlig 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 måloppfyllelse 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)