



Malmö stad
Stadskontoret

SDF 30/3 -10

Svar till Kansliet senast 11/2-10

2010-02-15

Stadsdelsfullmäktige Limhamn/Bunkeflo
Stadsdelsfullmäktige Södra Innerstaden
Stadsdelsfullmäktige Västra Innerstaden

2010-02-15
J. Johansson
Kopia i Bjuvskyrkan

Ärendet: **Regler för etablering av vårdgivare - Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)**

Ärendet, med vårt Dnr **KS-KOM-2010-00110** överlämnas till ovanstående för yttrande.

Övriga stadsdelsfullmäktige beredes möjlighet att yttra sig.
Betänkandet kan laddas ner från www.regeringen.se och från DocuLive dnr KS-KOM-2010-00110.

Svaret ställt till kommunstyrelsen, ska vara stadskontorets expedition, tillhanda **senast 2010-04-01 kl 12.00**.

Yttrandet översändes dessutom till handläggaren på stadskontoret via e-post.

Handläggande tjänsteman på stadskontoret är Eva Lundberg.

Malmö som ovan

Enligt uppdrag

Stadskontoret

Britt-Marie Johansson



Socialdepartementet

Stadskontoret i Malmö
Ank. 2010-02-05
Dnr: 110/10
Handl nr: 1

Slutbetänkandet Regler för etablering av vårdgivare – Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)

Remissinstanser

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Riksrevisionen
3. Kammarrätten i Stockholm
4. Länsrätten i Göteborg
5. Länsrätten i Västerbottens län
6. Datainspektionen
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Läkemedelsverket
10. Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN)
11. Statens folkhälsoinstitut
12. Statens beredning för medicinsk utvärdering
13. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
14. Barnombudsmannen (BO)
15. Ekonomistyrningsverket (ESV)
16. Kammarkollegiet
17. Statskontoret
18. Konkurrensverket
19. Verket för innovationssystem (Vinnova)
20. Tillväxtverket
21. Myndigheten för tillväxtpolitiska utvärderingar och analyser
22. Diskrimineringsombudsmannen
23. Regelrådet
24. Degerfors kommun
25. Fagersta kommun
26. Gotlands kommun
27. Gnosjö kommun
28. Gävle kommun
29. Göteborgs kommun

30. Halmstads kommun
31. Höganäs kommun
32. Karlstads kommun
33. Kalmar kommun
34. Linköping kommun
35. Mariestads kommun
36. Malmö kommun
37. Oxelösunds kommun
38. Skara kommun
39. Solna kommun
40. Stockholms kommun
41. Sundsvalls kommun
42. Umeå kommun
43. Uppsala kommun
44. Vetlanda kommun
45. Vänersborgs kommun
46. Västerviks kommun
47. Västerås kommun
48. Åre kommun
49. Stockholms läns landsting
50. Uppsala läns landsting
51. Södermanlands läns landsting
52. Östergötlands läns landsting
53. Jönköpings läns landsting
54. Kronobergs läns landsting
55. Kalmar läns landsting
56. Blekinge läns landsting
57. Skåne läns landsting
58. Hallands läns landsting
59. Västra Götalands läns landsting
60. Värmlands läns landsting
61. Örebro läns landsting
62. Västmanlands läns landsting
63. Dalarnas läns landsting
64. Gävleborgs läns landsting
65. Västernorrlands läns landsting
66. Jämtlands läns landsting
67. Västerbottens läns landsting
68. Norrbottens läns landsting
69. Tjänstemännens Centralorganisation (TCO)
70. Sveriges akademikers centralorganisation (SACO)
71. Akademikerförbundet (SSR)
72. Svenska Kommunalarbetareförbundet
73. Sveriges Kommunaltjänstemannaförbund (SKTF)
74. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
75. Sveriges läkarförbund
76. Svenska Privatläkarföreningen
77. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)

78. Sveriges Psykologförbund
79. Vårdförbundet
80. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
81. Distriktsköterskeföreningen
82. Svensk Barnmorskeförening
83. Föreningen Svensk Företagshälsovård
84. Sjukhusläkarföreningen
85. Cancerfonden – Riksföreningen mot Cancer
86. Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO)
87. Pensionärernas Riksorganisation (PRO)
88. Sveriges Pensionärsförbund (SPF)
89. Sveriges Pensionärs Riksförbund (SPRF)
90. Reumatikerförbundet
91. Svenska diabetesförbundet
92. Svenska föreningen för psykisk hälsa (SFPH)
93. Riksförbundet för Social och Mental Hälsa (RSMH)
94. Riksorganisationen för vård och omsorg utan vinstsyfte (Famna)
95. Vårdföretagarna
96. Capio AB
97. Praktikertjänst AB
98. Carema AB
99. Aleris AB
100. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
101. Stiftelsen Den Nya Valfärden
102. Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum

Remissbehandlingen innebär att regeringen vill ha synpunkter på förslag, avvägningar och motiveringar i betänkandet.

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

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

Råd om hur remissyttrandet bör utformas finns i Statsrådsberedningens broschyr "Svara på remiss – hur och varför?". Broschyren kan beställas kostnadsfritt via post från *Information Rosenbad, 103 33 Stockholm* eller laddas ner från följande adress: www.regeringen.se/remiss

Fler exemplar av betänkandet kan beställas från:
Fritzes/Norstedts Juridik AB, Kundservice, 106 47 Stockholm
på telefon 08-690 91 90 eller via e-post order.fritzes@nj.se.

Betänkandet kan också laddas ner kostnadsfritt från regeringens hemsida: www.regeringen.se

Frågor under remisstiden besvaras av Daniel Zetterberg, tfn 08-4054462 (daniel.zetterberg@social.ministry.se).

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 11 maj 2010. Vi ser helst att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: registrator@social.ministry.se och s.hs@social.ministry.se.



Olivia Wigzell
Departementsråd

Kopia till
Fritzes Kundservice, 106 47 Stockholm
Riksdagens utredningstjänst

Regler för etablering av vårdgivare

*Förslag för att öka mångfald
och integration i specialiserad öppenvård*

Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt

Stockholm 2009



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2009:84

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:
Fritzes kundtjänst
106 47 Stockholm
Orderfax: 08-598 191 91
Ordertel: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Internet: www.fritzes.se

Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på
<http://www.regeringen.se/remiss>

Omslag: Petra Lundin, Manifesto

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2009

ISBN 978-91-38-23297-2
ISSN 0375-250X

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Regeringen beslutade den 20 juni 2007 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag på hur patientens ställning och inflytande över vården kan stärkas (dir. 2007:90). För att stärka rätten till valfrihet ska utredaren föreslå hur vårdval kan införas i primärvården där det blir möjligt för vårdgivare att etablera sig med rätt till offentlig ersättning. Denna del av utredningens uppdrag lämnade utredningen i delbetänkandet *Vårdval i Sverige* (SOU 2008:37). Utredaren ska göra en övergripande beskrivning av de skyldigheter som vårdgivarna har gentemot patienten och hur detta regleras i nuvarande lagstiftning. Utredaren ska särskilt se över hur patientens möjligheter att fritt välja vårdgivare över landstingsgränser efterlevs samt lämna förslag till lagreglering av det fria vårdvalet. Vidare ska utredaren analysera tillämpningen av den nationella vårdgaranti som infördes den 1 november 2005, samt lämna förslag till lagreglering av densamma. I uppdraget ingår vidare att lämna förslag till en stärkt rätt till fast vårdkontakt. Förslag rörande dessa frågor lämnade utredningen i delbetänkandet *Patientens rätt* (SOU 2008:127). Den 29 maj och den 18 juni 2008 beslutade regeringen att utredarens arbete skulle slutföras med ytterligare direktiv (dir. 2008:72 och dir. 2008:87). Av tilläggsdirektiven framgår dels att utredaren ska lämna förslag till vidareutveckling och förbättringar av rehabiliteringsgarantins konstruktion och funktions sätt, dels föreslå ett nytt system för hur privata vårdgivare ska kunna etablera sig och verka i landstingens öppna hälso- och sjukvård utanför primärvården. De förslag och överväganden i uppdraget som rör rehabiliteringsgarantin lämnade utredningen i sitt delbetänkande *Bättre samverkan* (SOU 2009:49).

I utredningens slutbetänkande uppfylls slutligen utredningens uppdrag i och med överlämnandet av ett förslag för ett nytt system som reglerar förutsättningarna för privata vårdgivares rätt att med offentlig ersättning etablera sig och verka i landstingens öppna hälso-

och sjukvård utanför primärvården. Förslaget innehåller även övergångsregler för dem som i dag får ersättning enligt den nationella taxan. Utredningens direktiv återfinns i bilaga 1–3.

Experten Toivo Heinsoo har sedan den 1 september 2007 varit särskild utredare.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 rättssakkunniga Petra Bergman, Socialdepartementet, ämnesrådet Kjell Ellström, Finansdepartementet, departementssekreteraren Helena Linde, Finansdepartementet samt departementssekreteraren Martin Talvik, Socialdepartementet. Den 18 december 2007 förordnades sedan departementssekreteraren Åsa Edman, Finansdepartementet som sakkunnig i utredningen. Rättssakkunniga Petra Bergman entledigades från uppdraget den 26 maj 2008 och samma dag förordnades rätts-sakkunniga Eva Willman, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Åsa Edman entledigades från uppdraget den 12 september 2008 och samma dag förordnades kansli-rådet Richard Falkendal, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Den 19 januari 2009 förordnades kanslirådet Eva Stina Lönngrén, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Departementssekreteraren Martin Talvik entledigades från uppdraget den 15 april 2009 och samma dag förordnades departementssekreteraren Daniel Zetterberg, Socialdepartementet, som sakkunnig i utredningen.

Som experter i utredningen förordnades den 10 oktober 2007 förbundsordföranden Anne Carlsson, Reumatikerförbundet, förbundsordföranden Anna-Karin Eklund, Vårdförbundet, projektledaren Birgitta Eriksson, Socialstyrelsen, analytikern Jörgen Lindell, Tillväxtverket (tidigare Nutek), biträdande avdelningschefen Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting, ordföranden Anne-Sophie Sjöberg, Vårdföretagarna, andre vice ordföranden Benny Ståhlberg, Sveriges läkarförbund samt konkurrensrådet Per-Arne Sundbom, Konkurrensverket. Andre vice ordföranden Benny Ståhlberg entledigades från uppdraget den 30 april 2008 och samma dag förordnades ordföranden Eva Nilsson Bågenholm, Sveriges läkarförbund, som expert i utredningen. Den 19 januari 2009 förordnades utredaren Sven-Erik Skoogh, Sjukgymnasternas Riksförbund, som expert i utredningen.

Till huvudsekreterare i utredningen anställdes på halvtid från och med den 1 september 2007 och på heltid från och med den 1 januari 2008 ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Från och med den 1 oktober 2007 anställdes landstingsjuristen Robert Larsson som sekreterare i utredningen och statsvetaren Matilde Millares som biträdande sekre-

terare på halvtid i utredningen och från och med den 1 november 2008 på heltid. Den 14 juli 2008 entledigades ämnessakkunniga Lena Barrbrink. Professor Claes-Fredrik Helgesson anställdes som huvudsekreterare i utredningen på deltid från och med den 1 augusti 2008 och på heltid från och med den 1 oktober 2008. Den 31 december 2008 entledigades landstingsjuristen Robert Larsson från uppdraget. Den 1 januari 2009 anställdes juristen Jessica Appelgren som sekreterare i utredningen. Den 31 januari 2009 entledigades statsvetaren Matilde Millares från uppdraget. Från och med den 1 februari 2009 anställdes handläggarchefen Gabriella Norén som sekreterare i utredningen. Från och med den 1 april anställdes statsvetaren Viktoria Björk som sekreterare på halvtid i utredningen och från och med den 1 juni 2009 på heltid. Den 31 augusti 2009 entledigades juristen Jessica Appelgren och den 18 september 2009 entledigades handläggarchefen Gabriella Norén från uppdraget. Utredningens assistent har varit Malin William-Olsson.

Utredningen, som har antagit namnet Utredningen om patientens rätt, överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Regler för etablering av vårdgivare* (SOU 2009:84). Till slutbetänkandet fogas ett särskilt yttrande.

Utredningens uppdrag är med detta slutfört.

Stockholm i oktober 2009

Toivo Heinsoo

/Claes-Fredrik Helgesson
Viktoria Björk

Innehåll

Sammanfattning	15
Författningsförslag	27
1 Utredningens uppdrag och genomförande	35
1.1 Direktiven.....	35
1.2 Utredningsarbetet.....	36
1.3 Slutbetänkandets disposition	37
2 Utgångspunkter för utredningens överväganden och förslag.....	39
2.1 Inledning.....	39
2.2 Problembeskrivning.....	40
2.2.1 Patientens svaga ställning.....	40
2.2.2 Skillnader avseende tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet.....	41
2.2.3 Problem i hälso- och sjukvårdens organisering	43
2.3 En målbild av hälso- och sjukvårdens framtida organisering i Sverige.....	47
2.3.1 Ett integrerat och gemensamt finansierat system	48
2.3.2 Ett system präglat av patientfokus	50
2.3.3 Ett system präglat av mångfald.....	51
2.3.4 Ett system präglat av innovationskraft.....	52
2.4 Avslutande kommentar	52
Referenser	53

3	Översikt av hälso- och sjukvårdssystemet	55
3.1	Inledning.....	55
3.1.1	Definitioner av vissa begrepp	56
3.2	Ansvarsförhållanden i svensk sjukvård	57
3.3	Kostnader för svensk sjukvård	59
3.3.1	Utgifter för olika delar av sjukvården.....	59
3.3.2	Kostnader och resultat i en internationell jämförelse	61
3.4	Utvecklingen av olika delar av vården.....	63
3.4.1	Utveckling av slutenvård, öppenvård och primärvård	63
3.4.2	Vem producerar, utför respektive finansierar vården?.....	63
3.4.3	Utvecklingen för privata läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt nationell taxa.....	64
3.5	Internationella trender	68
3.6	Viktiga regleringar för organiseringen av utförare	69
3.6.1	Vårdavtal.....	70
3.6.2	Samverkansavtal	71
3.6.3	Offentlig upphandling och valfrihetssystem.....	74
3.6.4	Remissregler	76
3.6.5	Tillsyn och uppföljning	79
3.6.6	Regleringarnas utveckling.....	80
3.7	Några svagheter i hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering	82
3.7.1	Svagheter i olika delar av vården	84
	Referenser	91
4	Patientens ställning i öppenvården	95
4.1	Inledning.....	95
4.2	Områden där patientens ställning är svag.....	96
4.2.1	Begränsade valmöjligheter	96
4.2.2	Komplexa vårdprocesser.....	98

4.2.3	Patientens informations- och kunskapsunderläge....	100
4.2.4	Bemötande	102
4.2.5	Patientdelaktighet.....	103
4.2.6	Kontinuitet och tillgänglighet.....	105
4.2.7	Patientens ställning starkast efter en vårdprocess	106
4.2.8	Utredningens sammanfattande iakttagelser rörande patientens ställning i dagens hälso- och sjukvård	108
4.3	Systematiska variationer i vården ur olika perspektiv.....	109
4.3.1	Jämställdhet i öppenvården	110
4.3.2	Jämlikhet i vården	112
4.3.3	Regionala skillnader.....	113
4.3.4	Styrkan i patientens ställning i olika skeenden av vårdprocessen.....	114
4.4	Olika verktyg och förslag för att stärka patientens ställning före och under en vårdprocess	116
4.4.1	Utredningens iakttagelser och slutsatser	117
	Referenser	118
5	Etableringsregler och ersättningsprinciper.....	121
5.1	Inledning.....	121
5.2	Centrala utgångspunkter	121
5.2.1	Ett komplext system med många verksamheter och ersättningsprinciper.....	121
5.2.2	Ett ökat intresse för olika ersättningssystem och deras effekter.....	123
5.2.3	Landstingens ansvar över den gemensamma finansieringen av hälso- och sjukvård.....	129
5.2.4	Stort behov av lärande och utveckling.....	131
5.3	Centrala regler för etablering och ersättning av privata vårdgivare.....	132
5.3.1	Lagen om offentlig upphandling	132
5.3.2	Valfrihetssystem	135
5.3.3	EG-rättens krav	137
5.4	Utredningens iakttagelser	141

5.4.1	Principer och regelverk för etablering och ersättning.....	141
5.4.2	Implikationer för etablering och ersättning inom specialiserad öppenvård utanför primärvården	142
5.5	Referenser	144
6	Granskning och kunskapsstyrning.....	147
6.1	Inledning.....	147
6.2	Användning av olika begrepp	148
6.3	Generella iakttagelser	151
6.4	Nuvarande system och dess brister.....	153
6.4.1	Socialstyrelsens tillsyn	153
6.4.2	Landstingens revision	155
6.4.3	Vårdrevision	156
6.4.4	Landstingens uppföljning.....	158
6.4.5	Kvalitetsregister	160
6.4.6	Hälsodataregister	161
6.4.7	Öppna jämförelser	162
6.4.8	Nationella riktlinjer	163
6.4.9	Utvärdering av medicinska metoder.....	163
6.4.10	Personalens kompetensutveckling.....	165
6.4.11	Stöd för verksamhetsutveckling.....	166
6.5	Pågående initiativ.....	168
6.5.1	Behörighetsutredningen	168
6.5.2	Patientsäkerhetsutredningen.....	169
6.5.3	Nationellt system för egenkontroll	170
6.5.4	En oberoende granskningsfunktion.....	170
6.5.5	Patientdatalagen och Nationell Patientöversikt.....	171
6.5.6	Nationell IT-strategi.....	172
6.5.7	Nationell strategi för öppna jämförelser	173
6.6	Utredningens iakttagelser.....	174
	Referenser	179
7	Diskussion kring alternativa vägar.....	183
7.1	Utgångspunkter.....	184

7.1.1	Bakgrund	184
7.1.2	Etableringsregler och landstingens planeringsansvar.....	186
7.1.3	Etableringar enligt LOL och LOS – ett kompletterande utbud.....	187
7.1.4	Vårdproducenter inom LOL och LOS.....	189
7.2	Tre alternativ	191
7.2.1	Reviderade nationella etableringsregler för öppenvård.....	191
7.2.2	Ett regionalt etableringssystem	197
7.2.3	Ny nationell ersättningsmodell	201
7.3	Sammanfattande jämförelse mellan de olika alternativen....	203
	Referenser.....	205
8	Utredningens förslag	207
8.1	Utredningen föreslår en ny etableringsplattform	207
8.2	Avveckling av LOL och LOS.....	209
8.3	Lag om vårdgivaretablering	210
8.4	Myndighet fastställer och utvecklar ramar för etablering ...	212
8.5	Tillstånd och registrering av verksamheten.....	213
8.6	Regionalt godkännande och ingående av etableringsavtal...	214
8.7	Landstingens möjligheter att kontrollera kostnader	216
8.8	Möjligheter för landstingen att styra och prioritera	217
8.9	Landstingsanställdas rätt att parallellt arbeta i annan verksamhet	217
8.10	Öppna vårdens utveckling.....	218
8.11	Beräkning av resurser för ny etableringsplattform	219
8.12	Genomförande	221
8.13	Tillsyn över landstingens ansvar för etableringar och vissa konkurrensfrågor	221

8.14	Övergångsbestämmelser	223
8.15	Sammanfattning.....	223
	Referenser	225
9	Konsekvenser av utredningens förslag	227
9.1	Samhällsekonomiska konsekvenser samt konsekvenser för de offentliga finanserna.....	227
9.1.1	Direkta konsekvenser för statens finanser	228
9.1.2	Konsekvenser för landstingens kostnader.....	228
9.1.3	Samhällsekonomiska konsekvenser	231
9.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	232
9.3	Konsekvenser för jämställdhet	233
9.3.1	Konsekvenser för jämställdhet utifrån ett patient- och närståendeperspektiv	234
9.3.2	Konsekvenser för jämställdhet utifrån ett företagar- och löntagarperspektiv.....	235
9.4	Konsekvenser för små företags arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga.....	236
9.5	Konsekvenser för annan lagstiftning.....	237
	Referenser	238
10	Genomförande och ikraftträdande.....	239
11	Författningskommentar	241
	Lagens tillämpningsområde m.m.....	241

Särskilt yttrande av experten Roger Molin.....	251
Bilaga 1, Kommittédirektiv, Dir:2007:90	253
Bilaga 2, Tilläggsdirektiv, Dir:2008:72	259
Bilaga 3, Tilläggsdirektiv, Dir:2008:87	265

Sammanfattning

Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård

Utredningens förslag är att införa ett nytt system för etablering av vårdgivare som vill verka med offentlig finansiering inom den öppna specialiserade vården. Detta system ska finnas vid sidan av de offentliga upphandlingsformer som redan finns och bygger på ett samspel mellan landstingens planeringsansvar, vårdgivarnas initiativ och en nationell plattform. Avsikten med anslutningsformen är att tillvarata entreprenörskap och nytänkande och därigenom stimulera utvecklingen mot en ökad mångfald inom denna del av hälso- och sjukvården. Förslagen är vidare utformade så att de ger bättre förutsättningar för en ökad integration så att olika vårdgivare oavsett driftsform verkar i ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem.

Den specialiserade öppenvården utanför primärvården är en central del av hälso- och sjukvården. Etablering av läkare och sjukgymnaster på den så kallade nationella taxan har funnits i sin nuvarande form sedan 1994 och regleras genom *lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL)* respektive *lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)*. Det finns flera skäl till varför dessa regler för etablering inom specialiserad öppenvård inte har gett tillräckliga förutsättningar för att denna del av sjukvården ska kunna utvecklas på ett för helheten önskvärt sätt. Utredningen har bland annat kunnat konstatera att patienter i flera avseenden har en alltför svag ställning, att det förekommer betydande skillnader i tillgänglighet, jämlikhet och kvalitet samt att det finns flera tendenser till fragmentering. Vi har vidare observerat att det finns en bristande tillit mellan olika viktiga parter inom just denna del av hälso- och sjukvården. Det finns även mycket som tyder på att det finns en stor orealiserad innovationspotential rörande arbetssätt och organiser-

ing. Nuvarande principer för etablering enligt LOL och LOS har, till sist, inte visat sig fungera för att stimulera nyetablering och har även ifrågasatts utifrån rättsliga utgångspunkter.

Utredningens förslag i korthet

Utredningen föreslår en ny etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården. Det föreslagna systemet bygger på en ny lag om vårdgivaretablering, (LOVE). En myndighet föreslås fastställa och utveckla ramarna för etablering. Detta innebär att identifiera inom vilka verksamhetsområden som etablering kan ske enligt den nya lagen liksom de lägsta ersättningsnivåer som kan komma i fråga.

Etableringsplattformen gäller initialt de områden som i dag verkar inom ramen för LOL och LOS. Dessa två lagar föreslås också upphöra när det nya systemet införs. Gradvis ska emellertid genom myndighetens försorg även andra områden och andra kompetenser infogas i etableringsplattformen. Utredningen ser framför sig en utveckling där myndigheten gradvis expanderar etableringsplattformen och samtidigt genomför en översyn av de områden som redan initialt kommit att ingå.

Utformningen av etableringsplattformen bör sikta på att åstadkomma en styrning mot vårdens mål och resultat samt premiera sammanhållna vårdprocesser för patienterna. Utredningen anser att en inriktning bör vara att skapa ersättningssystem som är hälsofrämjande och stimulerar nytänkande.

Etablering av en privat vårdgivare förutsätter att det rör ett verksamhetsområde som är identifierat i ovan nämnda nationella etableringsplattform. En enskild etablering enligt det föreslagna systemet är reglerad och sker i två steg. I det första steget ska den vårdgivare som vill etablera sig med offentlig finansiering erhålla tillstånd och genomföra en registrering. Detta sker hos tillsynsmyndigheten. Där bedöms om vårdgivaren har adekvat medicinsk och annan kompetens för att bedriva den aktuella verksamheten.

I det andra steget ansöker vårdgivaren om godkännande i det landsting där verksamheten ska bedrivas. Det är således vårdgivaren som tar initiativet till att formulera en avsiktsförklaring för etablering. Vårdgivaren ska i ansökan ange syfte och mål med etableringen, samt på vilket sätt verksamheten kommer att bedrivas inom det landsting där etablering sökes. Om inte särskilda omständigheter föreligger ska

landstinget godkänna etableringen och upprätta etableringsavtal. Ett sådant avtal gäller tills vidare. I etableringsavtalet ska landstinget ange på vilka villkor och grunder vårdgivaresättning ska utgå. I samband med att etableringsavtal upprättas får landsting vidare ange de olika andra villkor som ska uppfyllas för att få bedriva verksamhet med offentlig finansiering inom landstinget. De krav som anges ska vara lika för all verksamhet inom landstingsområdet och relevanta för den specifika verksamhet som avses bedrivas enligt etableringsavtalet.

Det föreslagna systemet med regler för vårdgivaretablering är konstruerat för att stimulera nya verksamhetsidéer som kan bidra till utvecklingen av hälso- och sjukvården. Däri skiljer sig systemet från redan existerande upphandlingsformer där landstingen har en större del av formuleringsinitiativet. På så sätt utgör det föreslagna systemet ett komplement som ger förutsättningar för innovationskraft och att en större mångfald utvecklas. Samtidigt är förfarandet utformat så att det möjliggör en kvalitets- och kostnadskontroll samt ger stöd för en i flera andra avseenden viktig samverkan och integration mellan de olika aktörer som verkar inom landstingens hälso- och sjukvårdssystem.

Den föreslagna ordningen där en nationell myndighet är ansvarig för en kontinuerlig översyn av etableringsplattformen för den öppna specialiserade vården har också en potential att bidra till en större flexibilitet i hälso- och sjukvårdens organisering. Det gäller inte minst de kontinuerligt förändrade förutsättningarna för vilka verksamheter som lämpligast bedrivs inom slutenvård, specialiserad öppenvård respektive primärvård.

Det föreslagna systemet innebär en förstärkning av såväl det nationella som regionala inflytandet över etableringen inom den specialiserade öppenvården jämfört med den ordning som har LOL och LOS som grund. Samtidigt kan det föreslagna systemet bättre stimulera en utveckling där entreprenörskap i större utsträckning kan utnyttjas för att utveckla patientfokus och en bredare mångfald av vårdgivare inom den öppna specialiserade vården.

Utgångspunkter och bakgrund till utredningens förslag

En målbild av hälso- och sjukvårdens framtida organisering i Sverige

Två grundförutsättningar präglar utredningens uppdrag. Den ena är huvuduppgiften att stärka patientens ställning. Den andra är förutsättningen att utredningens förslag ska ligga inom ramen för nuvarande gemensamma finansiering och att rådande ansvarsförhållanden ska bestå. Detta innebär att landstingens dominerande roll ska kvarstå som de som i huvudsak har att planera, organisera och finansiera den allmänna hälso- och sjukvården.

Utredningens uppdrag kan sammanfattas som att diskutera frågor om *hur* hälso- och sjukvården ska organiseras och då huvudsakligen inom ramen för den kommunala självstyrelsen. Vi anser att de förslag till förändringar som utredningen har i uppdrag att lämna bör relateras till en övergripande målbild om vad som bör känneteckna den svenska hälso- och sjukvårdens organisering. En sådan målbild över *organiseringen* måste givetvis vara tydligt förankrad i de övergripande mål och principer som gäller för hälso- och sjukvården. Dessa kan i korthet sammanfattas som att hälso- och sjukvården ska ge en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen samt att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Ambitionen med målbilden är också att den ska vara så pass allmänt hållen att den inte i sig är ett uttryck för att inskränka landstingens och kommunernas rätt att själva utforma sin verksamhet. Utredningen har utifrån dessa utgångspunkter valt att formulera följande målbild rörande hälso- och sjukvårdens organisering:

Hälso- och sjukvården bör organiseras som ett integrerat och gemensamt finansierat system, präglat av patientfokus, mångfald och innovationskraft.

Denna målbild har utgjort en viktig referenspunkt för olika konkreta förslag som beaktats inom ramen för utredningens arbete. En mer utförlig beskrivning av utredningens målbild finns i kapitel 2 jämte en problembeskrivning.

Hälso- och sjukvårdens nuvarande organisering

Hälso- och sjukvårdens organisering är komplex. Landstingen har ett stort övergripande ansvar, och det är i många avseenden lämpligt att se det som att Sverige har ett hälso- och sjukvårdssystem för varje landsting. Till detta ska emellertid läggas att det finns en betydande samverkan mellan landstingen samt att det finns flera nationella stödstrukturer för sådant som kunskapsstyrning, godkännande av läkemedel m.m.

De olika delarna i ett hälso- och sjukvårdssystem beskrivs ofta med begrepp som slutenvård, öppenvård, primärvård och hemsjukvård. Med *slutenvård* avses sådan vård som ges till en patient som är inskriven på en vårdenhet eller som vårdas eller observeras på en intagningsavdelning. Med *öppenvård* avses den hälso- och sjukvård som ges på öppenvårdsmottagningar i primärvård och närsjukvård, liksom den vård som ges på sjukhusens öppna mottagningar. *Primärvård* är en del av den öppna vården och ska utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupp svara för befolkningens behov av grundläggande behandling, omvårdnad, m.m. som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Den del som utredningen i detta betänkande särskilt har att beakta är den öppenvård som inte är primärvård.

Den totala kostnaden för hälso- och sjukvården uppgick 2007 till knappt 278 miljarder kronor. Kostnaderna för den öppna specialiserade vården utanför primärvården är omkring 50 miljarder kronor. Det finns tydliga tecken på förskjutningar i omfattningen av hälso- och sjukvårdens olika delar. Sålunda har exempelvis antalet vårdplatser i slutenvården under senare år minskat, liksom den genomsnittliga vårdtiden i slutenvården. Antalet besök i primärvård har å andra sidan ökat, medan antalet besök i den specialiserade öppenvården har minskat. Här kan särskilt noteras att det är ett gradvis minskande antal läkare och sjukgymnaster som verkar inom ramen för LOL respektive LOS.

En utförligare översikt över hälso- och sjukvårdssystemet återfinns i kapitel 3. Där lämnas också en särskild redogörelse över utvecklingen för det system av läkare och sjukgymnaster som verkat med samverkansavtal. Kapitlet innehåller också en genomgång av de viktiga regleringar som finns av betydelse för organiseringen av olika utförare inom den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården. Det gäller exempelvis regler för etablering av vård-

avtal och samverkansavtal men också de regler som finns för sådant som remisser, tillsyn och uppföljning.

Patientens ställning i öppenvården

Frågan om patientens ställning är oerhört komplex. För det första är det viktigt att komma ihåg att begreppet patient sällan kan fungera som en beteckning på en enhetlig grupp individer med samma förutsättningar och behov. Därför blir frågan om hur patientens ställning kan stärkas i den öppna hälso- och sjukvården flerdimensionell. Till detta ska läggas att patienter befinner sig i en lång rad olika situationer som var och en har sina särskilda implikationer för patientens ställning.

Utredningen har på basis av detta gjort en inventering av områden där patientens ställning är svag och för vart och ett problematiserat frågan om patientens ställning. Bland de områden som berörts kan nämnas begränsade valmöjligheter, samordningen i komplexa vårdprocesser, implikationer av patientens kunskapsunderläge och brister i bemötande. Samtidigt som dessa områden skiljer sig åt, och betydelsen kan variera för olika patienter, kan vi konstatera att patientens ställning är svagare inför och under en vårdprocess än därefter. Det finns med andra ord flera mekanismer som i efterhand kan fånga upp problem relaterade till en svag patientställning när de väl uppstått.

En viktig aspekt rörande patientens ställning i hälso- och sjukvården rör sådant som att kön, etnicitet, samt socioekonomisk och regional tillhörighet till synes påverkar vilken vård individer får. Det finns flera tydliga belägg för att kvalitet och tillgång till hälso- och sjukvården systematiskt samvarierar med sådana indelningsgrunder. Vi kan således konstatera att hälso- och sjukvården i dag inte lever upp till målet om en god vård på lika villkor.

En utförligare diskussion kring patientens ställning finns i kapitel 4. Där redovisar utredningen sina slutsatser på detta område. De innefattar bland annat den betydelse som utvecklingen av ett mer mångfaldigt och integrerat system kan ha för att bidra till att stärka patientens ställning.

Etableringsregler och ersättningsprinciper

Den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården innefattar en lång rad verksamheter och organisationer. Det föreligger en betydande skillnad mellan verksamhet i privat och offentlig regi avseende hur en ny verksamhet kan etableras inom den gemensamt finansierade vården. När det gäller ersättningsprinciper är distinktionen mellan offentlig och privat drift mer komplicerad eftersom även verksamhet bedriven i ett landstings egen regi i många fall kan styras enligt liknande principer som om den drevs i privat regi. Det kanske tydligaste exemplet här rör primärvården där vårdval har eller håller på att införas med samma ersättningsprinciper för olika enheter oavsett deras driftsform.

En viktig aspekt av den ekonomiska styrningen är de gränsdragningar som den skapar. Ett utmärkande drag hos hälso- och sjukvårdsverksamhet är att vårdprocessen för en patient många gånger inbegriper insatser från flera olika instanser. Det faktum att det föreligger många ömsesidiga beroenden mellan olika verksamheter ställer således stora krav på samordning. Samtidigt riktar många ersättningsprinciper, såsom ersättning per utförd åtgärd eller budgettilldelning, uppmärksamheten mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Den ekonomiska styrningen bidrar med andra ord till att göra gränserna skarpare vilket kan leda till så kallade stuprörseffekter. Dessa underminerar i sin tur samordningen som ofta är så viktig för patienterna. Denna typ av problematik är också generell, och är lika giltig oavsett i vilken driftsform olika berörda verksamheter bedrivs.

På flera håll pågår ett viktigt utvecklingsarbete kring lämpliga ersättningsprinciper inom hälso- och sjukvården. Olika ersättningsprinciper har skiftande styrkor och svagheter och det är en lång rad effekter av ersättningssystem som behöver beaktas. Det handlar dels om sådana som traditionellt uppmärksammas, såsom vilka möjligheter till kostnadskontroll som finns, huruvida principerna är konkurrensneutrala, samt i vilken mån de stimulerar utvecklingen av effektivare arbetsmetoder. Det handlar också om mer nyligen uppmärksammade aspekter, såsom i vilken mån de stödjer en samordning mellan verksamheter delaktiga i samma vårdprocess eller i vilken mån de stödjer olika former av innovationer. Detsamma gäller också det tilltagande intresset att i någon mån ersätta verksamheter inom hälso- och sjukvården på basis av erhållna resultat.

Utredningen kan därvidlag konstatera att det är orimligt att anta att ett fåtal etableringsregler och ersättningsprinciper är lämpliga för alla olika typer av verksamheter inom hälso- och sjukvården. Det finns snarare ett stort behov av att anpassa ekonomiska styrmedel efter olika typer av verksamheter för att på så sätt stimulera en utveckling som balanserar olika önskade och oönskade effekter.

En mer utförlig diskussion om ersättningsprinciper och etableringsregler redovisas i kapitel 5. Där presenteras även de centrala regler som finns för etablering av privata vårdgivare. Utredningen konstaterar i det sammanhanget att regelverkens ramar inte helt stämmer överens med gränserna för vad som är mer respektive mindre lämpliga system ur andra aspekter. Det är exempelvis rättsligt möjligt att konstruera etablerings- och ersättningssystem som ändå är klart olämpliga ur ett systemperspektiv avseende exempelvis kostnadskontroll och effektivitet. Det är, omvänt, möjligt att identifiera ordningar som har många attraktiva egenskaper ur ett systemperspektiv, men som inte är möjliga att realisera på grund av gällande regelverk.

Granskning och kunskapsstyrning

Frågor rörande olika former av granskning, styrning och utvecklingsstöd är centrala för att utveckla hälso- och sjukvårdens organisering i riktning mot den målbild som utredningen tagit fram. Adekvat granskning, styrning och utvecklingsstöd är särskilt centrala för att kunna förverkliga en organisering som förenar integration och mångfald, vilket i sin tur är viktiga komponenter för systemets utvecklingskraft och patientfokus. De ökade reella valmöjligheterna som följer av en ökad mångfald ställer också särskilda krav på att det finns en mångfacetterad granskning av vårdens verksamhet och resultat ur flera perspektiv.

En ökad möjlighet för vårdgivare att etablera sig med offentlig finansiering kräver att de granskas och att granskningen sker utifrån samma kriterier och på lika villkor för alla vårdgivare oavsett driftsform. Syftet med granskningen är att säkerställa för staten och huvudmännen både att patienterna får god vård och att den gemensamma finansieringen används i linje med hälso- och sjukvårdens mål. För att patienten ska kunna göra ett informerat val av vårdgivare krävs dessutom att dessa har granskats ur olika aspekter så att det är säkerställt att samtliga etablerade vårdgivare lever upp till

grundläggande krav. Vidare bör viktig och relevant information rörande olika vårdgivare vara lätt tillgänglig för medborgare, patienter och närstående.

Resultatet av granskningen ger också underlag för staten och huvudmännen att styra sjukvården och är även ett verktyg för vårdgivarna att använda i det egna förbättringsarbetet. Öppna jämförelser av verksamhet, resultat och kvalitet gör också att vårdgivaren får en möjlighet att jämföra sig med andra aktörer.

I kapitel 6 lämnas en utförlig redogörelse över vilka olika system som i dag finns inom detta breda område. Därtill presenteras pågående initiativ på området, liksom utredningens iakttagelser rörande utvecklingsbehoven på detta område.

Några alternativa vägar som övervägts

Utredningen har utarbetat tre alternativ med utgångspunkt i utredningens direktiv och den redovisade målbilden för hälso- och sjukvårdens organisering. När alternativen formulerats har utredningen utgått från att olika organisatoriska lösningar inte har någon entydig och på förhand fastställbar bästa form. Snarare har vi vinnlagt oss om att visa på alternativ som successivt kan kompletteras och utvecklas utifrån de nödvändiga erfarenheter och uppföljningar som kommer göras.

Diskussionen kring de tre alternativen har vidare tagit intryck av de brister som föreligger i nuvarande ordning. Flera av dessa har redan berörts. Särskild vikt läggs därvidlag vid att nuvarande konstruktion relaterad till samverkansavtal har visat sig statisk och konserverande och att nuvarande organisering förefaller orsaka en bristande tillit och integration mellan olika aktörer. Vi kan vidare konstatera att avsaknaden av uppföljbara data och endast undantagsvis genomförda medicinska utvärderingar eller revisioner har bidragit till att lämna fältet öppet för många typer av spekulationer. Mot denna bakgrund är det svårt för utredningen och andra att exempelvis bedöma om resursförbrukning i relation till uppnådda resultat är rimlig och till avsedd nytta.

Ett första alternativ är reviderade nationella etableringsregler för öppenvård. Ett nationellt system av etableringsregler ersätter LOL och LOS. Det nya systemet kan delvis kompensera för de brister som finns i landstingens möjligheter att förutse och deras förmåga att planera för medborgarnas enskilda vårdbehov. Förutsatt att

vårdproducenter lättare kan ansluta till den offentliga finansieringen kan det reviderade systemet vidga möjligheterna för patienter att välja vårdproducent inom den öppna vården. I ett sådant system ska villkoren för etablering vara nationella, men med utrymme för särskilda regionala villkor. Till skillnad från i dag ska ingen särskild koppling till enskild yrkesutövare göras. Alla som uppfyller de kompetenskrav som krävs för att bedriva verksamhet får, efter särskild nationell registrering, rätt att verka inom taxan.

Ett andra alternativ vilar på ett förtydligat regionalt ansvar. En grundtanke i detta alternativ är att landstingens planeringsansvar även innebär att landstingen själva fullt ut ska svara för innehåll och omfattning av hur man samverkar med privata vårdgivare. Ett sådant synsätt leder till att det borde vara landstingen själva som bestämmer på vilket sätt och i vilken omfattning de ansluter vårdgivare till den offentliga finansieringen. Alternativet innebär en avveckling av systemet kopplat till LOL och LOS. De verktyg som finns till förfogande är reglerat genom *lagen om offentlig upphandling* (LOU) och *lagen om vårdvals-system* (LOV). Upphandlingen av vårdgivare kan organiseras inom ett landsting, eller konstrueras som en samverkan mellan flera landsting. Den bör även vara möjlig att utforma som ett nationellt omfattande system genom samverkan mellan alla landsting.

Ett tredje alternativ är utvecklingen av en ny nationell ersättningsmodell som ersätter systemet kopplat till LOL och LOS. En grundtanke i detta alternativ är att nationella initiativ kan påskynda en utveckling av den öppna vården genom ersättningskonstruktioner som fungerar som incitament till förändring och leder till vårdprocesser som utgår från patientens behov och fokus. Det kan gälla sådana områden som organiserar vård för exempelvis patienter med kroniska sjukdomar och med behov av stöd från flera vårdgivare som representerar olika kompetens- och yrkesområden. Eller för vårdprocesser som sträcker sig över huvudmannagränser. Alternativet innefattar någon form av nationell auktorisation av vårdgivare samt att en myndighet svarar för utvecklingen av etablerings- och ersättningsprinciper.

En utförligare beskrivning av de tre alternativen som utarbetats presenteras i kapitel 7. Kapitlet avslutas med en sammanhållen diskussion där de tre alternativen jämförs utifrån ett antal centrala dimensioner.

Det förslag som utredningen valt att förorda presenteras utförligt i kapitel 8 och har beskrivits i inledningen av denna sammanfattning.

Konsekvenser av utredningens förslag

Utredningens föreslagna etableringsplattform för verksamhet inom den öppna hälso- och sjukvården utanför primärvården syftar till att öka mångfald, integration och patientfokus inom denna del av hälso- och sjukvården. Utredningen bedömer att statens kostnader för etableringsplattformen kan uppgå till omkring 20 miljoner kronor per år. Utöver dessa nya kostnader kan nya kostnader tillkomma för Socialstyrelsen respektive Konkurrensverket. Dessa bedöms emellertid som inte särskilt omfattande.

Den totala omfattningen av den verksamhet som initialt berörs av utredningens förslag motsvarar en kostnad om cirka 10 miljarder kronor. I dag utförs cirka 75 procent av denna volym i landstingens egen regi eller genom upphandlade entreprenader snarare än genom privata vårdgivare som verkar inom ramen för LOL eller LOS. Vad avser landstingens kostnader kommer utredningens förslag sannolikt att leda till förskjutningar i vilka volymer som sker inom ramen för landstingens egen regi respektive hos privata vårdgivare. Utredningens förslag kan vidare även medföra förändringar i de volymer som utförs inom de berörda områdena.

Det är väl känt att ett väl fungerande hälso- och sjukvårdssystem är av stor samhällsekonomisk betydelse. Utredningens förslag är avsedda att på några viktiga punkter utveckla hälso- och sjukvårdens organisering. Det är omöjligt att uppskatta de samhällsekonomiska konsekvenserna av dessa förändringar. Det finns emellertid flera tecken som tyder på att förslagen kan ge flera positiva bidrag.

Utredningens förslag understryker den kommunala självstyrelsen i termer av landstingens ansvar för att planera hälso- och sjukvårdens omfattning och inriktning. Samtidigt innebär förslaget en inskränkning i självstyrelsen eftersom det innefattar en skyldighet för samtliga landsting att pröva privata vårdgivare som önskar etablera sig och verka inom ramen för den etableringsplattform som fastställs av myndighet. I utredningens förslag ges däremot landstingen flera medel för att utforma etableringsvillkoren samt att i vissa fall neka möjligheten till etablering. Med andra ord består landstingens handlingsfrihet inom ramarna för det förslag som

utredningen lägger fram. Vidare medför förslaget inget hinder för en dialog mellan landsting och privata vårdgivare i syfte att gemensamt se över behovet och förutsättningarna för en etablering i det aktuella landstinget.

Utredningen gör bedömningen att en ökad mångfald kan stimulera en positiv utveckling där olika behov uppmärksammas och tillgodoses i större utsträckning än i dag. Det talar för att utredningens förslag kan främja utvecklingen av en mer jämlik vård. Förslaget kommer vidare kunna öka andelen kvinnliga vårdföretagare eftersom det kan ses som ett komplement till upphandlingar av vårdtjänster som är mer osäkert i ett långsiktigt perspektiv.

Utredningens bedömningar av förslagets konsekvenser redovisas i kapitel 9.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experten Roger Molin, Sveriges Kommuner och Landsting

Utredarens förslag syftar bland annat till att förbättra integrationen mellan vårdens olika delar, oberoende av om vården bedrivs av landstingen i egen regi eller av privata utförare. Det är också min mening att det är av yttersta vikt att i en mångfald av vårdgivare förbättra integrationen så att sammanhållna vårdprocesser kan ge patienten en starkare ställning och förbättrade resultat.

För att uppnå detta föreslår utredaren att nationella taxor inrättas för samtliga legitimerade yrkesgrupper, taxor som beslutas av en nationell myndighet. Landstingen föreslås få vissa i praktiken begränsade möjligheter att påverka vilka etableringar som sker. Det kommer enligt min mening att leda till ökad fragmentering, dvs. motsatsen till vad som är syftet med utredningen. Det finns mångåriga erfarenheter av nationella taxor och det finns inte något som tyder på att det är en ändamålsenlig väg för att nå ökad integration.

Genom att landstingen i så hög grad fräntas möjligheterna att prioritera och styra utbudet av vård kommer också landstingens möjligheter till kostnadskontroll att försämrats.

Ett bättre sätt att åstadkomma integration och mångfald vore att bygga vidare på LOU och LOV – de möjligheter som lagstiftningen redan erbjuder landstingen för samarbete med privata vårdgivare.