

Lagrådsremiss

Driftsformer för universitetssjukhus

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 2 mars 2017

Ylva Johansson

Lars Hedengran
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

Lagrådsremissen innehåller förslag som innebär att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus. Vissa övergångsbestämmelser föreslås.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 2 augusti 2017.

Innehållsförteckning

1	Beslut	4
2	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).....	5
3	Ärendet och dess beredning	7
4	Inledning	7
4.1	En välfärd utan vinstintresse	7
4.2	Tidigare lagstiftning	8
5	Gällande ordning.....	9
5.1	Grundläggande om hälso- och sjukvården	9
5.2	Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården	10
5.2.1	Landstingens ansvar för hälso- och sjukvård	10
5.2.2	Uppdelning i regioner.....	10
5.3	ALF-avtalet – samarbete mellan stat och landsting.....	11
5.4	Olika former av hälso- och sjukvård	12
5.4.1	Högspecialiserad vård, regionsjukvård och rikssjukvård	12
5.4.2	Definition av universitetssjukvård i ALF-avtalet	13
5.5	Olika typer av sjukhus.....	13
5.6	Landstingets möjlighet att överlämna vårduppgift till någon annan (med offentlig finansiering)	14
5.7	Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård.....	15
5.8	Tillsyn över hälso- och sjukvården.....	16
6	Överväganden och förslag	17
6.1	Möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus	17
6.2	Förslagets förenlighet med EU-rätten.....	24
6.3	Frågor om näringsfrihet.....	26
6.4	Behov av uppföljning	27
7	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.....	27
8	Konsekvenser	28
8.1	Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd	28
8.2	Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.....	29
8.3	Ekonomiska konsekvenser	30
8.4	Konsekvenser för företag	31
8.5	Konsekvenser för patienter och medborgare	31
9	Författningskommentar.....	32
Bilaga 1	Sammanfattning av departementspromemorian Driftsformer för universitetssjukhus (Ds 2016:28).....	34
Bilaga 2	Lagförslag i departementspromemorian Driftsformer för universitetssjukhus (Ds 2016:28).....	35

Bilaga 3 Förteckning över remissinstanser 37

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) dels att 15 kap. 1 § ska ha följande lydelse, dels att det ska införas två nya paragrafer, 15 kap. 2 och 3 §§, av följande lydelse.

Lydelse enligt lagrådsremissen *Föreslagen lydelse*
Privata sjukvårdsförsäkringar
inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård

15 kap.

1 §

Landsting och kommuner får med bibehållet huvudmannskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Avtal som ett landsting ingår ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt 3 kap. 3 §. *En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.*

Landsting och kommuner får, *med de undantag som anges i 2 och 3 §§*, med bibehållet huvudmannskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. Avtal som ett landsting ingår ska innehålla villkor om de krav som gäller enligt 3 kap. 3 §.

2 §

Landsting och kommuner får inte med stöd av 1 § överlämna en uppgift som innefattar myndighetsutövning till en juridisk person eller en enskild individ.

3 §

Ett landsting får inte genom ett sådant avtal som avses i 1 § överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan.

Regeringen får meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

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

3 Ärendet och dess beredning

I oktober 2014 ingick regeringen och Vänsterpartiet en överenskommelse om en välfärd utan vinstintresse. Vid Socialdepartementet har det utarbetats en departementspromemoria om den del i överenskommelsen som handlar om att möjligheterna att sälja eller privatisera universitet- eller regionsjukhus ska förhindras, Driftsformer för universitetssjukhus (Ds 2016:28). En sammanfattning av promemorian finns i *bilaga 1*. Promemorians lagförslag finns i *bilaga 2*. Promemorian har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementet (S2016/05390/FS).

4 Inledning

4.1 En välfärd utan vinstintresse

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

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

Utredningen ska föreslå hur offentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster kan utformas så att den säkrar likvärdighet, kvalitet, samhällsekonomisk effektivitet, behovsstyrning och öppenhet. Utredningen lämnade i november 2016 delbetänkandet Ordning och reda i välfärden (SOU 2016:78). Utredningen ska slutredovisa sitt uppdrag senast den 2 maj 2017.

Allmänheten bör ha insyn i vård, omsorg och skola som är offentligt finansierad. Möjligheten till insyn ska således inte vara beroende av på vilket sätt den offentligt finansierade verksamheten organiseras. Utredningen Ökad insyn i välfärden (S 2015:04) fick därför i september 2015 i uppdrag att lämna förslag om hur offentlighetsprincipen i praktiken kan införas i privat utförd offentligt finansierad vård och omsorg, fristående förskolor och fritidshem samt vuxenutbildning, vissa särskilda utbildningsformer i 24 kap. skollagen (2010:800) och annan pedagogisk verksamhet enligt 25 kap. samma lag till den del de erbjuds av privata anordnare (dir. 2015:92). Utredningen lämnade sitt betänkande Ökad insyn i välfärden SOU 2016:62 den 3 oktober 2016. Betänkandet är under beredning i Regeringskansliet.

Regeringen har vidare i propositionen Stärkt meddelarskydd för privatanställda i offentligt finansierad verksamhet (prop. 2016/17:31) föreslagit att anställda, uppdragstagare och andra som på liknande grund deltar i yrkesmässigt bedriven enskild verksamhet inom skola, vård och omsorg, som till någon del är offentligt finansierad, ska ha motsvarande rätt som offentligt anställda att lämna uppgifter om verksamheten för publicering i medier som omfattas av tryckfrihetsförordningen eller yttrandefrihetsgrundlagen. Riksdagen har ställt sig bakom förslaget (bet. 2016/17:KU7, rskr. 2016/17:146).

Ovanstående initiativ och förslagen i denna lagrådsremiss bygger på en överenskommelse mellan regeringen och Vänsterpartiet om en välfärd utan vinstintresse.

4.2 Tidigare lagstiftning

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

Under åren 2001 och 2002 gällde den särskilda lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan (prop. 2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte). Lagen innebar att uppgiften att ansvara för driften av akutsjukhus inte fick överlämnas till den som avsåg att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare eller motsvarande intressent. Lagen gällde inte akutsjukhus som vid ikraftträdandet drevs enligt avtal med landstinget. Lagen var tidsbegränsad till två år eftersom regeringen ville följa effekterna av den. År 2000 tillsattes en utredning med uppdrag att bl.a. utreda förutsättningarna för att införa särskilda tröghetsregler vid beslut om stora förändringar av ägar- eller driftsformer inom vården samt lämna förslag till sådana regler. Utredningen lämnade sitt slutbetänkande, Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa (SOU 2003:23), i mars 2003.

Den 1 januari 2006 trädde nya bestämmelser i kraft som åter inskränkte landstingens möjligheter att överlämna uppgiften att utföra hälso- och sjukvård till någon annan (Driftsformer för offentligt finansierade sjukhus, prop. 2004/05:145, bet. 2004/05:SoU18, rskr. 2004/05:300). I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) infördes bestämmelser om att uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik inte får överlämnas till någon annan. Om landstinget överlämnade driften av hälso- och sjukvård vid övriga sjukhus till någon annan, skulle avtalet innehålla villkor om att verksamheten skulle drivas utan syfte att ge vinst åt ägare eller motsvarande intressent och att vården skulle bedrivas uteslutande med offentlig finansiering och vårdavgifter. Vidare skulle varje landsting driva minst ett sjukhus i egen regi. Syftet med lagstiftningen var att skydda de grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård. Dessa bestämmelser, den s.k. stopplagen, upphävdes av den dåvarande regeringen den 1 juli 2007 (Driftsformer för sjukhus, prop. 2006/07:52, bet. 2006/07:SoU11, rskr. 2006/07:152).

5 Gällande ordning

5.1 Grundläggande om hälso- och sjukvården

Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), förkortad HSL, åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Till hälso- och sjukvården hör även sjuktransporter samt att ta hand om avlidna. Enligt 2 § HSL är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. En motsvarande bestämmelse finns i 1 kap. 6 § patientlagen (2014:821).

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

Den 1 april 2017 träder den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) i kraft (prop. 2016/17:43, bet. 2016/17:SoU5, rskr. 2016/17:141). Nyssnämnda bestämmelser i HSL förs över till den nya lagen utan några ändringar i sak (se 2 kap. 1 §, 3 kap. 1 § respektive 5 kap. 1 §). Den nya hälso- och sjukvårdslagen förkortas nedan nya HSL.

5.2 Ansvarsfördelning inom hälso- och sjukvården

5.2.1 Landstingens ansvar för hälso- och sjukvård

Det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på landstingen. Respektive landsting ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget och åt dem som är kvarskrivna och stadigvarande vistas inom landstinget (3 § HSL, jfr 8 kap. 1 § nya HSL). Landstinget ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige enligt vad som följer av förordningen (EG) nr 883/2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen (3 c § HSL, jfr 8 kap. 2 § nya HSL). Landstinget ansvarar vidare för vård till asylsökande och personer som vistas i landet utan tillstånd. Dessa personer ska erbjudas vård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och smittskydd. Barn under 18 år ska erbjudas samma vård som bosatta barn. Detta framgår av lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. och lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Enligt 9 kap. 1 § patientlagen har en patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård både inom och utom sitt landsting. Av 4 § andra stycket HSL (8 kap. 3 § nya HSL) följer att landstinget ska erbjuda öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård.

Landstingets ansvar omfattar inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för. Kommunen ska erbjuda en god hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer eller som deltar i dagverksamhet. En kommun får även erbjuda dem som vistas i kommunen hälso- och sjukvård i hemmet, s.k. hemsjukvård. I kommunernas ansvar ingår emellertid inte hälso- och sjukvård som meddelas av läkare (3 § andra stycket och 18 § HSL). Landstingen ansvarar därför för att tillhandahålla läkare i den kommunala hälso- och sjukvården (26 d § HSL). Motsvarande bestämmelser finns i 12 kap. 1–3 §§ och 16 kap. 1 § nya HSL.

Enligt 15 § HSL (10 kap. 5 § nya HSL) ska det i landstingen finnas möjligheter till anställning för läkares allmäntjänstgöring i sådan omfattning att alla läkare som avlagt läkarexamen och läkare med utländsk utbildning som föreskrivits allmäntjänstgöring ges möjlighet att fullgöra praktisk tjänstgöring för att få legitimation som läkare. I landstingen ska det också finnas möjligheter till anställning för läkares specialiserings-tjänstgöring i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

5.2.2 Uppdelning i regioner

Regeringen får enligt 9 § HSL meddela föreskrifter om att landet ska delas in i regioner för den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Landstingen ska dessutom samverka i sådana frågor (jfr 6 kap. 1 § 1 och 7 kap. 8 § nya HSL).

Av förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner framgår att en indelning i sex regioner skett. Dessa är Stockholmsregionen, Linköpingsregionen, Lund/Malmöregionen, Göteborgsregionen, Uppsala/Örebroregionen och Umeåregionen. I varje sjukvårdsregion finns en samverkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna den högspecialiserade vården. Förordningen upphävs den 1 april 2017 och ersätts samtidigt av en motsvarande bestämmelse i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdsförordningen (2017:80).

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

Särskilda avtal reglerar ansvar och uppgifter för samverkans- och regionsjukvårdsnämnder samt regionförbund. De huvudsakliga delarna är regionsjukvård eller utomlänsvård som det också kallas, forskning, utveckling och utbildning, regionala medicinska råd eller motsvarande, solidariskt finansierade verksamheter såsom t.ex. regionala cancercentrum, likartade villkor för medborgarna bl.a. avseende remisser till specialiserad vård samt övrigt som innebär att landstingen i sjukvårdsregionen kan uppnå gemensamma fördelar. I avtalen anges även att universitetssjukhusen ska ses som en gemensam regional angelägenhet och att en grundläggande uppgift för sjukvårdsregionen är att komma överens om prislistan för regionsjukvården (PM framtaget för Utredningen om högspecialiserad vård: Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården, dnr S2014:11/2014/5).

5.3 ALF-avtalet – samarbete mellan stat och landsting

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

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

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

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

För att skapa goda förutsättningar för forskning och utbildning ska berörda universitet delta i organisering och ledning av verksamheten i den del av hälso- och sjukvården som utformas med särskild hänsyn tagen till forskningens och utbildningens behov. Denna verksamhet betecknas i ALF-avtalet som universitetssjukvård och är en gemensam angelägenhet för berörda landsting och universitet (se vidare avsnitt 5.4.2).

5.4 Olika former av hälso- och sjukvård

5.4.1 Högspecialiserad vård, regionsjukvård och rikssjukvård

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

Den högspecialiserade vården kan bedrivas både som regionsjukvård och som rikssjukvård. Regionsjukvård är sådan sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde. Regionsjukvården bedrivs vanligtvis på universitets- och regionsjukhus men det finns enstaka exempel på verksamheter som för en sjukvårdsregions räkning bedrivs vid ett länsjukhus. Med rikssjukvård avses enligt 9 a § HSL hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde. Socialstyrelsen beslutar vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård. Rikssjukvården ska samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. Fr.o.m. den 1 april 2017 framgår detta av 2 kap. 7 § nya HSL och av 2 kap. 1–3 §§ i den nya hälso- och sjukvårdsförordningen.

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

I syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att uppnå ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser tillsattes Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11). Utredningen hade i uppdrag att se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration (dir. 2014:56). I november 2015 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande, *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98), till regeringen. I betänkandet föreslås en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att

nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Med nivåstrukturering menar utredningen en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter. Betänkandet har remitterats och beredning pågår inom Regeringskansliet.

Den 26 januari 2017 beslutade regeringen att ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården och för att fasa ut dagens system för rikssjukvård (dnr S2017/00506/FS).

5.4.2 Definition av universitetssjukvård i ALF-avtalet

Enligt det s.k. ALF-avtalet, d.v.s. avtalet mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete och utbildning av läkare, klinisk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården, ska universitetssjukvårdens kärnverksamheter, jämte hälso- och sjukvård, vara klinisk forskning och utbildning liksom kunskapstillämpning och kunskapsspridning för hälso- och sjukvårdens utveckling. Universitetssjukvården ska enligt avtalet:

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

Universitetssjukvårdens miljöer kännetecknas av hälso- och sjukvård av hög kvalitet, sjukvårdshuvudmannens uttalade uppdrag för forskning och utbildning, innovativ kultur och en incitamentsstruktur för kunskapsutveckling. Universitetssjukvården ställer särskilda krav på organisationsutformning, vetenskapligt ledarskap, infrastruktur och finansiering.

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

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

5.5 Olika typer av sjukhus

Det finns tre nivåer i den svenska sjukhusvården: det mindre länsdels-sjukhuset som har ett begränsat uppdrag och därför inte kan utföra all specialiserad vård, länsjukhuset som har kompetens och medicinsk

utrustning som täcker i princip alla sjukdomsområden och regionsjukhuset som ska kunna behandla även det mer sällsynta och komplicerade. Det finns inga exakta och gemensamma uppdragsbeskrivningar över vad ett länsdels-, läns- eller regionsjukhus uppdrag är. I stället avgör respektive landsting själva hur de ska styra och organisera vården.

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

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

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

Av 12 kap. 4 § regeringsformen framgår att förvaltningsuppgifter kan lämnas över till andra juridiska personer än kommuner samt till enskilda individer. Att landsting har möjlighet att lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ framgår av 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900). I 3 § tredje stycket HSL anges dessutom att ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen (jfr 15 kap. 1 § nya HSL). Det kan t.ex. handla om att bedriva verksamhet vid ett sjukhus, en vårdcentral eller en klinik. Landstinget ska då ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ med stöd av den nämnda bestämmelsen. Inom hälso- och sjukvården förekommer myndighetsutövning framför allt inom den psykiatriska vården och inom smittskyddsområdet.

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

Privata aktörer kan bedriva följande slags hälso- och sjukvårdsverksamhet på uppdrag av ett landsting:

- Primärvård eller öppen specialistvård inom ramen för lagen (2008:962) om valfrihetssystem (förkortad LOV). Med valfrihetssystem enligt LOV avses ett förfarande där den enskilde har rätt att välja den leverantör som ska utföra tjänsten och som en upphandlande myndighet godkänt och tecknat kontrakt med.

- Verksamhet som upphandlats enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (förkortad LOU). Hälsovårdstjänster omfattas av nationella upphandlingsbestämmelser för sociala tjänster och andra särskilda tjänster. För hälso- och sjukvårdstjänster gäller LOU endast i begränsad omfattning.
- Verksamhet som privatpraktiserande läkare eller fysioterapeut enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning respektive lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi.

Ett landsting kan också köpa enstaka platser eller tjänster av en privat utförare. Landstinget är då inte huvudman för verksamheten och saknar inflytande över verksamhetens utformning.

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

5.7 Verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård

Större delen av hälso- och sjukvården i Sverige är finansierad med offentliga medel och bedrivs under landstingens ansvar medan en mycket liten andel är helt privat finansierad. Samtidigt finns det en betydande andel privata vårdgivare som bedriver vård genom avtal med landstingen och vars verksamhet därmed baseras på finansiering med offentliga medel.

Omfattningen av medverkan från privata aktörers sida varierar mellan olika delar av hälso- och sjukvården. Inom primärvården och delar av den specialiserade öppenvården samt inom viss medicinsk service har den privata andelen ökat kraftigt. Den specialiserade sjukhusvården drivs fortfarande till största delen i offentlig regi. Mönstret skiljer sig dock markant mellan olika landsting. (Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys 2014:5 s. 7).

Under 2015 uppgick landstingens nettokostnader för verksamhet inom området hälso- och sjukvård till 218 miljarder kronor. Landstingen köpte verksamhet inom hälso- och sjukvård för omkring 23 procent eller cirka 49,5 miljarder kronor. År 2006 köpte landstingen verksamhet för omkring 18 procent av nettokostnaden. Med köp av verksamhet avses landstingens och regionernas kostnader för hela verksamheter som bedrivs av privata utförare eller andra landsting eller regioner. Landstingens köp från privata företag ökade från 10 procent 2006 till 13 procent av nettokostnaden 2015. Köpen från offentliga utförare ökade från 7,5 procent till cirka 9 procent av nettokostnaden under samma period.

Inom gruppen offentliga utförare dominerar andra landsting och landstingsägda bolag. Bland annat bedrivs en stor del av den specialiserade vården i Stockholm liksom tandvården i flera landsting av landstingsägda bolag (Köp av verksamhet 2015, Sveriges Kommuner och Landsting – Kommuner, landsting och regioner 2006–2015, 2016).

Hälso- och sjukvårdslagen innehåller en tvingande regel som innebär att landsting ska organisera sin primärvård i vårdvalsystem och då tillämpa LOV. För andra hälso- och sjukvårdstjänster (utöver

primärvård) kan landstingen införa vårdvalssystem på frivillig väg. Enligt nämnda rapport av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) skiljer sig antalet vårdvalssystem inom specialistvården där landstingen valt att tillämpa LOV stort över landet. Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting och Skåne läns landsting har infört betydligt fler vårdvalssystem än övriga landsting. Dessa tre landsting står tillsammans för 60 procent av samtliga införda vårdval.

I Ägarprövningsutredningens slutbetänkande Krav på privata aktörer i välfärden (SOU 2015:7 s. 127) anges att det inte är möjligt att ange det totala antalet verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i Sverige. Den 31 december 2013 var totalt 20 641 verksamheter registrerade i vårdgivarregistret, som innehåller uppgifter om verksamheter som utför hälso- och sjukvård. Registret innehåller uppgifter om verksamhet som bedrivs av såväl offentliga som privata utförare. Registret är, enligt nämnda betänkande, inte heltäckande vilket försvårar uppskattningen av hur många privata vårdgivare det finns. Registret bedöms täcka ungefär 70 procent av alla verksamheter i landet. Det bör understrykas att registret baseras på verksamheter och inte unika privata utförare.

Enligt en kartläggning som utredningen Ökad insyn i välfärden gjort (SOU 2016:2 s. 116–118) var 22 208 verksamheter, varav 18 391 privata verksamheter, registrerade den 1 april 2016. Av registret framgår vidare att 10 182 verksamheter utfördes av bolag, 6 493 av enskilda firmor, 1 552 av övriga privata utförare och 164 av föreningar. Enligt Statistiska centralbyråns (SCB) officiella statistik var antalet unika privata utförare inom landstingen år 2014 cirka 3 600.

Inom hälso- och sjukvården svarade de tio största aktörerna för cirka 61 procent av landstingens totala köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Branschen dominerades av tre stora koncerner som svarade för 51 procent av de totala köpen. Sex av bolagen ägdes helt eller till större delen av s.k. riskkapitalbolag. De tre största koncernerna på sjukvårdsmarknaden var Capio AB, Praktikertjänst AB och Aleris AB, enligt vad som anges i nämnda utredning.

De övriga cirka 3 590 privata utförarna svarade således för 39 procent av landstingens totala köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Dessa utförare varierade i driftsform och drev sin verksamhet som enskilda näringsidkare i form av enkla bolag, handelsbolag, ekonomiska eller ideella föreningar, registrerade trossamfund, stiftelser och fonder eller aktiebolag. Enligt den nämnda utredningen finns det svårigheter med kartläggningen av dessa övriga privata utförare inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

5.8 Tillsyn över hälso- och sjukvården

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

Syftet med tillsynen är att granska att befolkningen får en god vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVO har inte möjlighet att granska all verksamhet. Ansvaret för att bedriva en god och säker vård och omsorg ligger hos huvudmännen och deras verksamhet. IVO kan däremot genom en väl fungerande analysverksamhet och inspektioner som fokuserar på egenkontroll kombinerat med stickprovskontroller bidra till en positiv utveckling av vården och omsorgen.

6 Överväganden och förslag

6.1 Möjligheten att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus

Regeringens förslag: Landstingen ska inte genom avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus. Regeringen ges bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

Regeringens bedömning: Det bör i en förordning slås fast vilka sjukhus som vid tillämpningen av lagen är att anse som universitetssjukhus.

Promemorians (Ds 2016:28) förslag och bedömning: Överensstämmer delvis med regeringens förslag och bedömning. Regeringens förslag avviker från promemorians förslag i det avseendet att regeringen inte föreslår att landstingen även ska vara förhindrade att överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid en vårdenhet som tidigare organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus. I lagrådsremissen görs vidare de föreslagna ändringarna i den nya hälso- och sjukvårdslagen.

Remissinstanserna: Av de landsting som lämnat synpunkter tillstyrker *Blekinge läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting* och *Västerbottens läns landsting* förslaget. *Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Västmanlands läns landsting, Gävleborgs läns landsting* och *Norrbottnens läns landsting* tillstyrker delvis eller lämnar vissa synpunkter. De landsting som avstyrker förslaget eller ställer sig kritiska är *Stockholms läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Skåne läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting* och *Dalarnas läns landsting*.

Bland övriga remissinstanser tillstyrks förslaget bl.a. av *Örebro universitet* och *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)*. *Statskontoret, Socialstyrelsen, Lunds universitet, Linköpings universitet* och *Svenska Läkaresällskapet* hör till dem som tillstyrker delvis eller med synpunkter.

Bland dem som avstyrker eller ställer sig kritiska finns *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)*, *Konkurrensverket*, *Karolinska institutet* samt *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* och *Sveriges läkarförbund*. Även *Svenskt Näringsliv*, *Almega*, *Vårdföretagarna* och *Praktikertjänst* avstyrker förslaget.

De flesta av remissinstanserna delar bedömningen att den verksamhet som bedrivs inom universitetssjukhusen är en central del av hälso- och sjukvården. Flera remissinstanser stöder ambitionen att skydda högt specialiserad vård från att överlämnas till privata aktörer, däribland Linköpings universitet, Örebro universitet och Lunds universitet. De positiva instanserna framför att det är viktigt med en sammanhållen universitetssjukvård som också står under ett nationellt helhetsansvar, då denna vård innebär ett allmänintresse som sträcker sig utanför landstingsgränserna. Även en del instanser som avstyrker förslaget håller med om att detta syfte är viktigt. Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting och Västerbottens läns landsting framhåller sina särskilda förhållanden med en gles och åldrande befolkning samt stora avstånd. Landstingen menar att det därför är av yttersta vikt att universitetssjukhuset inom regionen har en driftsform som gynnar en sammanhållen vård samt insyn och beslut över huvudmannagränserna. En synpunkt är också att om andra aktörer än landstingen skulle bedriva universitetssjukvård skulle det innebära ett för högt risktagande avseende den kliniska forskningens och verksamhetsförlagda undervisningens förutsättningar.

Ett flertal remissinstanser, bland annat Skåne läns landsting, Stockholms läns landsting och Västra Götalands läns landsting samt Konkurrensverket, understryker att hälso- och sjukvården står under ständig utveckling och att en begränsning av landstingens möjlighet att överlämna verksamhet vid ett universitetssjukhus till någon annan utförare skulle kunna få konsekvenser för vårdens utveckling och negativa konsekvenser för landsting och regioner.

Uppsala läns landsting förutsätter att förslaget inte hindrar möjligheterna till utveckling av verksamheten i enlighet med vad som exempelvis framkommit i betänkandet *Effektiv vård (SOU 2016:2)*. IVO uttrycker att formuleringen av bestämmelsen i promemorian inte torde vara förenlig med förslagen i det nämnda betänkandet.

Statskontoret menar att förbudet mot att överlämna verksamhet bör omfatta högspecialiserad vård samt hälso- och sjukvård som har en tydlig koppling till forskning och utveckling. Även flera landsting uttrycker detta. Linköpings universitet menar exempelvis att termen universitetssjukvård bör användas istället för universitetssjukhus. SKL anser att det mot bakgrund av universitetssjukvårdens strategiska roll för sjukvårdens forskning, utbildning och den berörda vården kan finnas ett värde i att universitetssjukhusen inte upphandlas och drivs av privata utförare. SKL menar dock att den vård som inte ska kunna överlämnas till privata utförare ska avse högspecialiserad vård och universitetssjukvård som är utformad med särskild hänsyn till forskningens och utbildningens behov.

En del remissinstanser uttrycker ett behov av att förtydliga vissa begrepp i promemorian. Kronobergs läns landsting och Socialstyrelsen menar t.ex. att vad som är hälso- och sjukvårdsverksamhet vid ett univer-

sitetssjukhus behöver definieras. Västra Götalands och Värmlands läns landsting anser att promemorian inte beskriver tillräckligt väl vad som avses med begreppet enhet.

Flera landsting, däribland Örebro läns landsting, Skåne läns landsting, Dalarna läns landsting, Kalmar läns landsting och Södermanlands läns landsting, samt bl.a. Vårdanalys uttrycker invändningar mot den retroaktiva delen i förslaget i promemorian. Instanserna menar att återföringen som retroaktiviteten innebär utgör ett resursslöseri samt att det, i och med den ständiga förändringen av vården, blir svårt att i efterhand avgöra vad som tidigare organisatoriskt tillhört ett universitetssjukhus.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

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

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

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

Universitetssjukhusen har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling

Universitetssjukhusen har en central roll inom den medicinska utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård. Stora delar av universitetssjukhusens verksamhet utgörs av universitetssjukvård i ALF-avtalets mening (se avsnitt 5.4.2). Denna del av hälso- och sjukvården syftar bl.a. till att göra vården mer evidensbaserad genom att överföra egna och andras forskningsresultat till praktisk vård och fortlöpande utvärdera etablerade och nya metoder. Vården vid universitetssjukhusen kan bidra till att utveckla nya metoder för diagnostik, omvårdnad och behandling men också att tidigt fånga upp och utvärdera metoder som utvecklats internationellt samt att kritiskt granska gamla metoder och leda utmönstringen av de metoder som visar sig vara förlegade.

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

Stor del av den högspecialiserade vården

En stor del av den vård som utförs på universitetssjukhusen är att karaktärisera som högspecialiserad vård. Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås. Det handlar även om att hålla en hög beredskap för små patientgrupper, t.ex. patienter som lider av sällsynta kroniska sjukdomar, vilket kräver resurser som sällan utnyttjas. Universitetssjukhusen tar därför emot patienter från andra landsting och även från andra länder.

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

Universitetssjukhusen har en central roll för klinisk forskning och utbildning

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

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

För att säkra att de blivande läkarna har den kliniska erfarenhet som yrket kräver är det av stor vikt att läkarstudenterna får ändamålsenlig undervisning, relevant träning och god handledning för att nå utbildningens mål. För detta fordras miljöer i hälso- och sjukvården som är anpassade för studenternas lärande och träning, samt handledare med vetenskaplig och pedagogisk kompetens som är väl insatta i de mål som den studerande förutsätts nå under utbildningen.

Forskningen är central för den svenska hälso- och sjukvården

Ansvaret för forsknings- och utvecklingsarbetet inom hälso- och sjukvården är delat mellan staten och landstingen. Enligt 26 b § HSL (18 kap. 2 § nya HSL) ska landstingen medverka vid finansiering, planering och

genomförande av dels kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område, dels folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen ska i dessa frågor, i den omfattning som behövs, bl.a. samverka med varandra och med berörda universitet och högskolor.

Staten är huvudman för universiteten och därmed ansvarig för den forskning som bedrivs där. Forskningen vid universiteten finansieras med statliga anslag eller med andra offentliga eller privata medel. Landstingen har ett betydande ansvar för den kliniska delen av den medicinska forskningen. Landstingen finansierar den kliniska forskningen dels via ALF-medlen från staten (se avsnitt 5.3), dels med egna medel eller med andra offentliga eller privata medel. Även om forskning också bedrivs inom annan verksamhet sker en stor del av den kliniska forskningen vid universitetssjukhusen. Detta har betydelse för förutsättningarna att bedriva högkvalitativ sjukvårdsverksamhet vid samma sjukhus och vice versa.

Nya bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen

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

Eftersom universitetssjukhusen innehar en central och ledande roll för övrig hälso- och sjukvård är det angeläget att det säkerställs att dessa sjukhus inte fragmenteras utan hålls samman inom landstingen.

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

Sammantaget delar regeringen uppfattningen i promemorian att det finns starka skäl att begränsa möjligheten för landstingen att överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhusen till andra utförare.

I promemorian föreslogs ett tillägg i 3 § tredje stycket HSL om att landstingen inte till någon annan ska få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus.

Den del i förslaget i promemorian som avser enheter som tidigare organisatoriskt har tillhört ett universitetssjukhus syftade till att undvika att landstingen kringgår lagen genom att flytta verksamhet som bedrivs vid ett universitetssjukhus till exempelvis ett annat sjukhus eller till en enhet inom primärvården som bedrivs i landstingets regi och därefter lägga ut denna verksamhet på entreprenad. Flera remissinstanser uttrycker emellertid starka invändningar mot den retroaktiva delen av förslaget. Instanserna menar att den skyldighet att återföra överlämnad

verksamhet till landstingen som förslaget innebär utgör ett resursslöseri. Vidare befarar remissinstanserna att det, i och med den ständiga förändringen av vården, blir svårt att i efterhand avgöra vad som tidigare organisatoriskt tillhört ett universitetssjukhus. Regeringen instämmer i remissinstansernas synpunkter om att den föreslagna bestämmelsen i denna del riskerar att medföra tillämpningssvårigheter och lämnar därför inte något sådant förslag.

Regeringen ställer sig däremot bakom förslaget i promemorian i övrigt, dvs. att landstingen inte ska få överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. När det gäller denna del invänder många landsting att detta förhindrar möjligheten till nivåstrukturerad av vården samt utlokalisering av vård till andra sjukhus inom eller mellan landsting och regioner i takt med den medicinska utvecklingen. Vissa landsting ifrågasätter vad som menas med ”någon annan” i den föreslagna lagtexten. Flera tolkar detta som ett hinder mot att överlämna uppgifter även till någon annan offentlig utförare, vilket många instanser ställer sig kritiska till. Vidare betonar flera remissinstanser vikten av att förslaget måste ta hänsyn till andra aktuella förslag, exempelvis förslag som lämnades i betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2). Enligt några remissinstanser är viss vård som i dag bedrivs vid universitetssjukhusen av sådan karaktär att den antagligen skulle kunna överföras till andra vårdnivåer. I linje med detta uttrycker bl.a. flera landsting att förslaget snarare borde avse att bedriva universitetssjukvård eller högspecialiserad vård än att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus.

Bestämmelsen om att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus placerades i promemorian i 3 § tredje stycket HSL, dvs. i direkt anslutning och som ett undantag till den bestämmelse som möjliggör för landstingen att med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt lagen. I denna lagrådsremiss föreslås i stället motsvarande ändringar i den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som träder i kraft den 1 april 2017. En annan lagteknisk lösning krävs därmed. Denna innebär dock inte någon ändring i sak jämfört med promemorians förslag. En motsvarighet till den nämnda huvudregeln om att landstingen får sluta avtal med någon annan om överlämnande av uppgifter finns i 15 kap. 1 § nya HSL. Enligt regeringen bör den nu aktuella bestämmelsen utgöra en egen paragraf i samma kapitel (3 §). För att tydliggöra vilka situationer som avses med det aktuella förslaget föreslås att det i bestämmelsen uttryckligen anges att det är fråga om sådana avtal som avses i 1 § samma kapitel.

Med ”någon annan”, dvs. entreprenören, avses enligt förarbetena till 3 § tredje stycket HSL bolag, förening, samfällighet, stiftelse, enskild individ eller annat landsting (prop. 1992/93:43 s. 21). Exempelvis lands- tingsägda bolag omfattas av begreppet ”någon annan”. Förslaget skulle annars kunna innebära en otillåten diskriminering av utländska aktörer. Förslaget tar alltså sikte på fall där landstingen med bibehållet huvudmannaskap önskar sluta ett entreprenadavtal med någon annan om att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus. Förslaget omfattar således inte omfördelning av uppgifter mellan landsting där huvudmannaskapet övergår till det andra landstinget. Det hindrar inte heller

omorganisationer inom ett landsting genom att viss verksamhet flyttas från ett universitetssjukhus till exempelvis ett annat sjukhus eller en vårdcentral som bedrivs i landstingets regi, eftersom det i de fallen inte handlar om att överlämna uppgifter till någon annan. Inte heller fall där landstingen köper enstaka vårdtjänster från privata vårdgivare eller andra landsting omfattas. Det står också landstingen fritt att över tid lägga ner verksamheter vid universitetssjukhusen, exempelvis om en viss typ av vård inte längre bör bedrivas där. Motsvarande hälso- och sjukvårdstjänster kan därefter t.ex. upphandlas av landstinget.

Endast verksamhet som organisatoriskt tillhör ett universitetssjukhus faller inom ramen för bestämmelsens tillämpningsområde. Till universitetssjukhusen kan organisatoriskt höra såväl enheter inom själva sjukhusbyggnaderna som verksamhet som ett universitetssjukhus ansvarar för men som bedrivs vid exempelvis ett annat sjukhus eller i form av en lokal enhet inom primärvården, t.ex. ett laboratorium. Dessa enheter måste enligt förslaget landstingen driva i egen regi. Hälso- och sjukvård som bedrivs vid universitetssjukhus omfattar såväl slutet som öppen vård.

Som nämnts ovan var många remissinstanser starkt kritiska till den retroaktiva delen av förslaget i promemorian och därför innehåller lagrådsremissen inte något sådant förslag. Regeringen är medveten om att konsekvensen av detta blir att ett landsting är oförhindrat att överföra verksamhet vid ett universitetssjukhus till någon annan nivå inom det egna landstinget och, när så har skett och denna verksamhet inte längre utgör någon del av universitetssjukhuset, lägga ut den på entreprenad. Regeringen räknar dock med att landstingen inte i någon betydande omfattning kommer att vidta sådana åtgärder när det gäller den högspecialiserade vården med nära koppling till forskning och utveckling. I sammanhanget bör det betonas att det huvudsakliga syftet med förslaget är att värna och hålla samman just denna slags verksamhet. Regeringen kommer nogsamt att följa konsekvenserna av förslaget och vid behov återkomma med förslag till förändrad lagstiftning.

Vissa remissinstanser har efterfrågat en bestämmelse som tar sikte på universitetssjukvård eller högspecialiserad vård snarare än all vård som bedrivs vid universitetssjukhusen, vilken även kan vara av mindre avancerad karaktär. Enligt regeringen skulle en sådan bestämmelse kräva att en tydlig definition av universitetssjukvård eller högspecialiserad vård utarbetas, vilket i detta sammanhang bedöms som ogörligt.

Regeringen delar bedömningen hos flera remissinstanser att hälso- och sjukvården står under ständig utveckling och att åkommer som kräver tillgång till universitetssjukhusens avancerade vård i dag inte nödvändigtvis behöver göra det i morgon. Det finns många exempel på en sådan utveckling över tid. Landstingen behöver ha möjlighet att förändra sin organisation av hälso- och sjukvården i takt med detta. Förslaget är inte avsett att hämma den medicinska utvecklingen eller en framtida nivåstrukturerings.

Vilka sjukhus som ska anses som universitetssjukhus avser regeringen, med stöd av ett föreslaget bemyndigande, ange i förordning. Vilka sjukhus som i dag räknar sig som universitetssjukhus framgår av avsnitt 5.5.

Det är vanligt att ett landsting låter privata företag utföra serviceverksamhet som exempelvis städning, matleveranser och vakthållning.

Sådan verksamhet är inte att betrakta som hälso- och sjukvård och berörs således inte av detta förslag.

Regeringen anser att bestämmelsen om överlämnande av uppgift som innefattar myndighetsutövning (sista meningen i 15 kap. 1 § nya HSL) också bör utgöra en egen paragraf och lämnar därför ett sådant förslag (15 kap. 2 §).

Närmare om avgränsningen av förslaget

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

Skälet till att förslagen i denna lagrådsremiss enbart rör begreppet universitetssjukhus har att göra med andra närliggande processer som kan få konsekvenser för organiseringen av regionsjukvården och således även vilka sjukhus som kan betecknas som regionsjukhus i framtiden. Det handlar bl.a. om att inte föregå hanteringen av de förslag som Utredningen om högspecialiserad vård lämnade i sitt slutbetänkande (se avsnitt 5.4.1). Detsamma gäller de eventuella förslag som den s.k. Indelningskommittén (Fi 2015:09) kan komma att lämna under 2017.

Det bör dock tilläggas att begreppet regionsjukhus i dag betraktas som synonymt med begreppet universitetssjukhus. De sju regionsjukhus som finns idag räknar sig som universitetssjukhus.

6.2 Förslagens förenlighet med EU-rätten

Regeringens bedömning: Förslagen bedöms förenliga med unionsrätten.

Promemorians bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna: *Kommerskollegium* och *Regelrådet* har inga synpunkter på den EU-rättsliga analysen. *Svenskt Näringsliv* framför däremot kritik mot att analysen enbart beaktat ett statsstödsmeddelande från EU-kommissionen och inte ett flertal senare domar från EU-domstolen, bl.a. C-169/07, C-113/13 och C-50/14. Domarna berör frågan huruvida hälso- och sjukvårdstjänster omfattas av friheten att tillhandahålla tjänster och etableringsfriheten.

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

Av artikel 168.7 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (EUF-fördraget) följer å ena sidan att när unionen vidtar åtgärder ska den respektera medlemsstaternas ansvar för att besluta om sin hälso- och sjukvårdspolitik samt för att organisera och ge hälso- och sjukvård. Å

andra sidan måste nationella åtgärder vilka kan påverka ekonomisk verksamhet inom ramen för EUF-fördragets regler om fri rörlighet och statsstöd iakttas de ramar som sätts upp i fördraget.

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

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

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

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

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Systemet bygger på solidaritetsprincipen och finansieras i huvudsak med offentliga medel. Det gäller även för privat utförd offentligt finansierad vård inom ramen för HSL. Vård- och patientavgifter förekommer men de bidrar endast till en marginell del av finansieringen av systemet. Regeringen ställer sig bakom bedömningen i promemorian att det svenska hälso- och sjukvårdssystemet som sådant mot denna bakgrund till stor del får anses utgöra tjänster av allmänt intresse som inte är ekonomiska vare sig i statsstödsrättslig mening eller i förhållande till den fria rörligheten för tjänster och etableringar. De aktuella bestämmelserna avser endast att reglera driftsformer vid universitetssjukhusen, vilka har en särställning inom hälso- och sjukvårdssystemet kopplat till forskning, utbildning och utveckling. Förbudet omfattar verksamhet som i princip helt finansieras med offentliga medel och som inte bedrivs med vinstsyfte. Bedömningen innebär att någon sådan analys som Svenskt Näringsliv efterlyser inte blir nödvändig.

Sammanfattningsvis bedöms förslagen i lagrådsremissen vara förenliga med fördragsbestämmelserna som rör statligt stöd och fri rörlighet för tjänster och etableringsrätten.

6.3 Frågor om näringsfrihet

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

Promemorians bedömning överensstämmer med regeringens bedömning.

Remissinstanserna yttrar sig inte i denna del.

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

Förslaget begränsar inte enskildas rätt i sig att bedriva hälso- och sjukvård. Ett förbud för landstingen att genom avtal överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhus till någon annan får dock till effekt att möjligheten för privata aktörer att bedriva näring inom hälso- och sjukvårdsområdet i praktiken begränsas. Förbudet kan därför anses innefatta en begränsning av näringsfriheten, trots att regleringen formellt riktar sig till landstingen och inte till enskilda.

En sådan begränsning kan dock införas under förutsättning att syftet endast är att skydda angelägna allmänna intressen. Av förarbetena till regeringsformen framgår att ställningstagandet i fråga om vad som är ett angeläget allmänt intresse i bestämmelsens mening får göras från fall till fall i enlighet med vad som kan anses vara acceptabelt i ett demokratiskt samhälle (prop. 1993/94:117 s. 51).

De grundläggande principerna för svensk hälso- och sjukvård bygger på att vården ska vara tillgänglig för alla och solidariskt finansierad. Den ska ges efter behov, inte efter köpkraft. Hälso- och sjukvården ska också vara demokratiskt styrd och garantera medborgarna insyn i verksamheten. Dessa grundläggande principer får anses utgöra ett sådant angeläget allmänt intresse som avses i 2 kap. 17 § RF (jfr prop. 2000/01:36 s. 16 f. och prop. 2004/05:145 s. 47 f.).

För att förverkliga dessa principer finns bl.a. bestämmelsen i 3 § HSL (8 kap. 1 § nya HSL) om att varje landsting ska erbjuda en god hälso- och sjukvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstinget. I detta ligger att varje landsting är skyldigt att tillhandahålla sådana resurser för hälso- och sjukvården att den kan erbjudas alla som omfattas av landstingets ansvar. Det innebär att varje landsting måste organisera sin verksamhet så att bl.a. de som är bosatta i landstinget kan ges möjlighet till t.ex. högspecialiserad vård. Landstingen har också ett ansvar att medverka i finansiering, planering och genomförande av bl.a. det kliniska forskningsarbetet inom hälso- och sjukvården och tillsammans med universiteten har de ett gemensamt ansvar för utformning och genomförande av den verksamhetsintegrerade läkarutbildningen. Såsom utvecklas i avsnitt

6.1 har de landstingsdrivna universitetssjukhusen en central och ledande roll för den övriga hälso- och sjukvården i landet. Det är också där som en stor del av den högspecialiserade vården ges, till patienter från hela landet. Universitetssjukhusen har vidare en unik ställning genom sin nära koppling till klinisk forskning och utveckling och genom att en stor del av läkarutbildningen äger rum vid dessa sjukhus.

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

6.4 Behov av uppföljning

Regeringens bedömning: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppgift att följa upp konsekvenserna av förslagen.

Promemorian innehåller inte någon motsvarande bedömning.

Skälen för regeringens bedömning: Det är angeläget att säkerställa att de föreslagna ändringarna i lagstiftningen får det resultat som önskas, det vill säga att universitetssjukhusen bibehålls och hålls samman. Med anledning av detta avser regeringen ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att följa upp konsekvenserna av förslagen.

7 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 2 augusti 2017. Äldre bestämmelser ska gälla för avtal som har ingåtts före ikraftträdandet. Äldre bestämmelser ska också gälla om ett sådant avtal förlängs efter ikraftträdandet, om förlängningen avser en period om högst fyra år.

Promemorians förslag överensstämmer i allt väsentligt med regeringens förslag. I promemorian föreslås att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2017.

Remissinstanserna: *Upphandlingsmyndigheten* anser att möjligheten att förlänga ett avtal som ingåtts före ikraftträdandet inte bör begränsas till att gälla endast en gång och under en period om högst fyra år. I stället

bör, för att minimera inskränkningen för berörda parter, de förlängningsvillkor som föreligger vid avtalets ingående gälla. *Lunds universitet* anför å andra sidan att en möjlig förlängning om fyra år kan anses som en lång tid med hänsyn till att verksamheten enligt förslaget bör avslutas. *Regelrådet* menar att redovisningen av behovet av särskilda informationsinsatser är bristfällig.

Skälen för förslaget: Det är angeläget att förslagen börjar gälla så snart som möjligt. I lagrådsremissen *Privata sjukvårdsförsäkringar inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård* föreslås också ändringar i 15 kap. 1 § nya HSL, med ikraftträdande den 1 augusti 2017. Av samordningstekniska skäl bör förslagen i denna lagrådsremiss träda i kraft den 2 augusti 2017.

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

8 Konsekvenser

8.1 Alternativa lösningar och effekter om ingen reglering kommer till stånd

En tänkbar alternativ lösning, som flera remissinstanser också lyft, är att, i stället för att landstingen inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus, snarare definiera den typ av hälso- och sjukvård som inte får överlämnas. Regeringen bedömer att det i detta sammanhang inte är möjligt att fastslå sådana definitioner.

Om ingen reglering kommer till stånd är det möjligt att överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Universitetssjukhusen har en nära koppling till forskning, utbildning och utveckling, vilket innebär att de stöder och ger förutsätt-

ningar för en god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Skulle driften av dessa sjukhus överlämnas till någon annan finns en överhängande risk att detta äventyras, eftersom landstingen i en sådan situation är beroende av hur den privata utföraren väljer att organisera verksamheten och prioritera dessa uppgifter. Eftersom universitetssjukhusen har en ledande roll i den svenska hälso- och sjukvårdens utveckling finns det enligt regeringen, som tidigare nämnts, behov av att säkerställa att de bibehålls och hålls samman.

8.2 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

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

Kalmar läns landsting och *Stockholms läns landsting* uttrycker att en begränsning av landstingens möjlighet att överlämna driften av universitetssjukhus kraftigt påverkar den lokala självstyrelsen. *Väster-norrlands läns landsting* delar istället promemorians bedömning om att inskränkningen är rimlig i detta fall och *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* anser att den lokala självstyrelsen påverkas men att det i just detta fall kan vara överordnat att uppnå god vård och effektivitet kopplat till forskning, utbildning och utveckling.

Flera remissinstanser, bl.a. *Kalmar läns landsting*, *Stockholms läns landsting* och *Värmlands läns landsting* samt SKL anser att konsekvenserna för hälso- och sjukvården och landstingen närmare bör analyseras och beskrivas.

Staten har ett intresse av att alla ska ges vård efter behov och på lika villkor. HSL ger landstingen stor frihet att utforma organisationen av hälso- och sjukvården förutsatt att målen med vården uppfylls. Uppfylls inte målen har staten inte några särskilda möjligheter att ingripa förutom genom lagstiftning eller genom att med bidrag ge bättre ekonomiska förutsättningar för vården. Den nu föreslagna regleringen inskränker landstingens möjligheter att överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid universitetssjukhusen och omfattar således enbart en begränsad del av vården.

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

godtagbart att göra den föreslagna inskränkningen i den kommunala självstyrelsen.

8.3 Ekonomiska konsekvenser

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

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

Som anges i rapporten Konkurrens, kontrakt och kvalitet – hälso- och sjukvård i privat regi, Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi och Myndigheten för vårdanalys (2014:5), varierar privatiseringsgraden mycket mellan olika områden. I rapporten framkommer att national-ekonomisk forskning talar för privatisering och konkurrensutsättning av enklare tjänster där det är lätt att bedöma kvalitet, men manar till större försiktighet med mer komplicerade tjänster. Rapportförfattarna menar att det är angeläget att diskutera förutsättningarna för privata driftsformer för olika typer av verksamhet.

Universitetssjukhusen tar, som tidigare nämnts, emot patienter från andra landsting och även patienter från andra länder. Ett stort patient- och befolkningsunderlag motiverar investeringar i t.ex. specialist-kunskaper och infrastruktur, i deltagande i forskning och utvecklingsarbete, i tester och utvärderingar av metoder och produkter för diagnostik och behandling. Det har stor betydelse för kvalitet och effektivitet inom många områden, t.ex. när det gäller högspecialiserad vård samt behandling av sällsynta diagnoser och ovanliga kroniska sjukdomar.

Uppsala läns landsting menar att förslaget i promemorian inte har några direkta konsekvenser för landstinget. *Stockholms läns landsting (SLL)* menar däremot att förslaget i promemorian skulle medföra betydande ekonomiska konsekvenser för landstinget.

Som tidigare redovisats skiljer sig lagrådsremissens förslag från promemorians i så måtto att hälso- och sjukvård som tidigare bedrivits vid universitetssjukhuset inte innefattas. Regeringen bedömer att konsekvenserna för exempelvis SLL är avsevärt mindre efter förändringen av förslaget och att landstingen inte kommer att behöva bedriva vård på en onödigt hög och dyr vårdnivå på grund av förslaget. Omfattningen av befintliga entreprenadavtal vid universitetssjukhusen i dag har inte helt gått att klarlägga. Regeringens bedömning är dock att landstingen har överlämnat verksamhet vid universitetssjukhusen till någon annan i mycket begränsad omfattning.

8.4 Konsekvenser för företag

Regelrådet anger att förslagets påverkan på företagets verksamhet och på konkurrensförhållandena för berörda företag är bristfällig. *Konkurrensverket* menar att även universitetssjukhus bör ges möjlighet att anlita andra vårdgivare när det bedöms vara lämpligt och effektivt, exempelvis för att kapa köer till vissa operationer eller för att snabbt få tillgång till olika provsvar från exempelvis röntgen och laboratoriemedicin.

Det är, som nämns i avsnitt 5.7, inte möjligt att ange antalet företag som kan komma att beröras av förslaget. De föreslagna bestämmelserna får effekter för bl.a. privata vårdföretag eftersom de inskränker företagets möjligheter att verka på marknaden. Det kan innebära negativa konsekvenser för företagets arbetsförutsättningar och konkurrensförmåga samt minskade intäkter. Förslaget gäller dock enbart en begränsad del av hälso- och sjukvården och privata vårdgivare har även fortsättningsvis rätt att etablera sig och verka inom övriga delar av vården.

Som nämns i avsnitt 6.1 står det landstingen fritt att över tid lägga ner verksamheter vid universitetssjukhusen exempelvis om en viss typ av vård inte längre bör bedrivas där. Motsvarande hälso- och sjukvårdstjänster kan därefter t.ex. upphandlas av landstinget. Många företag bedriver verksamhet inom ramen för ett värvalssystem eller bedriver verksamhet som upphandlats av landstingen enligt lagen om offentlig upphandling. Redan i dag innebär detta en föränderlighet i företagets förutsättningar att driva verksamhet, med exempelvis nya upphandlingar när avtal löper ut. Som framgår av avsnitt 5.6 är landstinget inte huvudman för verksamheten vid köp av enstaka platser eller tjänster av en privat utförare och sådan verksamhet berörs därmed inte av förslaget.

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

8.5 Konsekvenser för patienter och medborgare

HSL ger landstingen stor frihet att utforma organisationen av hälso- och sjukvården förutsatt att målen med vården uppfylls. Vad som i dag ingår i ett universitetssjukhus organisation skiljer sig åt mellan olika landsting, och landstingen har också överlåtit verksamhet till privata utförare i olika utsträckning. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys)* och *Uppsala universitet* lyfter behovet av att analysera konsekvenserna för patienter och medborgare.

Förslagets syfte är att hålla samman universitetssjukhusen för en jämlik tillgång till vård över hela landet. Regeringen bedömer därför att det gagnar patienter och medborgare med en sammanhållen struktur för universitetssjukhusen i enlighet med de tidigare angivna skälen, såsom universitetssjukhusens särskilda betydelse för forskning och utveckling

av hela hälso- och sjukvården. Landstingen är huvudmän för de verksamheter som innefattas av förslaget och patienterna ska även fortsatt få tillgång till en god hälso- och sjukvård.

9 Författningskommentar

15 kap. 1 §

Paragrafen behandlas i avsnitt 6.1.

Paragrafen innehåller bestämmelser om att landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för. I paragrafen har det gjorts ett tillägg som upplyser om att det finns undantag från bestämmelsen i de närmast följande paragraferna. Bestämmelsen om att paragrafen inte utgör stöd för att överlämna uppgifter som innefattar myndighetsutövning till en juridisk person eller en enskild individ har flyttats till en ny 2 § i kapitlet.

15 kap. 2 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.1. Paragrafen motsvarar nuvarande sista meningen i 1 §. Ändringarna är endast språkliga.

15 kap. 3 §

Paragrafen, som är ny, behandlas i avsnitt 6.1.

Enligt *första stycket* får ett landsting inte genom ett sådant avtal som avses i 1 § överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Förbudet omfattar överlämnande av uppgifter genom ett sådant avtal som avses i 1 §, dvs. där ett landsting till någon annan överlåter en uppgift som det ansvarar för men behåller huvudmannaskapet. Med någon annan, dvs. entreprenören, avses bolag, förening, samfällighet, stiftelse, enskild individ eller annat landsting (jfr prop. 1992/93:43 s. 21). Entreprenören måste dock vara behörig att utföra uppgifterna på området. Av lokaliseringsprincipen i 2 kap 1 § kommunallagen (1991:900) följer att den kommunala verksamheten i huvudsak är begränsad till det egna geografiska området eller de egna medlemmarna. Bestämmelsen omfattar även överlämnande till av landstinget ägda juridiska personer.

Bestämmelsen förhindrar inte att landsting t.ex. inom en region kommer överens om omfördelning av arbetsuppgifter mellan sig genom att utlokalisera vård vid ett universitetssjukhus till en vårdenhet inom ett annat landsting eftersom detta sker inom ramen för andra slags överenskommelser än avtal enligt 1 § där huvudmannaskapet behålls av det överlämnande landstinget.

Bestämmelsen avser överlämnande av uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus till någon annan. Till universitetssjukhusen kan organisatoriskt höra såväl enheter inom själva sjukhusbyggnaderna som verksamhet som ett universitetssjukhus ansvarar för men som bedrivs vid t.ex. ett annat sjukhus eller inom primärvården,

exempelvis ett laboratorium. Hälso- och sjukvård som bedrivs vid universitetssjukhusen omfattar således såväl sluten som öppen vård.

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

I *andra stycket* finns ett bemyndigande för regeringen att meddela föreskrifter om vilka sjukhus som i paragrafens mening är att anse som universitetssjukhus.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelserna

Bestämmelserna behandlas i avsnitt 7.

Enligt *punkt 1* träder lagändringarna i kraft den 2 augusti 2017.

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

Sammanfattning av departementspromemorian Driftsformer för universitetssjukhus (Ds 2016:28)

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

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2017.

Lagförslag i departementspromemorian Driftsformer för universitetssjukhus (Ds 2016:28)

Bilaga 2

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §²

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

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

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *därvid* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt denna lag och ska *då* ange de särskilda villkor som gäller för överlämnandet. En uppgift som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ. *Landstinget får inte till någon annan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård vid ett universitetssjukhus eller vid en hälso- och sjukvårdsenhet som vid något tillfälle efter den 1 juli 2007 organisatoriskt har tillhört ett universitets-*

¹ Lagen omtryckt 1992:567.

² Senaste lydelse 2014:572.

sjukhus. Regeringen får meddela föreskrifter om vilka sjukhus som anses som universitetssjukhus.

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

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

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

Riksdagens ombudsmän (JO), Riksrevisionen, Justitiekanslern (JK), Kommerskollegium, Upphandlingsmyndigheten, Statskontoret, Socialstyrelsen, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Folkhälsomyndigheten, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), Statens medicinsk-etiska råd (Smer), Konkurrensverket, Universitetskanslersämbetet, Uppsala universitet, Lunds universitet, Göteborgs universitet, Umeå universitet, Linköpings universitet, Karolinska institutet, Örebro universitet, Regelrådet, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Skåne läns landsting, Hallands läns landsting, Västra Götalands läns landsting, Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Dalarnas läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Västernorrlands läns landsting, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, Svensk Sjuksköterskeförening (SSF), Vårdförbundet, VISION, Svenska Kommunalarbetareförbundet (Kommunal), Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärers Riksförbund (SPRF), Handikappförbunden, Nätverket mot cancer, Neuroförbundet, Njurförbundet, Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Reumatikerförbundet, Riksförbundet HjärtLung, FAMNA, Svenskt Näringsliv, Almega, Vårdföretagarna, Företagarna, Capio AB, Praktikertjänst AB, Svenska Vård

Utänför remisslistan:

SPF Seniorerna