

2025-10-28

S2025/01127
Gem 2025/0143

Till Socialdepartementet

Remissvar på Ansvaret för hälso- och sjukvården (SOU 2025:62)

Läkarförbundet finns till för alla läkare under hela karriären. Vi arbetar med läkarnas fackliga frågor som löner, arbetsmiljö och anställningsvillkor och professionsfrågor som utbildning, forskning, etik, sjukvårdspolitik, företagande och ledarskap.

Läkarna står mitt i sjukvårdens vardag. Våra medlemmar har den medicinska kompetensen och det medicinska ansvaret – men inte alltid de förutsättningar de behöver för att ge bästa möjliga vård.

Sveriges Läkarförbund **delar kommitténs majoritets bedömning** att svensk sjukvård behöver förändras och förbättras, men att de förbättringar som eventuellt skulle kunna nås genom ett helt statligt huvudmannaskap är för små och för osäkra för att motivera de stora risker och kostnader som förändringen skulle innebära. Sveriges läkarförbund **tillstyrker samtliga förslag** som nämns i utredningen.

Mer detaljerade synpunkter

1.4 Huvudmannens ansvar för hälso- och sjukvård

Läkarförbundet välkomnar de förtydliganden som kommittén gör av begreppet "huvudmannaskap". De analytiska begreppen systemansvar, finansieringsansvar, tillhandahållaransvar och verksamhetsansvar har bidragit till att fördjupa diskussionen och möjliggjort mer välgrundade slutsatser. Vi delar uppfattningen att tillhandahållaransvaret är kärnan i huvudmannaskapet.

1.5 Utgångspunkter och avgränsningar för kommitténs arbete

Läkarförbundet önskar att kommittén haft ett bredare och mer förutsättningslöst uppdrag, som till exempel även omfattat kommunal hälso- och sjukvård och som alternativ till statligt huvudmannaskap också kunnat överväga en regionreform.

Vi bedömer också att dagens styrning av hälso- och sjukvård är fragmentiserad i minst tre dimensioner: Den är geografiskt splittrad. Regionerna har olika förutsättningar och olika prioriteringar. De klarar i bästa fall att ta ansvar för sig själva, men ingen av dem tar ansvar för helheten.

Sjukvårdens styrning är splittrad över tid. Det görs väldigt många väldigt korta "satsningar", inte minst i form av riktade statsbidrag, som tar slut innan verksamheterna ens har märkt att de finns. De här satsningarna är också splittrade över väldigt många ändamål. Det var bra att utredningen fick i uppdrag att ta itu med en av dimensionerna, men utan att samtidigt ta tag i de andra två är det tveksamt om det blir så stor effekt.

Vi välkomnar därför att kommittén ändå lägger en del förslag som kan bidra till att minska fragmentiseringen över tid och ändamål.

2.2 Hälso- och sjukvården behöver förändras och förbättras

De sex förbättringsmålen är väl valda. Läkarförbundet anser att även om samtliga mål går in i varandra och är ömsesidigt beroende av varandra, så har kompetensförsörjningen en särställning. En väl fungerande kompetensförsörjning är helt central för att kunna erbjuda en jämlik och tillgänglig vård med hög kvalitet. Det är också svårt att vara innovativ för den som ständigt släcker bränder på grund av brist på kollegor.

Vad gäller effektivitet (och produktivitet) noterar Läkarförbundet att utredningen fokuserar på inre effektivitet – att göra saker rätt. Men den yttre effektiviteten, att göra rätt saker, är minst lika viktigt. I vårdens vardag betyder "effektivisering" alltför ofta i praktiken att fler uppgifter läggs på redan överbelastade organisationer och personer så att uppgifter endast förskjuts utan att någon faktisk förbättring skett.

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

Sveriges läkarförbund delar kommitténs majoritets bedömning, att de förbättringar som eventuellt skulle kunna nås genom ett helt statligt huvudmannaskap är för små och för osäkra för att motivera de stora risker och kostnader som förändringen skulle innebära.

Vi är i grunden positiva till att utredningen genomfördes. Det är orimligt att reformer som beslutats i bred enighet i riksdagen, som att patienter ska ha rätt till fast läkare, i praktiken inte gäller. Det är orimligt att vården blir ojämlik på grund av att regionerna prioriterar olika, och lika orimligt när vården blir ojämlik på grund av att regionerna har olika förutsättningar att klara sina uppdrag. Därför behövs en förbättrad statlig styrning av hälso- och sjukvården.

Genom utredningens och våra egna analyser har det dock blivit allt tydligare att en huvudmannaskapsförändring i sig inte kommer att lösa de här problemen, och att de förbättringar man söker kan uppnås med andra mindre ingripande medel.

Utöver de slutsatser som framkommer i utredningen så konstaterar Läkarförbundet också att reformkraft i sig är en begränsad resurs. Varken regeringen, myndigheter, regionledningar eller vårdens personal har obegränsat med tid eller resurser att lägga på förändringsarbete. En huvudmannaskapsförändring skulle kräva all reformkraft på hälso- och sjukvårdsområdet under de närmaste två till tre mandatperioderna – utan att säkert leda till förbättringar. Den kraften bör i stället riktas direkt mot mer konkreta problem.

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

Sveriges läkarförbund anser i likhet med kommittén att det vore mycket olämpligt att dela upp ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård på fler huvudmän än idag. Fragmentisering är redan idag ett stort problem i vården.

Ett delvis statligt huvudmannaskap kombinerar svagheterna från dagens system och ett helt statligt ansvar, men utan att tillföra deras respektive styrkor. Dessutom skulle nya problem tillkomma i gränssnittet mellan huvudmän.

3.3 Kommitténs svar på direktivets frågor om statligt huvudmannaskap

Vi konstaterar i likhet med kommitténs sekretariat i volym 2 kap 5.4 att ett statligt huvudmannaskap skulle få mycket omfattande konsekvenser för vårdens personal. Hälso- och sjukvården är nästan tio gånger större än den statliga verksamhet som idag är störst, Polisen, och det handlar i stor utsträckning om andra professioner och personalgrupper än de som idag är statsanställda. Det skulle få omfattande konsekvenser för anställnings- och arbetsvillkor. Ur ett strikt fackligt perspektiv finns det både möjligheter och risker för den stora andel av läkarkåren som idag är regionanställda att bli statsanställda, men de närmare villkoren måste naturligtvis avgöras i förhandlingar.

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

Sveriges läkarförbund delar kommitténs bedömning att staten bör ta ett utökat ansvar för hälso- och sjukvården. Staten har redan idag systemansvaret och bör utöva det tydligare. Staten bör också ta ett utökat finansieringsansvar, för att nå större jämlikhet mellan regioner och för att staten har bättre förutsättningar än enskilda regioner att möta konjunktursvängningar.

Utöver de områden som kommittén tar upp vill Läkarförbundet att staten tar ett större systemansvar för arbetsmiljöfrågor – men med beaktande av de risker som följer med ökad byråkrati och bristande lokal förankring. Läkarförbundet anser också att det skulle vara fördelaktigt med en ökad nationell likriktning av vårdvalens utformningar för att undvika regelböckernas nuvarande spretighet.

3.4.2 Kompetensförsörjning

Sveriges läkarförbund ställer sig i allt väsentligt bakom kommitténs förslag vad gäller kompetensförsörjningen av specialistläkare i svensk hälso- och sjukvård. Förbundet vill dock särskilt tillstyrka eller understryka följande.

På grund av att regionerna i decennier tillsatt för få utbildningstjänster (AT, BT och ST) råder det brist på specialistläkare i Sverige. Bristen varierar såväl inom som mellan regionerna samt från specialitet till specialitet. Ett system där 21 regioner, var för sig, ska säkra sin egen kompetensförsörjning fungerar uppenbart inte.

Läkarförbundet anser därför att det är staten som ska ha det övergripande ansvaret för samtliga delar i läkares utbildning (grundutbildning, allmäntjänstgöring, bastjänstgöring samt specialiseringstjänstgöring).

Förbundet vill att staten genom Socialstyrelsen får ansvaret för att dimensionera och samordna läkares grundutbildning, allmäntjänstgöring, bastjänstgöring samt specialiseringstjänstgöring. I praktiken skulle det innebära att regionerna får en mer renodlad utförarroll. Det vill säga, regionerna ska, utifrån en statlig dimensionering och samordning, tillhandahålla utbildningstjänster i en omfattning som motsvarar det framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk tjänst. Således tillstyrker förbundet förslaget om att ett utökat statligt ansvar för kompetensförsörjningen av specialistläkare vidare bör analyseras med ett tydligt fokus på hur ett ökat statligt ansvarstagande kan konkretiseras. Det kan inte nog understrykas att dimensioneringen och samordningen för läkares verksamhetsförlagda utbildning (VFU) och verksamhetsintegrerade lärande (VIL), allmäntjänstgöring, bastjänstgöring samt specialiseringstjänstgöring måste stå i fokus i ett sådant analysarbete. Därtill vill förbundet understryka att såväl offentliga som privata verksamheter behöver ta ett gemensamt ansvar för utbildningen av läkare.

Förbundet vill särskilt understryka betydelsen av att de specialiteter som inte har en region som huvudman för specialiseringstjänstgöringen inbegrips i det vidare analysarbetet. Idag saknar tilläggsspecialiteten arbetsmedicin huvudman. Därtill är kommunerna i regel huvudmän för specialiseringstjänstgöringen i skolhälsovård och Rättsmedicinalverket huvudman för specialiseringstjänstgöringen i rättsmedicin.

Läkarförbundet anser att resonemangen om uppgiftsväxling, så kallad task-shifting, behöver problematiseras. I en komplex och kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård är det självklart att arbetsuppgifter kan förändras över tid. Läkarförbundet anser dock att det måste ske på medicinska grunder, utifrån en konsekvensanalys med fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Det är viktigt att uppgifter i hälso- och sjukvården utförs av den profession som har bäst kompetens.

I väl valda fall kan task-shifting underlätta arbetet för läkare när rätt arbetsuppgifter förflyttas till andra yrkeskategorier – till exempel när administrativa arbetsuppgifter görs av rätt funktion. Medicinska bedömningar av mindre allvarligt sjuka patienter och att förskriva läkemedel för enklare sjukdomar är dock inte arbetsuppgifter som skapar etisk stress och dålig arbetsmiljö. Vår bedömning är istället att en del av den task-shifting som redan skett bidrar till personalflykt och ökad arbetsbelastning för läkare.

Om alltför många ”enkla” arbetsuppgifter flyttas från läkare till andra personalkategorier finns också risk att läkare under utbildning och tidigt i yrkeslivet inte får tillräcklig mängdtränning och progression.

Ett näraliggande problem lyfts i Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens (SOU 2025:63) avsnitt 7.4.1. På grund av en alltmer segmenterad vård får ST-läkare antingen för lite erfarenhet av svåra fall, eller av de vanligaste diagnoserna beroende på vilken typ av enhet de är anställda vid. Task-shifting riskerar att bidra till den här problematiken.

I praktiken sker samtidigt en omfattande task-shifting åt andra hållet. I Läkarförbundets interna enkäter framgår att många läkare har tagit över arbetsuppgifter som tidigare utfördes av medicinska sekreterare, lokalvårdare och vaktmästare.

3.4.3 Läkemedel

Läkarförbundet tillstyrker kommitténs bedömning att regeringen bör utreda läkemedelssystemets styrning och finansiering. Det finns goda skäl för att staten bör ta ett större ansvar för styrning och

finansiering, inte minst av jämlikhetsskäl. Ett annat skäl att utreda är att dagens system är så svårt att förstå att det skadar legitimiteten. Vi noterar att även produktivitetskommissionens slutbetänkande (SOU 2025:96) förespråkar ett fortsatt statligt ansvar för finansieringen av läkemedel.

En utredning om läkemedelsfinansiering bör också kunna bidra till en mer nyanserad diskussion om kostnadskontroll och prioriteringar. Kostnaderna för hälso- och sjukvård ökar totalt sett, i hög grad tack vare medicinska framsteg som innebär att fler lever med sjukdomar som tidigare var dödliga. Läkemedel är en del av denna utveckling, men inte en avvikande del. Stora kostnadsökningar finns exempelvis inom läkemedel mot cancer, mot cystisk fibros samt biologiska läkemedel mot inflammatoriska sjukdomar som reumatoid artrit, psoriasis och astma. Samtliga är exempel på hur medicinska framsteg nu gör det möjligt att hjälpa fler att må bättre under längre tid, och på hur läkemedelskostnader och andra hälso- och sjukvårdskostnader är kommuniserande kärl. Ett "dyrt" läkemedel kan samtidigt innebära att patienter som tidigare vårdats på sjukhus nu är självständiga på hemmaplan, och att personer som tidigare haft omfattande funktionsnedsättningar och stora behov av stöd nu kan leva självständigt och delta aktivt i samhälls- och arbetslivet.

3.5 Kommitténs bedömningar och förslag om stärkt och förbättrad statlig styrning

Sveriges läkarförbund välkomnar att kommittén så tydligt betonar att staten behöver styra mer långsiktigt och mer strategiskt, och att riktade statsbidrag bör användas mer restriktivt. Enligt Statskontoret fanns det 82 olika riktade statsbidrag riktade till regioner under 2024, de flesta på hälso- och sjukvårdsområdet. Antalet myndighetsuppdrag är ännu fler, och ofta pågår insatser, utredningar och uppdrag som åtminstone delvis överlappar varandra. Statsbidrag byter namn, återrapporteringskrav justeras och beloppen ökar och minskar, ibland mitt i ett budgetår.

Kommittén utvecklar dock inte hur styrningen ska bli mer långsiktig. Läkarförbundet konstaterar att det finns möjliga förebilder i till exempel forsknings-, infrastruktur- och försvarspolitik, där man lägger stora brett förankrade propositioner vart fjärde år, med inriktningen för de närmaste fyra åren.

Läkarförbundet föreslår därför att regeringen lägger fram en hälso- och sjukvårdsplan, dvs. en inriktningsproposition för hälso- och sjukvården en gång per mandatperiod med de viktigaste prioriteringarna och de ekonomiska ramarna för statens satsningar. Arbetet med propositionen bör förankras brett. Förebilden är i första hand den statliga forskningspolitiken, men även andra politikområden och andra länder kan inspirera.

För att säkerställa väl förankrade breda överenskommelser bör arbetet med hälso- och sjukvårdsplanen i stor utsträckning göras i en kommitté eller arbetsgrupp med bred representation. En förebild kan vara försvarsberedningen. Även regionerna bör ingå och delta i arbetet. Det skulle skapa en arena där staten och regionerna genom direktkontakt kan bygga ett bättre samarbete.

Läkarförbundet instämmer i att den statliga styrningen ska stärka den redan gällande lagstiftningen inom hälso- och sjukvård och att det måste finnas bättre förutsättningar för ansvarsutkrävande i de fall där önskad utveckling inte sker, eller lagstiftade mål och Socialstyrelsens rekommendationer inte uppnås. Styrning bör ske via myndigheter och inte via SKR.

Läkarförbundet anser också att staten bör ta ett större finansieringsansvar för hälso- och sjukvården. Staten har bättre förutsättningar att säkerställa likvärdiga ekonomiska förutsättningar mellan olika regioner och en mer stabil finansiering över tid. Statsbudgeten har många olika intäkter och utgifter som påverkas i olika grad av till exempel konjunktursvängningar. Regionernas budgetar är däremot

nästan helt beroende av inkomstskatter. Samtidigt domineras utgifterna helt av sjukvården. Ett första steg bör vara att värdesäkra de generella statsbidragen, för att minska urgröpning över tid och förbättra regionernas planeringsförutsättningar.

Med vänlig hälsning

Sofia Rydgren Stale
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Malin Strid
Utredare
Avdelningen för politik och profession
Sveriges läkarförbund

malin.strid@slf.se
070-091 69 82