

## Riksintressen i hälso- och sjukvården SOU 2021:71

### Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) avvisar helt förslaget om en reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet.

SKR har svårt att utläsa vad det är för problem som utredningen vill lösa. Det kan knappast vara att det byggs för mycket och tillskapas för många vårdplatser. Sverige har i en internationell jämförelse ett lågt antal vårdplatser per invånare.

SKR ser en grundproblematik i utredningens resonemang och angreppssätt. Man utgår från ett statligt/nationellt perspektiv på frågan om fastigheter och infrastruktur isolerat från den lokala kontexten vad gäller vårdorganisation, geografiska avstånd, lokal- och regional politisk inriktning på vården o.s.v.

Riksintresseinstrumentet har hittills använts inom markanvändning. Här ska det användas för att reglera utformning av lokaler och i förlängningen verksamheten. SKR menar att om regeringen i förordning skulle bestämma på vilka områden det ska finnas riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet skulle det både leda till ineffektivitet och bli kostnadskrävande. Framför allt skulle det också innebära en tyngdpunktsförskjutning av ansvarsfördelningen från kommuner och regioner till staten och ett systemskifte av sällan skådat slag. Med statliga beslut om vilken vård som ska bedrivas var blir det omöjligt att ställa de lokala och regionala politikerna till svars, trots att det är dessa som ansvarar för vården. SKR ser förslaget som ett mycket stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen där den lokala och regionala demokratin legitimitet utmanas!

Utredningens flaggar för att systemet med riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet utöver vårdinfrastruktur skulle kunna omhänderta även andra nationella aspekter i kommuners och regioners beslut inom hälso- och sjukvårdsområdet. SKR måste då ställa sig frågan; vad ska i så fall vara nästa steg i statens ingrepp i den kommunala självstyrelsen?

SKR instämmer dock i att det finns utmaningar och att den nationella samordningen på området behöver förbättras. Men i stället för att reglera och kontrollera menar SKR att arenor för samverkan bör skapas inom ramen för den utvecklig mot en god och nära vård, kunskapsstyrning och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som nu pågår. Här bör de sex sjukvårdsregionerna i framtiden kunna ges en tydligare roll.

- SKR ser det som ett orimligt och omöjligt uppdrag för Socialstyrelsen att samordna riksintressena inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- SKR avstyrker förslaget att en myndighet (ev. IVO) ska tillsyna kommuner och regioner och menar att utredningen här går långt utöver vad som kan uppfattas som proportionerligt. SKR bekymras av den okunskap som förslaget återspeglar om hur planeringsprocessen i kommuner och regioner går till. Om staten går in och överprövar och ibland upphäver en kommun/regions beslut i en del (i det här fallet en fastighet) får detta konsekvenser för planeringen av hela hälso- och sjukvårdssystemet vilket leder till tidspillan, rättsprocesser, överklaganden och ökade kostnader som följd.
- SKR avstyrker utredningens bedömning att förslaget om riksintressen skulle vara kostnadsbesparande och att förslaget om riksintressen ska finansieras genom omfördelning av bidragen till regioner och kommuner.
- Obligatoriska standarder som avgränsas till definitioner, begrepp och statistik, menar SKR, kan vara acceptabla. Obligatorisk reglering av planerings- och genomförandeprocesser och/eller tekniskt utförande och utformning är däremot inte acceptabla.
- SKR konstaterar med lättnad att regeringen valt att inte remissbehandla förslaget om ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården.
- SKR tillstyrker utredningens bedömning att forskningsområdet behöver stärkas och att anslagen därför bör ökas.

## Utredningens förslag

### 11.2 En reglering om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet

SKR avvisar helt förslaget.

#### 11.2.1 En lag om riksintressen i hälso- och sjukvården för genomslag i kommunala och regionala beslut

Utredningen hävdar att de enskilda regionerna som planerings- och beslutsnivå inte räcker till. SKR ser dock att det presenteras väldigt få och svaga belägg för detta påstående. SKR har vidare svårt att förstå hur de problem och brister som utredningen redovisar skulle avhjälpas genom förslag som riktar sig mot regionernas fastighetshantering, men inte berör regionernas övergripande strategiska lokalbehovsplanering. Vidare har SKR svårt att utläsa vad det är för problem som utredningen vill lösa. Det kan knappast vara att det byggs för mycket och tillskapas

för många vårdplatser. Sverige har i en internationell jämförelse ett lågt antal vårdplatser per invånare. Detta är delvis en medveten strategi då vi nu gör en omställning mot en god och nära vård. Samtidigt handlar det också om brist på tillgänglig kompetens. Omställningen till en god och nära vård innebär att vården flyttat ut närmare människorna. Det kan t.ex. innebära att det som tidigare gjordes inom slutenvården på ett sjukhus i allt större utsträckning hanteras i öppenvård, via digitala lösningar, egenvård, mobila team, vård i hemmet osv. SKR menar att utredningen i allt för hög grad fokuserar på sjukhusbyggnader.

Riksintresseinstrumentet har hittills uteslutande använts för att reglera bevarande- och skyddsintressen inom markanvändning. Reglerna där har alltså en helt annan karaktär, särskilt om man ser till möjligheten att utfärda förelägganden om att något ska göras, något som inte alls finns i miljöbalken eller i plan- och bygglagen. Här ska motsvarande instrument användas för att reglera utformning av lokaler och i förlängningen verksamheten. Markanvändning är övergripande och tidsbeständigt. Vårdbyggnader och verksamhet betydligt mera detaljerade och förändringsbenägna. Staten åläggs enligt förslaget att peka ut och precisera riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet som behöver beaktas av kommuner och regioner i frågor om vårdinfrastruktur. Att så brett som utredningen föreslår ge regering och myndighet möjlighet att utpeka nationella intressen med bindande konsekvenser för regioner och kommuner känns som ett systemskifte av sällan skådat slag och SKR ifrågasätter starkt om staten besitter den kompetensen.

Enligt utredningen avgränsas förslagen om riksintresse till frågor om beslut som har en stark påverkan på vårdinfrastruktur. SKR ser detta som en mycket vag definition som skapar ett stort tolkningsutrymme, risk för godtycke och olika bedömningar i olika sammanhang. Utredaren anser att även en mindre investering kan vara systempåverkande och väljer därför att inte avgränsa storleken på investeringar som ska omfattas av den föreslagna lagstiftningen. SKR menar att detta kan leda till en lagstiftning som blir svårtolkad, administrativt betungade och i värsta fall föremål för subjektiv värdering då det kan råda osäkerhet huruvida även mindre investeringar är föremål för riksintresse. Som sagts tidigare avvisar SKR helt förslaget om riksintressen men om förslaget ändå genomförs vill SKR föreslå begränsningar för när det ska vara tvingande att anmäla frågan för prövning av om riksintresset är beaktat på avsett vis. Ett förslag är att utgå från att fastighetsinvesteringar respektive övriga investeringar ska överstiga ett visst belopp för att komma i fråga för riksintresse. Det innebär inte att samtliga investeringar över det definierade beloppet ska prövas, men att samtliga investeringar under beloppsgränsen är undantagna kravet på prövning.

Om det från statligt håll finns intresse av att styra upp var den högspecialiserade vården ska bedrivas, menar SKR, att detta i stället bör ske via överenskommelser mellan regionerna och staten. Vidare om det från statligt håll finns intresse av att styra

upp var och hur sjukvårdsinvesteringarna ska finnas och fungera vore det betydligt bättre att göra detta via ett stort investeringsbidrag till kommuner och regioner som de kan söka i syfte att investera på det sätt staten önskar.

Utredningen tar inte upp extern förhyrning och privata vårdgivares lokaler som en del i regleringen av riksintresse. SKR menar att även dessa fastigheters roll i helheten måste belysas för att skapa en komplett bild av fastighetsfrågan.

Utredningen säger att samtliga relevanta intressen, såväl nationella som regionala och lokala, måste beaktas i regioners och kommuners beslut för att resultera i en nationell vårdinfrastruktur som ger förutsättningar för en god vård på lika villkor. SKR menar att här ligger en del av grundproblematiken i utredningens resonemang och angreppssätt. Man utgår från ett statligt/nationellt perspektiv på den isolerade frågan om fastigheter och infrastruktur. Fastighetsbeståndets struktur och behov av utveckling kan, menar SKR, inte ses isolerat från den lokala kontexten vad gäller vårdorganisation, geografiska avstånd, lokal- och regional politisk inriktning på vården o.s.v. Det föreslagna systemet med riksintressen riskerar också att minska vårdens flexibilitet som t.ex. visat sig viktig under rådande pandemi. Regionerna har kunnat samverka snabbt och utifrån de olika behov som uppstått, exempelvis genom att bygga ut intensivvårdsplatser och transportera patienter utifrån ledig kapacitet. Med beslut som fattats på nationell nivå om vilken vård som får bedrivas var och som kanske måste upphävas vid en pandemi eller akut situation skulle denna nödvändiga flexibilitet och snabbhet kunna gå förlorad.

SKR instämmer dock i att det finns utmaningar och att den nationella samordningen på området behöver förbättras. Den nyss nämnda omstruktureringen mot en god och nära vård kräver t.ex. nya och utökade former för samverkan mellan regioner och kommuner och med den nationella nivån. Detta så väl övergripande som inom lokalförsörjning. Men i stället för att reglera och kontrollera regionernas utförande av lokalförsörjning bör det, menar SKR, vara mer relevant att närmare undersöka hur regionernas och kommunernas strategiska planering av hälso- och sjukvårdsverksamheten samspelar med och styr lokalplaneringen. Om det sedan visar sig finnas utvecklingsbehov bör förslag utarbetas kring hur regionernas och kommunernas hälso- och sjukvårdsrelaterade strategiska lokalbehov bättre kan samplaneras och samordnas. Här menar SKR att arenor för denna samverkan bör kunna skapas inom ramen för den utvecklade mot en god och nära vård, kunskapsstyrning och personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp som nu pågår. Här bör också de sex sjukvårdsregionerna i framtiden kunna ges en tydligare roll. Viktiga aktörer på fastighetssidan blir i sammanhanget Fastighetsrådet och Program för teknisk standard (PTS)

### **11.2.2 Riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet bestäms och preciseras av regeringen och statliga myndigheter**

Utredningen föreslår att regeringen i förordning ska bestämma på vilka områden det ska finnas riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet och att de myndigheter

regeringen bestämmer i sin tur preciserar riksintressena genom bland annat bindande föreskrifter. Samtidigt pekar utredningen redan nu ut ett antal områden man ser som lämpliga att definiera som riksintressen och vilka myndigheter som är lämpliga att precisera dessa riksintressen. De områden som pekas ut som riksintressen är: Beredskap, kompetensförsörjning, nationella reformer (i första hand nära vård och högspecialiserad vård), forskning och utbildning samt digital infrastruktur.

SKR har svårt att överblicka vilka konsekvenser en centralstyrning av dessa, för regionerna, strategiskt centrala områden, skulle få. Det vi med säkerhet kan säga är att detta skulle leda till ineffektivitet, bli kostnadskrävande, innebära ett mycket stort ingrepp i den kommunala självstyrelsen och de lokala och regionala demokratiska beslutsprocesserna skulle kringräddas markant.

När det gäller digital infrastruktur har SKR länge önskat att staten ska öka sitt engagemang och ta ett större ansvar för den infrastruktur som behöver vara gemensam för hela välfärdssektorn, d.v.s. sådant som med fördel löses gemensamt för exempelvis hälso- och sjukvård, socialtjänst, skola, samhällsbyggnad och de statliga myndigheternas verksamhet och service till invånare och företag. Det blir däremot inte ändamålsenligt om staten skulle ta ansvar för den sektorsspecifika infrastrukturen inom hälso- och sjukvården, eftersom den är direkt kopplad till kommuners och regioners huvudmannaskap och till verksamheternas möjlighet att erbjuda en effektiv och personcentrerad hälso- och sjukvård av hög kvalitet. I sammanhanget bör även framhållas att regioner och kommuner under lång tid har tagit ett gemensamt ansvar för att inom Inera AB utveckla och tillhandhålla en gemensam nationell digital infrastruktur inom hälso- och sjukvården, vilket bl.a. har resulterat i att Sverige idag har många gemensamma lösningar för både medarbetare och invånare. Som exempel kan nämnas 1177 Vårdguiden, som på olika sätt haft avgörande betydelse under pandemin.

Vidare finns nationella intressen och behov av nationella besked/beställningar/finansiering när det gäller civilförsvar och beredskap. Detta bör dock hanteras via olika regleringar, avtal eller andra former av samverkan mellan staten och regionerna och mellan regionerna. Inte genom en ny lag om riksintressen.

### **11.2.3 Socialstyrelsen ska samordna riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet**

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att samordna riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet. Socialstyrelsen ska också lämna vägledning till kommuner och regioner om hur riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet bör beaktas.

SKR ser detta som ett orimligt och omöjligt uppdrag för Socialstyrelsen som inte har tillräcklig överblick över helheten i landet för att kunna leverera adekvata vägledningar. Sådana vägledningar skulle förmodligen också behöva skräddarsys för varje enskilt ärende.

#### **11.2.4 Företrädare för patienter och professioner ska involveras**

Som sagts tidigare avvisar SKR helt en ny lag om riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet. Om lagen ändå införs ser SKR det som självklart att företrädare för patienter och professioner ska involveras i processen med att precisera riksintressena. SKR ser det dock som anmärkningsvärt att det i beslutsförslaget inte sägs ett ord om kommuner och regioners involvering i processen.

#### **11.2.5 Kommuner och regioner behåller beslutanderätten men reglerna om riksintressen är tvingande**

Införandet av en reglering som ställer tydliga krav på kommuner och regioner innebär, enligt utredningen, i praktiken ett stöd för kommuner och regionerna i deras beslutsprocesser.

Den här synen på kommuner och regioners beslutsförmåga, menar SKR, tyder på en förbluffande brist på tillit. SKR menar att det är först när en kommun eller en region har den fulla kontrollen över sina egna beslut som man fullt ut kan axla ansvaret som huvudman. Även om det i förslaget finns mellanregionala aspekter och nationella perspektiv innebär det bindande regler för det som närmast kan betraktas som interna regionala frågor. SKR ser det som anmärkningsvärt att man i förslaget i princip överlåter på regeringen att besluta om vilka riksintressen som ska finnas och resten förväntas en förvaltningsmyndighet ta hand om. Den enda lagliga begränsningen är att det måste handla om nationella intressen för att tillgodose målet med hälso- och sjukvården.

Utredningen menar att förslagen innebär att kommuner och regioner behåller beslutanderätten men behöver beakta ett antal uppräknade riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet i sina beslut om vårdinfrastruktur. SKR ser ett tydligt behov av samordning och samverkan för att få det lokala ”vårdpusslet” tillsammans med det lokala ”fastighetspusslet” att bilda ett funktionellt nationellt pussel som på bästa sätt genererar en god vård på lika villkor. SKR menar dock att detta inte löses med regler, förbud och sanktioner utan genom utvecklad lokal, regional och nationell samverkan. Man måste också komma ihåg att planeringsförutsättningarna ser väldigt olika ut för en liten kommun och en stor region – lösningarna kan inte bli desamma.

SKR konstaterar vidare att flera av de utredningar som presenterats på senare tid ger en motsägelsefull bild av i vilken riktning man vill att svensk hälso- och sjukvård ska gå. Å ena sidan presenteras till exempel flera utredningar som vill flytta besluten och vården närmare människorna, t.ex. SOU 2020:19 (God och nära vård - En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem). Å andra sidan utredningar som denna och t.ex. SOU 2020:15 (Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS) som pekar i en centralistisk och kontrollerande riktning.

Utredningens flaggar för att systemet med riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet utöver vårdinfrastruktur skulle kunna omhänderta även andra nationella aspekter i kommuners och regioners beslut inom hälso- och

sjukvårdsområdet. SKR måste då ställa sig frågan; vad ska i så fall vara nästa steg i statens ingrepp i den kommunala självstyrelsen?

#### **11.2.6 En statlig myndighet utövar tillsyn över riksintressena på hälso- och sjukvårdsområdet**

Utredningen föreslår att en myndighet (ev. IVO) ska tillsyna kommuner och regioner. IVO tillsynar normalt hälso- och sjukvården. Här handlar det om att tillsyna huvudmannen och dennes strategiska beslut. Om IVO skulle få det uppdraget är det något helt nytt och för dem oprövad mark. Utredningen påpekar själv i ett annat sammanhang att enligt 14 kap. 3 § regeringsformen ska inskränkningar i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som föranlett inskränkningen. SKR avstyrker förslaget och menar att utredningen här går långt utöver vad som kan uppfattas som proportionerligt.

#### **11.2.7 En genomförandekommitté tillsätts med uppdrag att precisera och genomföra uppdrag till myndigheterna**

Utredningen föreslår att en genomförandekommitté tillsätts för att bland annat definiera riksintressen, formulera uppdrag till myndigheter, formulera uppdrag till Socialstyrelsen att samordna riksintressena, verka för att riksintressena beaktas av kommuner och regioner samt föreslå vilken myndighet som ska vara tillsynsmyndighet. Genomförandekommitténs arbete bedöms av utredningen kunna genomföras under en tidsperiod om högst ett år. SKR ser den tidsplanen som orealistisk.

Genomförandekommittén ska, enligt förslaget, samverka med berörda myndigheter, regioner och kommuner samt företrädare för patienter och professioner. SKR menar att genomförandekommittén även bör samverka med SKR.

#### **11.2.8 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser**

Det lagstiftning som föreslås skulle om den genomförs innebära stora förändringar på systemnivå för både kommuner, regioner och för staten. Att då föreslå ett införande redan den 1 juli 2023 är inte seriöst.

#### **11.3 Utveckla gemensamma definitioner och standarder för vårdbyggnadsområdet**

SKR delar utredningens bedömning att det interregionala samarbetet behöver utvecklas och att standardiserade definitioner och modeller för planering och utveckling av vårdinfrastruktur många gånger kan effektivisera investeringsprocessen.

Att skriva in krav på samverkan i lagen, menar dock SKR, knappast leder till förbättringar i sig. Det som behövs är snarare utvecklad samverkan i Fastighetsrådet, regionernas FoU-fond och andra gemensamma forum. Här kan också behövas olika typer av stöd från staten.

SKR har vidare svårt att se hur förslaget om ett andra stycke i 7 kap. 7 § HSL skulle tillämpas i praktiken för att avgöra om regionerna samverkar i lagenlig omfattning eller inte. Hur ska detta prövas och vilka sanktioner skulle kunna vara aktuella? Utredningens förslag är synnerligen utvecklat vad gäller hur närmare föreskrifter skulle utformas och hur tillsyn skulle bedrivas.

Utredningens fokus är fastighetsorganisationerna och den samverkan och forskning som bedrivs med utgångspunkt i regionernas fastighetsorganisationer och relaterade samverkansorganisationer (Fastighetsrådet, PTS, Centrum för vårdens arkitektur (CVA), Forum Vårdbyggnad). Endast i marginell utsträckning avhandlas hur vårdverksamhetens lokalbehovsplanering och prioriteringar påverkar effektiviteten i investeringar i vårdinfrastruktur. När det gäller gemensamma definitioner, standarder och processer är det naturligt att fastighetsorganisationer, i grunden en service- och leverantörsfunktion till kärnverksamheten, strävar efter enhetlighet i syfte att minska sina kostnader. Förmodligen skulle hälso- och sjukvårdens ledningsorganisationer ha en delvis annorlunda uppfattning – att standarder är bra men i varierande utsträckning kan begränsa det som vården vill få ut av sina lokaler. För att slutsatsen att det är för lite/för dålig samverkan och tillämpning av standarder ska vara hållbar, skulle hälso- och sjukvårdsorganisationernas uppfattning också behöva ingå i analysen med samma detaljeringsnivå som utredningen studerat fastighetsorganisationerna. SKR menar att det är hälso- och sjukvårdens totala kostnad och effektivitet samt lokalernas egenskaper som effektivt stöd till verksamheten över tid som är relevant som beslutsgrund.

Att kravställa vårdens behov i en vårdbyggnad är mycket komplext. Varje rum ska fungera för sitt ändamål och ska placeras i ett flöde som är effektivt för både patient och verksamhet. Detta innebär att vårdens och fastighetsorganisationens kompetens måste samverka med den evidens som finns tillgängligt. Att införa tvingande standarder och planeringsmodeller skulle därför enligt SKR, vara ett högst tveeggat svärd. Likaväl som att effektivisera kan de bidra till ineffektivitet i så väl själva fastighetsverksamheten som i vårdverksamheten.

Obligatoriska standarder som avgränsas till definitioner, begrepp och statistik, menar SKR, kan vara acceptabla. De påverkar inte egenskaperna hos lokalerna eller processerna att skapa dem. Obligatorisk reglering av planerings- och genomförandeprocesser och/eller tekniskt utförande och utformning är däremot inte acceptabla, av flera skäl: Olika organisationssätt, olika politisk inriktning, olika val av teknik- och logistiklösningar (outsourcing av förvaltning och stödtjänster, regionövergripande teknikval v g fastighetsrelaterade IT-system och tekniska system), olika grad av privata utförare av vård, varierande omfattning av lokalförsörjnings-samverkan med universitet som vill ha sina lokalkrav uppfyllda, etc. Dessa inbördes skillnader talar mot att obligatoriskt reglera utformning och planeringsmodeller. Vården är i ett ständigt utvecklings- och standardiseringsarbete. Inom detta kompetensområde handlar det om att standardisera de mer statiska frågeställningarna



men tillåta en dynamik för att säkerställa att den utveckling som sker kontinuerligt med nya behandlingsmetoder mm. möjliggörs.

SKR hävdar vidare att obligatorisk standardisering av typrum och annat verksamhetspåverkande skulle kunna skapa friktioner i facklig samverkan och möjligheterna för personalen att påverka utformningen (något som utredningen själv anför som ett problem på 207).

Eftersom lokalerna är en stödresurs för verksamheten, och lokalkostnaderna utgör mindre än 10 procent av regionernas totala kostnader finns, enligt SKR, goda skäl att inte slaviskt tillämpa enhetliga standarder i syfte att begränsa denna i sammanhanget begränsade kostnad. Speciellt om verksamheten har ett högt utvecklingstempo pga. teknik- och organisationsutveckling. Bättre att prioritera lokaler som stödjer verksamhetens effektivitet framför lokalförsörjningens ekonomiska effektivitet.

SKR hävdar dock att det främsta argumentet mot obligatoriska tekniska standarder och planeringsmodeller är att så länge inte verksamheterna styrs, organiseras eller finansieras enhetligt så kan inte heller lokalförsörjningen och fastighetsinvesteringarna hanteras enhetligt. Jämförelsen med Akademiska Hus och Specialfastigheter haltar därmed betänkligt eftersom verksamheterna (högre utbildning respektive kriminalvård) styrs av samma huvudman som äger och styr över fastigheterna. Staten kan genom regleringsbrev, ekonomiska incitament och direktiv till sina myndigheter styra både behovssidan och leverantörssidan. Regionernas fastighetsorganisationer är i grunden interna leverantörer av stödresurser till vårdverksamheten, och behöver därför anpassa sig till den verksamhet de har i uppdrag att stödja. Utredningens förslag är slutligen alltför diffust för att det ska gå att bedöma hur omfattande den obligatoriska regleringen är tänkt att sträcka sig. Utredningen motiverar också sitt förslag med att det är kortsiktigt och förutsätter att förslaget om statligt fastighetsbolag genomförs (ett förslag som lyfts bort från denna remiss). Det gör att förslaget i sin nuvarande kontext blir än mer diffust. Att staten på olika sätt främjar ökad samverkan och ökad standardisering är bra, så länge detta inte görs obligatoriskt. Om standardiserade begrepp, modeller och egenskaper upplevs effektiva, kommer de att tillämpas på frivillig basis.

#### **11.4 Ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården stärker det nationella perspektivet ytterligare**

SKR konstaterar med lättnad att regeringen valt att inte remissbehandla förslaget om ett statligt fastighetsbolag för hälso- och sjukvården.

#### **11.5 Stärk förutsättningarna för kunskapsuppbyggnad inom området vårdinfrastruktur**

SKR instämmer i att staten bör stärka förutsättningarna för kunskapsutveckling och utbildning och därmed även innovation på vårdområdet. SKR tillstyrker därför utredningens bedömning att forskningsområdet behöver stärkas för att ge tydligare

avtryck i de nya vårdbyggnader som uppförs och förslaget om att anslagen därför bör ökas.

SKR tillstyrker förslaget om att staten ska överta ansvaret för finansieringen av CVA och att anslagen ska gälla tills vidare. En förutsättning är dock att inriktningen på CVA:s arbete ska fortsätta i samma anda och inte styrs av staten. Regionerna måste vidare vara fria att fortsätta finansiera forskning med den inriktning som man själv önskar.

## Konsekvenser av utredningens förslag

### 12.1 En reglering av riksintressen

#### 12.1.2 Konsekvenser för ansvarsfördelningen mellan stat, region och kommun

SKR anser att förslagen innebär en stor tyngdpunktsförskjutning av ansvarsfördelningen från kommuner och regioner till staten.

Var sjukvårdsinrättningar såsom sjukhus, hälsocentraler eller vårdboende mm ska finnas i geografien är av betydelse inte bara för vården i sig utan även som en arbetsmarknadsfråga och kanske till och med en fråga om en orots överlevnad. Det är inte ovanligt att olika partier på lokal eller regional nivå går till val gällande frågor om vissa specialiteter eller sjukhus överlevnad på orter i landet, då frågorna är av avgörande betydelse för befolkningen lokalt.

Om förslagen genomförs skulle de beröva kommuner och regioner betydelsefulla verktyg för att fullfölja sitt ansvar som huvudman för hälso- och sjukvården. Med statliga beslut om vilken vård som ska bedrivas var blir det omöjligt att ställa de lokala och regionala politikerna till svars, trots att det är dessa som ansvarar för vården. Vem blir ansvarig när staten går in och styr, regionen/kommunen eller staten? Det blir en otydlig ansvarsfördelning inom den offentliga sektorn som inte stämmer överens med hur det svenska samhället är organiserat. Den lokala och regionala demokratin legitimitet utmanas!

#### 12.1.3 Ekonomiska konsekvenser

Utredningen hävdar att om den statliga normgivningen beaktas i regionala och kommunala beslut medför denna regleringsteknik med ökad tydlighet inte några ytterligare kostnader för regioner eller kommuner.

SKR bekymras av den okunskap om hur planeringsprocessen i kommuner och regioner går till som detta återspeglar. Om staten går in och överprövar och ibland upphäver en kommuns/regions beslut i en del (i det här fallet en fastighet) får detta konsekvenser för planeringen av hela hälso- och sjukvårdssystemet. Följdjusteringar måste med stor sannolikhet göras på andra områden vilket med säkerhet leder till ökade kostnader. Till exempel kan avtal behöva rivas upp med tidsspillan, rättsprocesser, överklaganden och ökade kostnader som följd.

Utredningen hävdar att de mjukare former för styrning som tillämpas i dagens system inte är ändamålsenliga. Man pekar t.ex. på överenskommelserna mellan regeringen och SKR. SKR vill i sammanhanget påpeka att vi länge påtalat bristerna i statlig styrning genom kortsiktiga riktade statsbidrag och den ryckighet detta skapar i verksamheternas planeringsprocesser. SKR arbetar därför för att långsiktigt fasa ut riktade statsbidrag och detta gäller även inom ramen för SKR:s överenskommelser med staten. Den lösning SKR ser är dock generella statsbidrag - inte mer statlig styrning.

SKR avstyrker utredningens förslag om att de ökade kostnader för staten som uppkommer av förslaget ska finansieras genom omfördelning av bidragen till regioner och kommuner. Att kostnaderna automatiskt blir lägre till följd av en lag om riksintressen är ett antagande som saknar grund. Risken med en sådan överföring av medel är stället att mer resurser läggs på statlig administration och myndighetstillsyn och gör verksamheten än mer komplex än den är i dag, vilket leder till större administration för regionerna och kommunerna och därmed att mindre resurser kan läggas på direkt vårdgivande verksamhet. Tillsynsmyndighetens möjlighet att förelägga kommuner och regioner att vidta de åtgärder som behövs för att ett eller flera riksintressen ska beaktas i tillräcklig utsträckning kan snarare driva upp kostnaderna för vårdinfrastrukturen på en högre nivå för vissa kommuner och regioner. SKR delar alltså inte uppfattningen att en ny lag om riksintressen, som ska beaktas vid investeringar i vårdinfrastruktur, kommer att leda till lägre kostnader för kommuner och regioner.

SKR saknar också en skrivning om en övergångsbestämmelse för kommunala och regionala beslut i tidiga skeden, där beslut fattas före att riksintressen är definierade medan genomförandebeslut fattas efter att lagen trätt i kraft.

SKR uppfattar att tillsynsmyndigheten enligt förslaget kan besluta om rättelse eller upphäva beslutet om investering efter att regionerna beslutat om genomförande. Vid investeringar med potentiellt väsentlig systempåverkande effekt har beslut alltid föregåtts av långvarigt utredningsarbete och förstudier och beslutet är avslutning på en omfattande process som påverkar hela sjukvårdssystemet. Vid denna tidpunkt har regionerna lagt ner ett omfattande arbete och ofta investerat betydande belopp i förberedelser samt kommunicerat och skapat förväntningar i samhället som gör ett upphävande av beslutet till ett synnerligen samhällspåverkande beslut. Detta gör att tillsyn som syftar till att säkerställa omhändertagande av riksintressen behöver ske avsevärt tidigare, förslagsvis i anslutning till ett inriktningsbeslut om sådant fattas.

Med anledning av ovanstående avstyrker därför SKR utredningens bedömning att förslaget skulle vara kostnadsbesparande för hälso- och sjukvården som helhet. SKR menar därför att om förslagen ska genomföras måste underlag tas fram för att bedöma de ekonomiska effekterna. Underlagen får sedan vara grund för en reglering i enlighet med finansieringsprincipen.

#### **12.1.4 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen**

SKR avstyrker av skäl som redovisats ovan utredningens bedömning att förslaget om en reglering av riksintressen på hälso- och sjukvårdsområdet skulle vara proportionerligt.

#### **12.2 Utveckla gemensamma definitioner och standarder på vårdbyggnadsområde**

SKR hävdar att det finns en risk att en obligatorisk tillämpning av standarder och styrmodeller på fastighetsområdet leder till negativa konsekvenser för regionerna som helhet. Man kanske skulle bygga och förvalta ”billigare” men skapa lokaler som inte stödjer verksamheten fullt ut.

Obligatorisk tillämpning av gemensamma begrepp och definitioner torde inte innebära några väsentliga negativa konsekvenser i sig. Men SKR ifrågasätter proportionaliteten i att lagstifta om det. Med tanke på att övervägande del av den långsiktiga vårdinfrastrukturen redan idag existerar i form av befintliga byggnader, finns det också en omfattande avgränsningsproblematik i tillämpningen av standarder och planeringsmodeller vad gäller egenskaper och utförande. Det går sällan att fullt ut tillämpa till exempel PTS tekniska program vid renovering av en befintlig byggnad, utan att de ekonomiska (eller hållbarhetsmässiga) konsekvenserna blir orimligt betungande.

#### **12.4 Stärk förutsättningarna för forskningen inom området vårdinfrastruktur**

Regionerna finansierar idag, genom Fastighetsrådet en väsentlig del av CVA:s verksamhet, och har ett inflytande över kunskapsproduktionens inriktning. Det är viktigt att denna möjlighet inte försämras genom förslagens genomförande.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Knape  
Ordförande

*Särskilt yttrande lämnades av Kristdemokraterna, bilaga 1.*